
Directeur d'Hôpital

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

**Le déploiement d'une démarche
intrapreneuriale à l'Hôpital Public :
l'exemple de la rénovation des
urgences du Centre Hospitalier
d'Antibes-Juan-Les-Pins**

Mathilde MOENAERT

Remerciements

Je tenais à remercier l'ensemble des membres de la direction du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins, qui m'ont pleinement intégrée dans leur équipe dès le commencement de mon stage et qui se sont toujours rendus disponibles pour m'appuyer dans mes fonctions d'élève directrice. Je remercie Bastien Ripert, Directeur du Groupe Hospitalier Sophia-Antipolis – Vallée du Var, pour sa confiance et pour la richesse des missions qui m'ont été confiées. Ce mémoire n'aurait pu voir le jour sans sa conviction profonde que les organisations complexes ne sont pas immuables, et peuvent, par le biais de méthodologies spécifiques, être optimisées afin de faciliter le quotidien des professionnels et renforcer la qualité de prise en charge des patients et des usagers.

J'adresse un remerciement tout particulier à Sophie Grienberger, Secrétaire Générale et Directrice déléguée, Directrice des Affaires médicales et recherche clinique et directrice communication & mécénat du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins, qui en sa qualité de maître de stage, m'a accompagnée tout du long de mon stage et dans la rédaction de ce mémoire. Ses remarques pertinentes ainsi que la qualité de son analyse des situations hospitalières ont été un exemple pour moi et d'une grande aide dans la maturation de mon parcours professionnel en tant que future directrice d'Hôpital.

Je remercie aussi l'ensemble des professionnels médicaux, paramédicaux, les usagers ainsi que leurs représentants rencontrés durant la rédaction de ce mémoire pour leur participation aux entretiens ainsi que leurs appréciations relatives à la gestion d'un projet intrapreneurial au sein de l'Hôpital public.

Je souhaite aussi témoigner ma reconnaissance à l'ensemble des professionnels que j'ai eu l'opportunité de rencontrer durant la totalité de mes stages d'immersion et de professionnalisation, pour le partage de leurs savoir-faire, leur dévouement professionnel et leur bienveillance dans l'exercice de leurs missions quotidiennes au service de l'Hôpital.

Enfin, je remercie l'équipe pédagogique de l'EHESP pour leur disponibilité, l'organisation de nos deux ans de formation ainsi que leur accompagnement durant les périodes d'enseignement et de stage.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie.....	5
1 L'intrapreneuriat, une clef de réussite pour conduire des projets et manager des organisations complexes ?	9
1.1 L'émergence de la méthode intrapreneuriale pour « débureaucratiser » et redonner de la flexibilité aux acteurs des structures organisationnelles	9
1.2 La diffusion et l'appropriation progressive de l'intrapreneuriat au sein des Hôpitaux face aux évolutions managériales du secteur public	14
1.3 Les leviers et difficultés relatifs au déploiement de l'intrapreneuriat au sein d'un Centre Hospitalier	18
2 Perspectives sur les modes de conduite d'une démarche intrapreneuriale au sein d'un Centre Hospitalier à travers l'étude de cas du projet de rénovation des urgences ...	23
2.1 Présentation du contexte et du projet de rénovation des urgences	23
2.2 Mobilisation des acteurs autour du projet de rénovation des urgences : analyse des pratiques et des approches	29
2.3 Guide de la gestion de projet intrapreneurial à destination des professionnels d'un Centre Hospitalier	35
Conclusion	45
Bibliographie	47
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ADH : Association des directeurs d'Hôpital

ARS : Agence régionale de santé

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

CODIR : Comité de Direction

COPIL : Comité de Pilotage

FHF : Fédération Hospitalière de France

IAO : Infirmier(e) d'accueil et d'orientation

RH : Ressources Humaines

Introduction

« Aujourd'hui encore, on nous présente généralement les organisations gigantesques comme inéluctables. Pourtant, si nous y regardons de plus près, nous pouvons remarquer que, sitôt l'élément de grande taille créé, naît souvent un effort acharné pour retrouver le petit à l'intérieur du grand ».

Ernst Schumacher, Small is beautiful : une société à la mesure de l'homme (1973).

Depuis plus d'une vingtaine d'années et dans un contexte mouvant, les grandes organisations s'approprient d'autres formes de management dans un triple objectif : contrer l'inertie de leurs structures, intégrer plus de flexibilité dans la prise de décision et accorder aux individus une plus grande part d'autonomie. Les entreprises tendent alors à développer des modèles managériaux de la petitesse pour aller au-devant d'organisations mécaniques et rigides. Ces organisations dites « agiles » correspondent à un profil d'organisation innovante qualifiée d'intrapreneuriale.

En effet, le mythe de l'entrepreneur a largement imprégné la philosophie de l'entreprise constituant tout autant une crainte (telle que le départ de certains salariés vers ce modèle plus flexible...) qu'une ressource. Adoptant l'esprit « start up » pour faire face aux mutations du monde du travail, les entreprises se sont alors parées du qualificatif d'entrepreneurial tout en l'adaptant et en le développant en interne.

C'est ainsi que naît le néologisme d'intrapreneuriat en 1985, qui est le mélange d'entrepreneuriat et d'interne. G. PINCHOT le définit comme *« l'adoption de pratiques entrepreneuriales au sein d'organisations établies dans le dessein de développer de nouveaux processus, marchés ou activités, impliquant ou non la création d'une nouvelle entité »*¹. A la différence de l'entrepreneuriat, l'employé ou le groupe constitué travaillent sous le contrôle de l'entreprise afin de contribuer à son développement économique, stratégique et compétitif.

¹ G.PINCHOT (1985) Intrapreneuring : Why you don't have to leave the corporation to become an Entrepreneur.

De ce fait, la démarche intraprenariale est une démarche qui s'inscrit dans un contexte d'émergence des pratiques intrapreneuriales en tant que processus innovant. L'objectif est de donner du sens à un projet ou de favoriser la saisie d'opportunités dans le milieu professionnel. En clair, il s'agit de laisser aux professionnels la liberté de développer en interne des projets innovants répondant à des besoins identifiés tout en étant appuyés par l'institution pour leur mise en œuvre. Cette démarche sollicite de multiples qualités et compétences : la créativité, l'innovation, la prise d'initiatives, la co-construction, la communication et la formation... Accessible à toutes et tous, l'intrapreneuriat vise à redonner l'envie et le pouvoir d'agir aux professionnels à partir de leurs expériences vécues.

L'intrapreneuriat infuse plus récemment les structures hospitalières en proie à un bousculement de leur environnement (évolution des normes, quête d'attractivité et de fidélisation du personnel, recherche de performance et d'optimisation des processus...). D'abord dans les CHU, puis de façon plus sporadique dans les Centres Hospitaliers, la démarche intrapreneuriale semble répondre à un désir de liberté d'agir et d'intégration des équipes dans la gestion de projet, le tout grâce à des outils modernes. Porté par cette dynamique, l'Hôpital d'Antibes a souhaité intégrer cette démarche dans ses pratiques managériales, et plus particulièrement dans la conduite de projets ambitieux comme celui de la rénovation de ses urgences.

Point sensible pour la majorité des Hôpitaux, les urgences remplissent une mission régaliennne d'accès aux soins pour tous. Depuis les années 1990, et en raison d'un afflux massif de patients², la situation aux urgences s'est largement fragilisée (temps d'attente, engorgement des espaces, médiatisation de cas graves...). Cette situation peut aussi être mise en relation avec les évolutions de la société : l'allongement de la durée de la vie, la fragilisation de la médecine générale, l'augmentation croissante des attentes de la population en termes de qualité de prise en charge...

Le Centre Hospitalier d'Antibes connaît également une dynamique croissante de fréquentation de ses urgences³. Ce service d'urgence fait partie des 25% des structures enregistrant plus de 40 000 passages par an (57% en accueillent moins de 30 000). En 2022, le total de passages aux urgences adultes s'est élevé à 50 455, soit 21% de plus qu'en 2021. Rénovées il y a une dizaine d'années, les urgences de l'Hôpital sont largement saturées et leur structure devenue inadaptée aux publics pris en charge.

² Annexe 1 : comparaison du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 et évolution au sein du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins

³ Idem

C'est, en partie, à ce titre qu'un projet d'ampleur a été imaginé à l'Hôpital : le bâtiment médico-technique (BMT). Cette extension architecturale vise à la reconstruction d'un bâtiment médico-technique modernisant le laboratoire, la pharmacie et la stérilisation tout en améliorant les conditions de prise en charge aux urgences par un agrandissement et une rénovation des locaux. Ce projet d'envergure, en cours de validation au niveau de l'ARS PACA, ne verra le jour que dans plusieurs années alors même que l'attente des professionnels se fait grandissante.

Par ailleurs, les réflexions portées autour de ce projet ont fait émerger des lignes de divergences dans l'étude des maquettes organisationnelles et architecturales. Des crispations collectives se sont concentrées autour du sujet de l'effectif, de la gestion des espaces, de l'identification des flux patients... L'ensemble de ces sujets ont conduit à de nombreuses discussions entre pairs à l'origine de la démarche d'une solution palliative dans l'attente du nouveau bâtiment. C'est dans ce contexte que s'est organisé un espace de réflexion entre urgentistes pour améliorer la prise en charge des patients dans les locaux actuels. Cette démarche s'est singularisée pour deux motifs : sa vocation et sa forme. Venant du terrain et s'appuyant sur une méthodologie de travail de type « bottom-up », ce projet d'aménagement et de rénovation des locaux a suivi un déroulé qui n'est habituellement pas celui déployé. Les pratiques expérimentées sont d'autant plus intéressantes qu'elles s'inscrivent dans une réflexion plus large autour de l'agilité des organisations et des moyens et méthodes disponibles pour favoriser l'accompagnement de projets innovants.

A ce titre, une lecture par le biais de la notion intrapreneuriale semble pertinente à expérimenter. En effet, associer intrapreneuriat et secteur public est a priori peu évident si nous retraçons l'origine de son apparition. Toutefois, il s'avère intéressant de s'y pencher pour plusieurs raisons. Dans des organisations complexes et faiblement agiles, la mobilisation des agents est cantonnée aux activités du quotidien. La logique « top down » s'enracine et la liberté d'agir des acteurs du terrain se tasse face à la puissance de l'institution. L'Hôpital public au sens de l'administration qu'il incarne n'échappe pas à cette logique. Longtemps assimilés à cet « Hôpital-Paquebot »⁴ que définissait Henry Bernard dans les années 1960, les grands établissements hospitalo-universitaires étaient perçus tels une « usine » à soigner capable de diagnostiquer, soigner, enseigner et chercher.

⁴ « À ceux, plus romantiques, qui regretteront « la chambre de malade paradisiaque ouvrant de plein pied sur un parc », nous dirons qu'il faut être sérieux ; que l'optique de convalescence ou de sanatorium n'est pas celle d'un Hôpital d'aigus hébergeant en permanence 1 200 malades couchés, des centaines de consultants et des milliers de visiteurs quotidiens ; que l'Hôpital idéal serait pour nous celui où le malade ferait le séjour le plus bref du fait qu'il aurait reçu les meilleurs soins et d'où il serait le plus vite rendu à sa vie normale » H.BERNARD, « L'évolution de l'Hôpital » (1962)

En ce sens, la porosité entre le milieu de l'entreprise privée et de l'« usine » hospitalière est tenue dans le modèle organisationnel de ces structures. Pour autant, dans l'état de l'art, très peu d'études portent sur l'intrapreneuriat public, avec une quasi-inexistence pour le domaine hospitalier. De plus, il est à souligner que la plupart des écrits portent sur les facteurs de réussite de telles méthodes intrapreneuriales mais trop peu portent sur les conditions opérationnelles de déploiement. C'est pourquoi il paraît d'autant plus stimulant de centrer une réflexion autour de la gestion de projet intrapreneurial dans un univers où les équipes sont peu acculturées à ces pratiques.

A cet égard, l'intérêt de ce mémoire est multiple en ce qu'il vise à faire humblement état de la mise en œuvre d'une démarche qualifiable d'intrapreneuriale en termes de gestion de projet au sein d'un Centre Hospitalier de taille moyenne⁵. Il s'appuiera sur une étude de cas portant sur la rénovation des urgences et étudiera l'appropriation des outils par les acteurs ainsi que les leviers et freins identifiés tout au long de la démarche projet.

Il conviendra ainsi de se demander dans quelle mesure le déploiement de méthodes intrapreneuriales au sein d'un Centre Hospitalier peut constituer une réponse efficace à la complexité des organisations en y intégrant une réflexion sur les conditions opérationnelles de réussite pour mobiliser, acculturer et structurer les équipes dans un espace-temps limité et contraint par les activités hospitalières.

⁵ L'Hôpital d'Antibes se compose environ de 700 lits et places et de 1700 professionnels (site de l'Hôpital : <https://www.ch-antibes.fr/fr/presentation/2/6>)

Méthodologie

A. Contexte de l'étude

Lors de mon arrivée en stage long au sein du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins, le chef d'établissement était préoccupé par un panel de problèmes du quotidien qui lui était remonté lors des visites de services hebdomadaires. Sollicité pour résoudre des sujets d'ordre varié (informatique, restauration, gestion du linge, matériel, organisation...), Monsieur Ripert, chef d'établissement s'interrogeait sur la manière dont les principaux concernés pouvaient y répondre, grâce à leur expérience et par leurs propres moyens. L'habitude étant prise, à chaque difficulté, la direction était sollicitée pour trouver une issue favorable. Or, sensibilisé aux approches managériales innovantes dans lequel l'intrapreneuriat s'inscrit, il a souhaité promouvoir son déploiement en interne par le biais d'une méthodologie partagée et d'un accompagnement personnalisé.

L'une de mes missions de stage long a été de conceptualiser une méthode adaptée à l'établissement pour accompagner les services demandeurs dans la résolution des « irritants du quotidien ». L'approche pouvait être de l'ordre du transversal (comme par exemple l'optimisation de la gestion des blouses) ou du spécifique (comme par exemple la définition d'un programme d'animation porté par les équipes professionnelles).

Cette méthode a été présentée en CODIR, en CME et en réunion des cadres afin de présenter ce qu'est l'intrapreneuriat et les modalités d'application en interne. En fonction des remontées des services, il a été ciblé un travail sur plusieurs services dont le service des urgences fait partie.

B. La revue de littérature

Afin de construire une réflexion autour de l'intrapreneuriat, il a été nécessaire de procéder à une revue de littérature. En effet, cette notion m'était auparavant inconnue. Souvent confondue avec la notion d'entrepreneur, l'intrapreneuriat est une notion moins évidente à première vue, d'autant plus dans le secteur public hospitalier. Ce temps d'apprentissage a permis d'identifier ces conditions historiques d'émergence, de saisir les motifs d'appropriation successive par le secteur privé puis par le secteur public ainsi que de modéliser les outils à disposition et les différentes structures afférentes.

En plus de la littérature scientifique sur ce sujet, il a été intéressant de creuser les actualités hospitalières permettant de mettre en évidence la tangente actuelle : la valorisation et la promotion d'innovation managériale (prix FHF, prix des valeurs hospitalières ADH...). La réalisation d'un benchmark auprès des établissements porteurs de la démarche (l'HAD de l'AP-HP et la Direction de l'innovation aux Hospices Civils de Lyon) a été porteuse de réflexion quant aux conditions de réalisation dans des Hôpitaux de taille plus modeste.

Enfin pour structurer au mieux ce mémoire, il convenait d'appréhender scientifiquement le cas des urgences hospitalières afin de comprendre l'environnement dans lequel les Hôpitaux se situent et les explications quant à la massification de la fréquentation de ce service depuis 20 ans. Adossée à cette analyse, une étude plus approfondie a été menée sur la notion de l'attente dans le cadre de l'amélioration continue de l'expérience patient.

C. L'observation participante : la participation aux rencontres quotidiennes et aux réunions de cadrage

Au début de mon stage, j'ai eu l'opportunité de conduire une étude d'immersion sous le prisme de l'empathie (se mettre à la place de l'utilisateur) au sein des urgences afin de recueillir les différentes problématiques soulevées par les usagers.

Dans l'optique d'intégrer une dimension opérationnelle à ce mémoire, j'ai participé à l'ensemble des réunions et échanges relatifs à la rénovation des urgences. Ayant pu suivre l'apparition de la problématique jusqu'à son phasage, j'ai été attentive aux relations interpersonnelles contractées dans le cadre de ce projet, aux modes de conduite de gestion de projet et à l'appropriation des outils mis à disposition des professionnels de santé pour se saisir du sujet dans le sens d'une démarche intrapreneuriale.

J'ai ainsi pu observer les mutations du projet dans sa forme comme dans son fond permettant de conduire une réflexion critique sur les leviers et les freins rencontrés par les professionnels lors du déroulé du projet ayant débuté en janvier 2024. Cette analyse a aussi pu être enrichie grâce aux apports théoriques du cours de management opérationnel centré sur la conduite de projet en plusieurs étapes. Ces éléments sont constitutifs d'une réflexion plus globale quant aux leviers d'actions pratiques pour déployer cette méthode au sein de l'ensemble des établissements.

D. La conduite d'entretien semi-directif auprès des parties prenantes du projet

Pour enrichir la méthode de recherche de cette étude, j'ai convenu d'entretiens semi-directifs auprès des parties prenantes du projet à partir d'une grille d'entretien que j'ai conçue. Cette grille se décline en trois parties :

- L'expression du besoin et sa formalisation, à savoir questionner la personne sur sa vision du projet, son appréciation sur son positionnement, sa perception des bénéfices du management participatif...
- La démarche projet, relative aux ingrédients identifiés pour la bonne réalisation d'un projet, sur les outils à disposition, les ressources utilisées pour accompagner le projet...
- Les pistes d'amélioration, questionnant le degré de complexité d'un tel projet, les freins observés, les éléments à intégrer pour améliorer la gestion intrapreneuriale et la reproductibilité au sein d'autres projets hospitaliers.

Les parties prenantes du projet interrogées se décomposent en trois groupes :

- Le personnel des urgences (médecin référent du projet, cadre de santé, chef de service...)
- Le personnel technique (ingénieur travaux...)
- Le personnel institutionnel (représentant des usagers, directeur référent...)

Ces six protagonistes forment le noyau dur du projet et ont contribué à affiner ma lecture de cette gestion de projet, et notamment de recueillir leurs opinions quant aux conditions nécessaires pour reproduire un tel schéma, et ainsi construire un guide pratique pour les futures expériences.

1 L'intrapreneuriat, une clef de réussite pour conduire des projets et manager des organisations complexes ?

1.1 L'émergence de la méthode intrapreneuriale pour « débureaucratiser » et redonner de la flexibilité aux acteurs des structures organisationnelles

Si l'intrapreneuriat est aujourd'hui un concept largement démocratisé au sein du secteur privé et un exemple de réussite d'entreprise comme l'illustre la société Google, il est aussi issu d'une histoire longue et du rapport souvent dialectique entre innovation et organisation. En théorie, toutes les entreprises peuvent être le siège de dispositifs intrapreneuriaux novateurs. Cependant, la structuration interne de l'entreprise, résultant d'un processus long et complexe peut parfois freiner la promotion de l'innovation, notamment du fait de strates hiérarchiques solidement ancrées et difficiles à surmonter lorsqu'une idée émerge à petite échelle. Afin de comprendre ce paradoxe, il est utile de faire un détour historique pour comprendre les racines de l'intrapreneuriat, les outils à disposition ainsi que les moyens opérationnels requis pour son déploiement.

Depuis la révolution industrielle, les formes d'organisation autour de l'innovation ont bien évolué. Par nature, une entreprise est une « *entité économique qui combine des ressources humaines, matérielles et financières pour produire et fournir des biens ou des services sur le marché. Elle constitue le moteur de l'activité économique et joue un rôle crucial dans la création de richesses, la génération d'emplois et le développement de la société* ». ⁶ Elle a donc vocation à créer, innover, prendre des initiatives et proposer de nouveaux produits et services. Or, au tournant de la révolution industrielle, l'apparition de règles de droit ainsi que de cadres réglementaires et conceptuels ont conduit à la redéfinition des contours de l'innovation de par l'émergence de la « bureaucratie ». Au sens wébérien du terme, la notion de bureaucratie est un idéal-type qui recouvre un système d'organisation efficace caractéristique des sociétés modernes et reposant sur des règles stables et du personnel spécialisé.

⁶ Définition issue du collège de Paris : <https://formation-continue.collegedeparis.fr/actualites/les-principales-fonctions-de-l-entreprise> (consulté le 10 Août 2024)

M.CROZIER dans le Phénomène Bureaucratique (1963) analyse ce phénomène à travers la théorie des organisations. Selon lui, les règles du jeu des formes d'organisation bureaucratiques favoriseraient le statu quo ainsi que l'inhibition des innovations en ce qu'elles seraient perturbatrices des normes en vigueur. Cela signifie que les entreprises privilégient leurs modes d'actions traditionnels préférant ne pas déstabiliser leur organisation et les objectifs associés plutôt que de s'avancer vers des nouveaux éléments pouvant constituer un risque pour leur devenir.

Or, le développement au XXème siècle tourné vers une organisation bureaucratique a conduit à l'émergence d'un phénomène paradoxal. En effet, l'accumulation des règles a paradoxalement entraîné une baisse des capacités d'innovation en interne amenant les entreprises à se questionner sur leurs modèles économiques et sur leur capacité à innover en interne. En conséquence, deux phénomènes tangents se sont constitués : la logique de « débureaucratisation » dans les années 1970 aux Etats-Unis à cause de la rigidité de la norme puis l'apparition en interne de nouveaux profils : des individus ambitieux souhaitant porter au niveau de l'entreprise un projet nouveau tout en restant salarié.

Ces deux phénomènes accélèrent le renouveau de l'entreprise contemporaine. En effet, au milieu des années 1970, elle se situe dans un marché de plus en plus concurrentiel, cherche à se démarquer et à concevoir des produits de plus en plus innovants pouvant répondre aux besoins de la « société de consommation »⁷ devenue la norme à cette période de l'histoire. Dans le secteur privé, les mieux placés pour contribuer à cette dynamique sont ceux capables de mobiliser rapidement les ressources requises, d'être autonomes et efficaces dans la gestion de projet et le cadencement de la commercialisation de nouveaux produits ainsi que dans l'analyse des opportunités au gré de l'évolution importante de la demande sur le marché.

Dès lors, les entreprises promouvant davantage la flexibilité, l'optimisation des ressources, les innovations se positionnent en leader sur les marchés. Le rôle du travailleur est aussi redimensionné car ces entreprises cherchent à lui redonner du pouvoir et une place institutionnelle. Autant un argument marketing que d'image institutionnelle, cette politique vient contrebalancer la vision de la direction conservatrice, lente et rigidifiée par les règles et procédures établies.

⁷ J.BAUDRILLARD (1970) La société de consommation, Collection FOLIO – Essais ; 320 p.

Déjà en 1961, T. BURNS et G.M. STAKLER⁸ cherchaient à « *développer l'agilité [des grandes organisations] face à un environnement turbulent, grâce à des mécanismes souples, peu formalisés et décentralisés, au sein de structures organisationnelles souvent rigides, combinant ainsi des dimensions organiques et mécanistes* ». De cette manière, la structure organisationnelle de l'entreprise dépend de l'environnement dans lequel elle évolue. A cet effet, l'entreprise performante et compétitive est celle en mesure d'identifier les facteurs environnants et d'adapter son organisation en conséquence.

Le cas pionnier en la matière est la création du « post it » inventé en 1974 et commercialisé à partir de 1981. Créé en 1902, la société 3M (Minnesota Mining and Manufacturing Company) est particulièrement connue pour le lancement des rubans adhésifs « scotch ». Par circonstance, un employé de l'entreprise a souhaité trouver un moyen pour marquer les pages de ses partitions de chant. Il a alors trouvé son inspiration dans les pas d'un chimiste de la même entreprise : développer un ruban adhésif qui colle sans vraiment coller sur toute la surface. Après plusieurs essais, cet employé en a fait part à la direction de la société 3M qui a décidé de faire des tests de commercialisation avant d'obtenir le produit final qui sera, à partir de 1981, vendu dans le monde entier. Forte de cette expérience, 3M a ensuite décidé de valoriser le potentiel de chacun de ses collaborateurs en leur permettant de consacrer une partie de leur temps dans l'entreprise à d'autres activités que celles reliées à leur travail.

Cet exemple anecdotique est un prélude de l'intrapreneuriat. En effet, durant la seconde moitié des Etats-Unis dans les années 80, un pan de la littérature initié par R. BURGELMAN⁹, s'est intéressé aux « *initiatives stratégiques autonomes* » au sein des organisations bureaucratiques et a conceptualisé le concept nouveau d'intrapreneuriat. Il a été le premier à décrire scientifiquement ce processus tel qu'il est entendu de nos jours. En 1985, G. PINCHOT¹⁰ poursuit l'analyse en résumant par cette phrase l'intrapreneuriat « *why you don't have to leave the corporation to become an entrepreneur ?* ». Ses travaux démontrent que dans de nombreuses entreprises, des comportements intrapreneuriaux se manifestent chez des employés, qui pour de nombreuses raisons, préfèrent continuer à travailler sous ce même statut (sécurité de l'emploi, sentiment d'appartenance à un groupe, rétribution sociale du salariat...). Il considère alors que les travailleurs qui assument la responsabilité de la création d'innovation ou de nouvelles activités sont les intrapreneurs.

⁸ T.BURNS et GM STALKER, The management of innovation, 1961.

⁹ R.BURGELMAN (1986) Inside Corporate Innovation : strategy, structure and managerial skills.

¹⁰ G.PINCHOT (1985) Intrapreneuring : Why you don't have to leave the corporation to become an Entrepreneur.

C'est pourquoi tout salarié est alors incité, dans son entreprise, à adopter un « esprit start up » en poursuivant des projets innovants. Cette vision est simultanée à deux évolutions importantes des années 1990. La première tient compte du développement du management de projet basé sur la méthode de l'ingénierie courante (Concurrent Engineering). A la différence de l'ingénierie séquentielle, l'ingénierie courante consiste à engager toutes les parties prenantes du projet dès le départ dans l'optique d'améliorer la compréhension des objectifs par le collectif et ainsi d'assurer une meilleure capacité à suivre le projet, détecter les problématiques sous-jacentes tout en mobilisant les ressources humaines tout du long. La recherche d'efficience dans la gestion de projet est également concrétisée par la massification des technologies de l'information et de la communication.

A ce titre, l'intrapreneuriat est alors entendu comme une voie pour renouer avec la cible de performance tout en limitant les excès de la bureaucratisation et de la complexification des structures et des pratiques. C'est pourquoi l'intrapreneuriat est une notion à différentes connotations dans la mesure où elle recouvre des pratiques et des dispositions qui se développent dans des champs très divers.

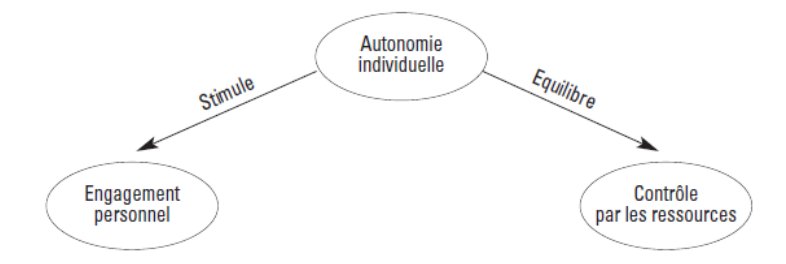
Pour l'entreprise, ces nouveaux dispositifs présentent de nombreux intérêts dont celui de favoriser la créativité, l'efficacité et l'agilité. A moyen terme, V. BOUCHARD¹¹ définit trois buts de ces dispositifs :

- La création d'une nouvelle source de revenus
- Des réductions de coûts par l'amélioration des processus internes
- L'encouragement de nouveaux comportements et attitudes

A travers le schéma ci-après, elle présente les principes de fonctionnement des dispositifs intrapreneuriaux étant précisé que l'autonomie individuelle est un prérequis accordé ou non par l'entreprise, que l'engagement personnel résulte de facteurs intrinsèques (accomplissement de soi) ou extrinsèques (évolution de son statut professionnel) mais également des ressources mises à disposition.

¹¹ V. BOUCHARD (2007). Les dispositifs intrapreneuriaux à la loupe: *L'Expansion Management Review*, N° 125(2), 86-91 / page 30.

Principes de fonctionnement des dispositifs intrapreneuriaux



Ces principes de fonctionnement intrapreneuriaux se conjuguent avec les évolutions successives des méthodes projets. En effet, depuis les années 1990-2000, de nouvelles méthodes de gestion de projet se sont développées afin de contrebalancer l'instabilité de l'environnement dans lequel la société évolue. Les méthodes traditionnelles et historiques fonctionnent en cascade, c'est-à-dire qu'une étape ne peut commencer au moment de la clôture de l'étape précédente. Ce processus issu des années 1970 et du fonctionnement industriel n'induit qu'une très faible part au changement. Durant les années 1980, ces méthodes ont évolué renforçant la validation de chaque étape par des tests successifs. Pour pallier les écueils rencontrés des méthodes antérieures (le produit ne répondant pas au besoin initial, le temps long du projet, l'effet tunnel ou encore l'impossibilité de prendre en compte le changement...), des approches nouvelles sont venues alimenter les méthodes historiques en se centrant sur l'autonomie, la flexibilité et l'expérience usager.

En redonnant de la place aux salariés tout en les dotant de moyens adaptés, l'intrapreneuriat se présente a priori comme une clef pour manager la complexité en ayant recours à d'autres types de gestion de projet. Or, si cette première expérience relève davantage du secteur privé, le secteur public n'en demeure pas moins le lieu d'une diffusion et d'une appropriation progressive afin de faire face aux évolutions sociétales et managériales actuelles.

1.2 La diffusion et l'appropriation progressive de l'intrapreneuriat au sein des Hôpitaux face aux évolutions managériales du secteur public

La culture bureaucratique n'est pas exclusivement le propre du secteur privé. Les administrations publiques sont souvent décrites, voire décriées, pour leur culture bureaucratique, leur lourdeur administrative et le faible nombre de projets menés à terme. Confrontées aux défis du changement, de l'attractivité et du renouveau, les administrations publiques sont aussi tentées d'innover dans leurs formes organisationnelles et managériales. Pour cela, il est intéressant d'analyser les méthodes de diffusion puis d'appropriation des discours intrapreneuriaux au milieu du secteur public hospitalier.

Dans une dynamique similaire à celle connue dans le secteur privé, une tentative de modernisation de la gestion des administrations publiques s'est instituée dans la logique du « new public management » visant à progressivement aligner la gestion publique sur les méthodes du privé. A partir de 1970, la montée du new public management incite à considérer la gestion des administrations publiques sous le prisme de la logique entrepreneuriale. Influencées par les théories anglo-saxonnes, ces approches redéfinissent le rôle et l'intervention de l'Etat dans les affaires publiques au profit d'une recherche d'efficience et de performance. Dès lors, la priorité n'est plus tant sur les règles et les procédures chères au modèle wébérien mais plutôt tournée vers une culture de la donnée statistique et des indicateurs de pilotage. La recherche de performance est la clef de ces méthodes qui promeuvent la contractualisation entre les organisations, la privatisation de certaines actions, la flexibilité dans la décision....

Par ce biais, l'accent est davantage mis sur les capacités de management au sein des administrations publiques dans l'optique d'améliorer la satisfaction de l'utilisateur et les résultats alors que par nature le service public est plutôt orienté sur les procédés et les tâches à réaliser dans un cadre réglementaire strict. Si comme l'ont montré Y. CHAPPOZ et P.C. PUPION¹², les techniques de management du privé ne sont pas forcément transposables au service public, il existe des outils à la main des managers publics pour circonvenir à ces différences. Les dispositifs intrapreneuriaux sont alors entendus comme une opportunité d'améliorer la qualité des prestations de service participant à la modernisation de la gestion publique.

¹² Y.CHAPPOZ et P.C.PUPION (2012) Stratégie et gouvernance. Gestion et management public, pp1.

L'appropriation par le monde hospitalier de ces évolutions se matérialise encore plus récemment. Face aux injonctions à innover et à s'inscrire dans l'ère du temps, les Hôpitaux sont confrontés à de multiples défis d'attractivité, de renouveau managérial et de simplification des organisations. Ces lignes directrices sont retranscrites dans le guide « mieux manager pour mieux soigner » élaboré sous la direction du Professeur Olivier Claris.

Ce guide reflète les ambitions de changement dans la gouvernance et le management des établissements publics de santé. Il fait suite aux évolutions initiées dans la lignée du Ségur de la santé et des précédents travaux menés dans le cadre de la mission sur la gouvernance et la simplification à l'Hôpital conduite en 2020. Ce livret vise à « *récapituler l'ensemble des leviers (...) pour améliorer le fonctionnement interne, le management et la gouvernance* ». Une partie complète porte sur la simplification du fonctionnement interne en mettant en avant trois impératifs :

- Favoriser la démarche participative et le fonctionnement médico-soignant
- Développer la démarche de gestion de projet au sein d'un service
- Apaiser les relations interpersonnelles

Cet exemple illustre la volonté de conférer plus d'autonomie aux soignants sur le modèle d'un management participatif et d'aller vers des pratiques managériales au plus proche des services. Cette nouvelle méthodologie de travail vise à fournir à chacun « *la preuve de l'efficacité de l'intelligence collective* » grâce à la synergie issue des échanges entre professionnels.

Certains Hôpitaux, notamment l'AP-HP et les Hospices Civils de Lyon, se sont saisis de la thématique et ont structuré de nouvelles organisations autour de la capacité à agir des soignants. Aux Hospices Civils de Lyon, la Direction de l'innovation a vu le jour en avril 2021. Elle s'est positionnée comme « un guichet unique interne et externe pour toute initiative de projet innovant¹³ ». L'objectif porté par cette direction est de faciliter la concrétisation de projets grâce à la mise à disposition de ressources et d'outils méthodologiques adéquats. La première action menée a été le lancement d'un appel à projets innovation (API) qui permet à chacun de déposer un projet « *répondant à un besoin non couvert, de façon inventive, et apportant une amélioration et/ou ayant un potentiel de transformation intéressant* » pour l'institution.

¹³ Revue Hospitalière de France—Soutien à l'intrapreneuriat. (s. d.). Consulté 5 août 2024 ; page 25.

En plus d'un investissement considérable sur les projets, la Direction de l'innovation a collaboré avec l'emlyon pour créer un parcours de formation personnalisé intitulé « Management de projets innovants emlyon x HCL » afin de doter les innovateurs de compétences intrapreneuriales. Parmi cette première promotion, figurent des médecins, pharmaciens, cadres supérieurs de santé, ingénieurs... L'ambition du CHU lyonnais est « gagnante-gagnante », car elle donne la possibilité aux professionnels prometteurs de continuer d'apprendre et de se réaliser en restant au sein de l'institution tout en créant une promotion ambassadrice de ces nouvelles pratiques favorables à l'acculturation des équipes.

Ainsi, de par ce système, les Hospices Civils de Lyon participent à la stimulation de comportements intrapreneuriaux basée sur le défi, la valorisation et la reconnaissance de des compétences tout en octroyant un statut différencié à ces professionnels. L'autonomie dont ils disposent dans la mise en œuvre opérationnelle est aussi relative au degré d'implication de la direction dans cette démarche. Dans le cas précédemment cité, l'institution a mis à disposition des ressources pédagogiques, financières et humaines pour faire émerger des profils d'innovateurs en son sein.

L'appropriation de ces dispositifs par de grandes institutions amène aussi à réfléchir sur l'effet d'aubaine ou d'opportunité de leur déploiement en termes d'attractivité et d'exemplarité managériale. En effet, l'intrapreneuriat profite aussi à l'employeur car il représente un argument de communication et de différenciation entre établissements sur les valeurs de l'institution. Par exemple, l'entreprise Google dédie 20% du temps de travail de ses salariés à un projet de leur choix, ce qui constitue un vivier de recrutement important pour l'entreprise qui dispose par ailleurs des moyens pour financer cette organisation.

Dans un contexte de difficultés de recrutement en ressources humaines autant médicales que paramédicales à l'Hôpital, la valorisation de l'intrapreneuriat peut participer à la définition d'une « marque employeur » axée sur la personnalisation des parcours professionnels et l'accompagnement de projets individuels novateurs. Cela véhicule ainsi l'image d'une institution modernisée et inscrite dans l'ère du temps capable d'attirer de nouveaux talents. De facto, il existe une sorte de retour sur investissement pour l'institution qui, en développant des modèles intrapreneuriaux variés, contribue à l'amélioration de son attractivité et de sa modernisation publique.

Ainsi, de nombreux Hôpitaux investissent le sujet comme le démontre le thème du prix ADH des valeurs hospitalières 2024 « les actions disruptives qui préfigurent l'Hôpital du futur ». Le 2^{ème} prix a été attribué au CHU d'Angers pour la création d'un Lab d'innovation organisationnelle pour stimuler l'innovation en plaçant l'usager au cœur des réflexions et pour améliorer la qualité des prises en charge des patients et les conditions de travail des professionnels. Le 3^{ème} prix a lui été attribué au Centre Hospitalier Métropole Savoie pour son projet « la CAPSULE – Collectif d'appui pour vos projets – une démarche innovante pour favoriser l'intelligence collective au service des projets institutionnels ».

Ces différents modèles mettent en exergue le fait que les équipes professionnelles sont actrices de leurs pratiques et peuvent être autonomisées grâce aux outils mis à disposition par l'institution. L'intrapreneuriat, appliqué au secteur hospitalier, prend la forme d'un management participatif, ouvert et tourné vers l'intelligence collective à partir de ressources acquises par les personnes compétentes. Allant dans ce sens, la Fédération Hospitalière de France a édité en 2023 un cahier technique sur le management participatif et collaboratif identifiant les leviers à la main du manager pour engager son établissement dans cette dynamique. Dans une logique d'organisation apprenante, le management participatif permet d'associer les professionnels de terrain à la construction et à la mise en œuvre de projets en s'appuyant sur le niveau de qualification de chacun.

En prenant racine dans les expériences humaines et le vécu des professionnels de santé, l'intrapreneuriat entendu comme une forme novatrice de management participatif, invite à l'autonomisation des équipes dans leur quotidien tout en leur conférant les outils adaptés (formation, temps dédié, ressources méthodologiques...) à la prise de décision. Toutefois, cet engagement institutionnel est à relativiser selon la taille et les moyens de l'établissement. C'est en ce sens qu'il est intéressant d'observer les modes de diffusion de ces nouveaux modèles dans des établissements de plus petite taille afin d'observer comment ils se saisissent de ces innovations avec leurs propres moyens.

1.3 Les leviers et difficultés relatifs au déploiement de l'intrapreneuriat au sein d'un Centre Hospitalier

Si la notion de l'intrapreneuriat irrigue progressivement les établissements de santé de taille conséquente, elle demeure émergente dans les Centres Hospitaliers de taille plus modeste. En effet, la capacité à générer et à dédier des ressources à ces nouvelles organisations dépend des moyens disponibles sur tous les plans. A cet égard, il paraît pertinent d'étudier les champs organisationnels de l'intrapreneuriat au sein des Centres Hospitaliers à partir de l'expérience du Centre Hospitalier d'Antibes.

Pour ancrer la réflexion, il convient de s'inscrire dans les apports théoriques de H. MINTZBERG qui inventorie cinq configurations organisationnelles¹⁴ possibles, chacune ayant leur caractéristique propre, leur mode de coordination ainsi que leur composante dominante. Au sens managérial, les organisations de santé sont associées à la bureaucratie professionnelle, dont la partie clef de l'organisation est le centre opérationnel tandis que l'ensemble de la coordination repose sur la standardisation des compétences. Cette analyse est intéressante dans la mesure où elle positionne les établissements de santé sur des organisations laissant peu de marge à la flexibilité, à la notion de résultats et de décentralisation. A la différence des autres types de bureaucratie, la bureaucratie professionnelle se distingue par la standardisation des savoirs des professionnels hautement qualifiés. Cette notion permet de mieux comprendre les limites de diffusion de l'intrapreneuriat en leur sein étant donné que le centre opérationnel acquiert une position centrale dont découle une organisation stable et complexe avec des objectifs précis, celle de répondre aux besoins de santé de la population.

Cherchant également à dépasser leur bureaucratie professionnelle et pour se redonner les moyens d'agir, les Centres Hospitaliers sont en recherche de flexibilité organisationnelle et de renouvellement managérial. Cette position est poussée à plusieurs titres. Elle répond à un besoin d'efficience au sein d'organisation à ressources limitées. En grande majorité, les Centres Hospitaliers ne disposent pas de direction spécifique à l'innovation. Ces dernières sont subsidiaires à des choix managériaux émanant de la Direction Générale. En effet, la sensibilité à ces sujets dépend aussi surtout de la coloration donnée par le chef d'établissement. Dès le début de sa prise de poste, le chef d'établissement de l'Hôpital d'Antibes a souhaité afficher ses nouvelles méthodes managériales via la création d'un poste de secrétaire générale en charge des projets et de l'intrapreneuriat.

¹⁴ H. MINTZBERG (1998), The structuring of organizations, Editions d'organisation; 440p.

Or, la réalité du terrain ainsi que les ressources limitées au sein d'une équipe de direction conduisent vraisemblablement à se concentrer sur des pratiques plus quotidiennes au détriment de l'approfondissement de ces enjeux. De plus, les Centres Hospitaliers se situent, pour la plupart, dans des territoires concurrentiels. C'est notamment le cas dans les Alpes Maritimes où la concentration d'établissements de santé privés comme publics fait la part belle à la concurrence pour assurer notamment le recrutement de nouveaux arrivants.

Ainsi, la promotion de nouvelles méthodes managériales favorisant la flexibilité, la valorisation des idées ainsi que de nouvelles expériences de gestion de projet est aussi un levier d'attractivité et de fidélisation des professionnels. Par ailleurs, et pour nuancer l'analyse de H. Mintzberg, les Centres Hospitaliers se distinguent de par une plus faible verticalité des décisions et une plus grande proximité entre les corps professionnels. Depuis la création d'une direction centrée sur les projets, de nombreux projets ont pu être co-construits avec les équipes professionnelles concernées. Par ailleurs, depuis quelques mois, des ateliers projets ont été déployés laissant la place aux professionnels pour présenter leur projet de manière structurée à l'ensemble des parties concernées (Direction, Département de l'information médicale, Ingénieur Travaux, Ingénieur Biomédical...). Cette approche est source de motivation et de valorisation de l'implication des professionnels et reflète la logique « bottom-up » des nouvelles organisations managériales. Le projet est ici une expérience terrain (volonté d'accroître son offre médicale, réponse à des difficultés quotidiennes, réorganisation de service...) qui est ensuite travaillée par le cadre de santé, le chef de service et le cadre supérieur de santé ; pour être enfin présenté lors d'un atelier projet et validé collectivement sur les modalités de déploiement. Cette dynamique contribue tout autant à l'autonomisation des individus qui participent de façon volontaire à ce processus tout en étant source de reconnaissance de l'expertise des parties présentes. Cet exemple peut être considéré comme un premier jalon dans l'approche intrapreneuriale et permet d'identifier les leviers de déploiement de ces méthodes au sein d'Hôpitaux de taille modérée.

C'est d'ailleurs ce qu'ont étudié V. BOUCHARD et A. FAYOLLE en 2011¹⁵. Selon eux, les entreprises déploient des stratégies qui sont avant tout le reflet de leurs objectifs, du contexte dans lequel elles exercent et de leurs caractéristiques propres. De fait, il n'existe pas de « bons dispositifs intrapreneuriaux » à proprement parler mais davantage des « bonnes mises en œuvre », c'est-à-dire reflétant la capacité de l'organisation à identifier les bons leviers et à concevoir des dispositifs adaptés et cohérents à la structure ainsi qu'à l'engagement en temps prévu.

¹⁵ V. BOUCHARD et A. FAYOLLE. (2011). Comment mettre en œuvre l'intrapreneuriat ? p19.

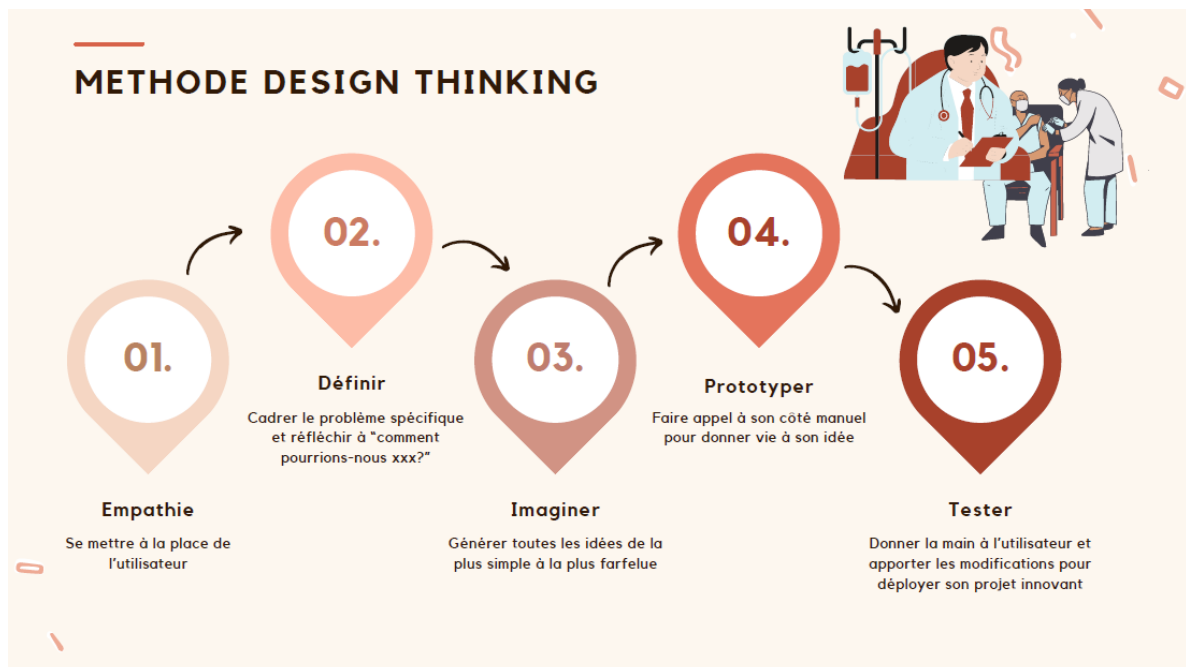
C'est en ce sens que les projets intrapreneuriaux sont variés et mêlent autant la vision des employés, le style de management et la solidité de l'organisation. Il est aussi à souligner l'impact ambivalent de ces dispositifs pour l'entreprise car ces derniers engagent l'entreprise sur la durée. La visibilité accordée à ces projets est d'autant plus de chances d'accroître les effets négatifs en cas d'échec ou de difficultés d'exécution. L'enjeu majeur est ainsi de sélectionner au plus juste les personnes prédisposées ou les services volontaires à s'investir pour créer un effet d'aubaine auprès des autres acteurs de la structure. La question subsidiaire est de savoir si la démarche intrapreneuriale doit être intégrée telle une entité autonome avec une équipe dédiée, supposant des ressources à engager, ou plutôt être circonscrite à une application contextuelle, c'est-à-dire ouverte à tout un service par exemple. Selon les ressources à dégager et le temps managérial à dédier, et à la différence des CHU précités, l'Hôpital d'Antibes a fait le choix de la seconde approche permettant une résolution de problème au plus proche des services concernés tout en leur donnant les clefs pour capitaliser sur leurs bonnes pratiques.

Afin de structurer la démarche intrapreneuriale, il est nécessaire de mettre en œuvre des outils et de travailler à l'acculturation des équipes. Au sein des établissements de santé, le travail en collectif et en transversal n'est pas toujours évident. La complexité a tendance à être banalisée et brandie comme un rempart ou comme argument pour ne pas avancer ni trouver de solutions. Au sein de l'Hôpital d'Antibes, la Direction est souvent incitée à trouver des solutions pragmatiques à des réalités de terrain. En effet, si les utilisateurs terrain font souvent état des difficultés rencontrées et de leur sentiment de blocage dans des situations complexes, la Direction aura alors le rôle de décideur en tentant d'objectiver les freins au rouage et d'avancer des solutions qui ne sont pas toujours évidentes pour les principaux concernés à entendre et à mettre en œuvre. Face à cette difficulté de dépasser le stade des constats et d'avancer vers des solutions empiriques, les méthodes intrapreneuriales sont novatrices en ce qu'elles permettent de dépasser une simple divergence de vision et d'avancer dans la co-construction par le biais de l'intelligence collective.

Pour mener à bien ce travail, de nombreux outils existent. Il est ainsi du ressort de l'établissement de s'approprier des outils qui peuvent fonctionner et d'adapter la démarche au public visé. Dans le cadre d'un Centre Hospitalier, un travail doit être mené en amont pour le déploiement de méthodes intrapreneuriales créatives. Pour ce faire, le Centre Hospitalier d'Antibes s'est basé sur des outils « pré-intrapreneuriaux » dans le sens où ils sont un accompagnement et une aide méthodologique pour les équipes.

A titre d'exemple, le design thinking est un outil utilisé dans le cadre de la résolution de problèmes complexes. Le design thinking est un accélérateur de projets grâce à son processus qui place l'utilisateur au centre de la réflexion collective. Cela permet de concevoir des produits ou des services innovants et de trouver des solutions variées pour les utilisateurs identifiés, les usagers ainsi que les professionnels. La méthode du double diamant en est l'exemple puisqu'il s'agit de découper le processus de conception d'une situation en 4 grandes étapes, à savoir la découverte, la définition, le développement et la validation de telle manière à développer toutes les idées et à n'en conserver que les meilleures afin de cibler la bonne solution au problème identifié. De même, de nombreux outils en découlent (carte de l'empathie, parcours utilisateur, brainstorming, courbe de faisabilité, construction, maquette...).

Les cinq étapes du design thinking¹⁶



¹⁶ Production personnelle

Il reste toutefois plusieurs difficultés à intégrer dans la réflexion d'un projet intrapreneurial. En effet, V. BOUCHARD¹⁷ présente trois niveaux de risques applicables pour les Centres Hospitaliers.

- Le premier est relatif aux frictions et conflits, c'est-à-dire à la compétition sur laquelle peut déboucher la gestion de projet pour l'obtention de ressources. Cela peut s'exprimer par le biais d'un blocage dans le déroulement du projet, et est aussi relatif aux enjeux de planification institutionnelle des priorités. Tous les règlements de problématiques n'amènent pas nécessairement de demande de ressources supplémentaires, mais la grande majorité des cas en nécessitent, ce qui implique des arbitrages institutionnels difficiles et parfois contre-productifs. En effet, selon l'implication de l'équipe projet, la frustration d'un échec ou d'un décalage dans le temps du projet peut émerger et contrebalancer les efforts menés pour son terme.
- Elle identifie aussi le risque d'obtention de résultats décevants, dans le cas où les projets sont peu nombreux et inscrits dans un principe de réalité ne pouvant conduire à des « changements spectaculaires et immédiats ».
- Le dernier risque concerne l'absence de pérennité des dispositions mises en œuvre, c'est-à-dire un abandon lié aux circonstances pouvant renvoyer un signal négatif auprès des agents de la structure et relativiser leur investissement sur la suite des projets.

Dès lors, si l'innovation managériale à travers le déploiement de méthodes intrapreneuriales au sein de Centres Hospitaliers semble être une clef stratégique pour assurer plus de flexibilité organisationnelle et atteindre des résultats probants, il n'en demeure pas moins que certains risques sont à prendre en considération dans le processus. La gestion de projet innovant peut être disruptive dans des organisations réglées et peut ne pas produire les effets escomptés. A ce titre, et à partir de l'exemple de la rénovation des urgences du Centre Hospitalier d'Antibes, les modes de diffusion et d'appropriation de ces pratiques sont tout aussi importants que le contenu du projet afin de cibler le bon objectif et d'y répondre avec les bons outils.

¹⁷ V. BOUCHARD (2007). Les dispositifs intrapreneuriaux à la loupe: *L'Expansion Management Review*, N° 125(2), 86-91 / page 35.

2 Perspectives sur les modes de conduite d'une démarche intrapreneuriale au sein d'un Centre Hospitalier à travers l'étude de cas du projet de rénovation des urgences

2.1 Présentation du contexte et du projet de rénovation des urgences

Dans son rapport intitulé « Mission flash sur les urgences et soins non programmés » paru en 2022, François Braun écrit les mots suivants « *la crise que vivent actuellement les services d'urgence n'est que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde qui touche l'ensemble de la réponse aux besoins de soins urgents et de soins non programmés et plus largement l'ensemble de notre système de santé* ». Depuis le début des années 2000, le recours aux services d'urgences n'a cessé d'augmenter pour de multiples facteurs. Le vieillissement de la population, le problème du recours aux soins en ville ainsi que la diminution des solutions en aval pour les patients au sein des Hôpitaux ou bien dans les structures adaptées ont entraîné, de facto, un accroissement des flux entrants au sein des urgences¹⁸. En conséquence, les délais d'attente au moment de la prise en charge des patients augmentent, des retards de diagnostics ou des complications diverses peuvent survenir et se faire ressentir sur la qualité des conditions de travail du personnel.

Le profil des patients se présentant aux urgences a évolué. La Cour des Comptes indique, dans son rapport de 2019, qu'environ 20% des patients fréquentant les urgences hospitalières ne devraient pas s'y présenter, leurs situations cliniques ne justifiant pas un recours à la médecine hospitalière. Certains profils sont aussi plus précaires et amènent une prise en charge spécifique en lien avec le service social de l'établissement. Par ailleurs, les urgences font aussi face aux changements de mentalités de la société. Comme l'indique le psychiatre Jean Cottraux, « *nous sommes dans une culture de l'impulsivité dans laquelle on ne met pas de distance entre désir et satisfaction immédiate. Dans un monde pressé, nous sommes de plus en plus irrités par l'attente* »¹⁹. Le patient aux urgences est de moins en moins patient au sens premier du terme, celui de « l'attente dans le calme »²⁰.

¹⁸ OCDE : Berchet, C. (2015), "Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand", OECD. Health Working Papers, No. 83, OECD, Paris.

¹⁹ Lien : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293850519300399> (consulté le 12 Août 2024)

²⁰ Lien : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58654> (consulté le 12 Août 2024)

L'individualisation des sociétés est depuis des années un thème central en sciences sociales et produit une modification des comportements dans le rapport même aux soins. En effet, l'attente est souvent corrélée à la notion de douleur ou de retard de soins. Les temps d'attente s'inscrivent dans un contexte de stress souvent mal vécu par les patients. Dans une récente étude de la DREES, seulement un tiers des services d'urgences autorise la présence des familles en leur sein²¹. L'impatience donne souvent lieu à des incivilités et complique également l'activité des soignants qui tendent à trouver des solutions pour désamorcer ces tensions.

A cet égard, la plupart des urgences ont adapté leur organisation. L'objectif porté est de rendre le plus possible inaperçu le temps d'attente : la création du poste d'infirmier d'accueil et d'orientation en est un premier exemple, la mise en place de flux distincts entre les circuits valides et non-valides, l'ordonnancement des lits pour limiter le temps passé dans un brancard... La notion d'expérience patient est ainsi centrale dans la maîtrise du temps d'attente aux urgences autant pour les patients que pour les professionnels car l'attente renvoie également à un sentiment d'impuissance et de difficulté dans leurs pratiques professionnelles.

Le Centre Hospitalier d'Antibes n'a pas échappé à l'ensemble de ces évolutions ces dernières années, le tout ayant été accentué au moment de la crise de la COVID-19. En effet, le nombre de passage s'établit à environ 100 par jour en moyenne, avec un pic au moment de la saison estivale, en début de soirée et dans la nuit (en moyenne, 60 passages par nuit). Les urgences se sont progressivement constituées comme une sorte de « micro-Hôpital » au sein de l'Hôpital en déployant la fonction consultation suite de l'installation de la maison médicale de garde, à la mise en place d'une infirmière spécialisée en gériatrie pour la prise en charge des plus de 75 ans et de la montée en charge du service d'hospitalisation temporaire d'urgence... Ces éléments sont symptomatiques d'une mutation de la fonction même des urgences vis-à-vis de la prise en charge vitale en s'adaptant et répondant aux attentes des patients. Malgré une rénovation récente d'une dizaine d'années, ce service est devenu inadéquat en raison de l'augmentation des flux patients, de l'allongement de l'attente avant l'aval et d'une précarisation de la population.

²¹Lien : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240711_ER_UrgencesHospitalieres2023 (consulté le 12 Août 2024)

Par ailleurs, ce service fait aussi l'objet de nombreuses plaintes et réclamations et renvoie une image peu valorisante de l'établissement au grand public dont les deux points suivants sont les plus saillants.

Le premier point est relatif aux locaux qui sont souvent décrits comme peu accueillants, chaleureux et entretenus. L'extraction des commentaires et avis d'utilisateurs via les réseaux sociaux ou les lettres de plaintes et réclamations²² en atteste (il convient de souligner que ces commentaires sont marginaux en comparaison à la totalité des flux aux urgences mais sont toutefois porteurs d'une réalité qu'il ne faudrait isoler). Par exemple, un utilisateur écrit « *mais c'est quoi cet Hôpital ! Jamais vu des urgences dans cet état ! Mais quelle image pour la Côte d'Azur ! Et dire que des touristes se retrouvent dans ce lieu, ce garage sale et immonde. Quelle honte ! Par contre, comme très souvent, le personnel soignant est très compétent et sympa* » ou encore « *Ne mérite même pas une étoile. Je suis passé par les urgences une fois en 2016 et une fois en 2018. Niveau propreté, ça n'a pas changé en 2 ans. C'est sale. On laisse traîner du vomi sur les sièges et ça n'a pas l'air de déranger* ». Ces commentaires renvoient aux difficultés traversées par l'Hôpital public, et tout particulièrement sur les difficultés de prise en charge des patients dans les meilleures conditions matérielles et humaines possibles.

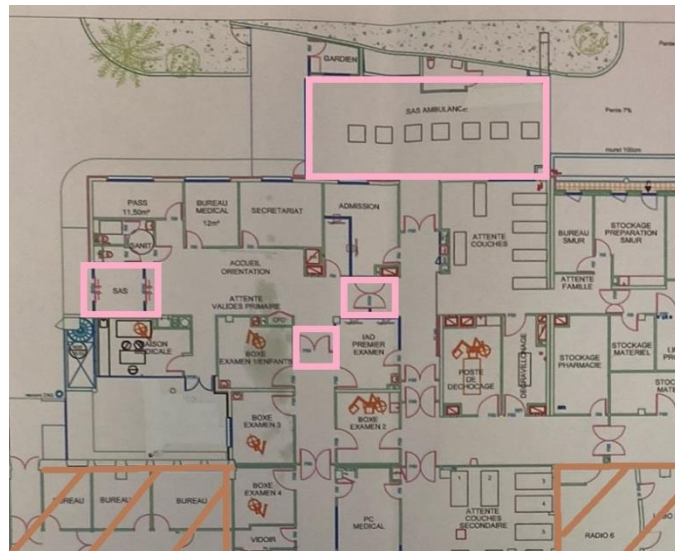
Le second est relatif au temps d'attente qui est vécu comme particulièrement long par les utilisateurs, patients et familles. Un utilisateur écrit « *Décevant. Affligeant. Personnel en sous-effectif, les malades sont tous en attente dans une même salle. Le temps d'attente est extrêmement long avant la prise en charge. Heureusement que le personnel est au top mais il fait comme il peut avec les moyens dont il dispose. Merci aux soignants* ». Ce commentaire en ligne est corroboré par les nombreux courriers adressés à la Direction générale pointant un « *temps d'attente excessif auquel sont confrontés les patients* », « *l'incompréhension face à l'absence de prise en charge en termes de soins et d'exams médicaux ...* »

Ces récits d'utilisateurs, ainsi que le retour d'expérience des professionnels dans l'attente du bâtiment médico-technique intégrant un renouvellement complet des urgences, ont poussé au projet de rénovation des urgences actuelles pour pallier ces phénomènes connexes. Après une visite du Directeur général au sein du service des urgences, il a été pointé comme prioritaire la création de nouveaux box pour accélérer les prises en charge médicale et ainsi fluidifier les flux patients. De plus, l'arrivée récente d'un 3^{ème} scanner dédié en grande partie aux urgences a concrétisé l'ambition d'agir dans l'attente du bâtiment à perspective plus lointaine.

²² Annexe 2 : Extraits de commentaires sur Google et de courriers patients

Objectif 1 : l'amélioration du confort et de la qualité d'accueil des patients et des familles

Présentation en schéma de l'objectif 1 :

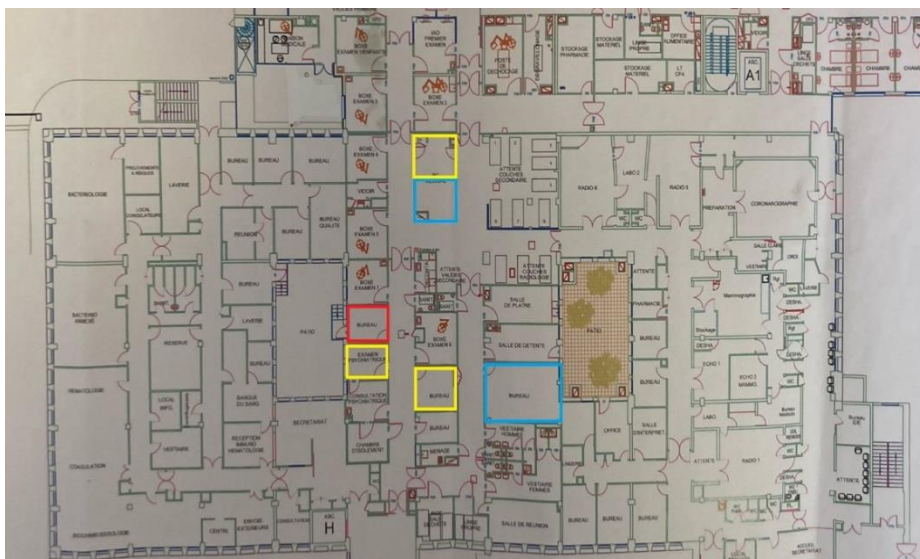


- 26 -

Objectif 2 : la diminution du temps d'attente avant la prise en charge médicale

Pour atteindre cet objectif, les professionnels de santé ont souhaité la création de box d'examen supplémentaires permettant, à ressources constantes, d'éviter l'attente dans les couloirs et d'assurer une meilleure lisibilité des patients pris en charge médicalement. Cette proposition se couple avec l'idée d'agrandir le PC médical ainsi que de créer un PC paramédical, permettant une amélioration significative des conditions de travail des professionnels. Durant la maturation du projet, le nombre de box a été discuté. En tout état de cause, la solution retenue est la création de 2 box supplémentaires et 1 salle de déchocage.

Présentation en schéma de l'objectif 2 :



Objectif 3 : L'amélioration du respect de l'intimité et de la dignité du patient aux urgences

Cet objectif répond à l'attente des professionnels paramédicaux. En raison du vieillissement de la population et par voie de conséquence des patients des urgences, les professionnels de santé ont souhaité dédier un espace aux soins de nursing afin d'avoir un espace dédié à l'accompagnement des personnes âgées dans des situations nécessitant de l'intimité.

Objectif 4 : l'amélioration de la confidentialité et de la qualité de l'entretien à l'IAO

Le poste actuel de l'IAO n'est pas optimal dans la mesure où il se situe au niveau de l'entrée des urgences et en accès direct de tous. A cet effet, l'infirmier est souvent dérangé par le passage des pompiers ou des ambulanciers. De plus, la taille du local ne permet pas de fermer les portes, ce qui pose un souci au regard du critère d'intimité et de respect du secret médical. Le brancard ne peut être mis convenablement en raison de l'étroitesse du local, ce qui implique des efforts et des mouvements supplémentaires pour l'IAO afin de sortir le brancard une fois l'examen préliminaire terminé. Enfin, la nouvelle organisation induit deux types de flux, les « valides » et les « non valides ». Or, le poste d'IAO est accessible d'un seul côté uniquement en raison de la disposition des portes, c'est pourquoi il est inscrit dans le projet d'envisager son agrandissement et son repositionnement au sein du service afin que l'IAO puisse se recentrer sur ses missions initiales.

Enfin, afin de répondre à ces quatre objectifs, le directeur référent du pôle dans lequel les urgences sont intégrées a été missionné de constituer un groupe de travail dont sont tirés les plans transitoires avec leurs phasages²⁴. La participation de tous à la réflexion a été promue (médecins, paramédicaux, cadres, techniques, achats...) de telle manière à obtenir des résultats rapides, idéalement avant le début de la saison estivale. Ce projet est un signe avant-coureur d'une dynamique intrapreneuriale car les acteurs principaux se sont saisis du sujet, ont porté leurs idées en les élaborant en toute autonomie tout en mettant en avant des propositions innovantes. Les échanges se sont menés sous forme d'atelier de travail où chacun a eu sa place pour s'exprimer librement. La philosophie du projet se définit par la volonté de donner la liberté aux acteurs d'entreprendre en faisant part de leurs besoins afin d'étudier les possibilités techniques, budgétaires et humaines de mise en œuvre. Ainsi, deux médecins se sont positionnés comme intrapreneurs et ont porté les idées du service à chaque groupe de travail suite aux échanges informels au sein du service. L'institution s'est ainsi positionnée comme « ressource » afin de laisser les acteurs poser leurs besoins et leurs priorités, et y répondre, tout en les accompagnant sur le plan méthodologique. Ce projet dessine une nouvelle voie dans la gestion de projet au sein de l'Hôpital d'Antibes, notamment en raison de la mobilisation importante des parties sur le sujet, ce qui a pu être un vecteur d'accélération dans la détermination des besoins, leur priorisation et leur déclinaison calendaire.

²⁴ Annexe 4 : Annexe 4 : Plan des urgences pendant la phase d'étude : plan au 20 Mars 2024 (1), plan au 2 Juillet 2024 (2)

2.2 Mobilisation des acteurs autour du projet de rénovation des urgences : analyse des pratiques et des approches

Au sein des Hôpitaux publics, l'émergence de pratiques et méthodes innovantes de gestion de projet amène à questionner leurs capacités à mobiliser les acteurs hospitaliers autour d'un objectif stratégique. Dès lors, l'aptitude d'un Hôpital à déployer un projet intrapreneurial peut dépendre de nombreux facteurs : les personnalités des acteurs composant l'institution, la capacité de l'institution à proposer de nouvelles pratiques et à les pérenniser, les interactions entre les acteurs... A ce titre, l'agence de normalisation AFNOR définit le projet comme un « *ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques* » (norme AFNOR X50-115 – 2022).

Ainsi, un projet intrapreneurial peut se décliner sous la forme d'un ensemble d'actions innovantes doté d'une organisation spécifique dont le but est d'aboutir à un objectif partagé ancrant l'autonomie des acteurs dans la prise de décision et à la valorisation de leurs actions. Or, l'articulation de la logique projet à la réalité du terrain n'est pas toujours évidente dans le secteur public. L'environnement hospitalier est marqué par la prédominance de la hiérarchie, l'importance du statut parfois décorrélé des responsabilités, l'esprit de loyauté et de neutralité envers sa la hiérarchie, le poids du quotidien prenant le pas sur le respect des délais des projets...

A contrario, une gestion de projet efficace sous-entend un engagement, une prise de décision affirmée, un regard transversal ou encore la tenue des délais impartis... C'est en cela que le rôle du chef de projet est fondamental car il apporte une autre vision, développe son autonomie et impulse des marges de manœuvre. Dans une visée intrapreneuriale, le chef de projet est aussi celui qui innove et cherche à gagner en efficacité au sein de son organisation.

Dans le cadre du projet de rénovation des urgences au Centre Hospitalier d'Antibes, la genèse du projet a toute son importance et a conditionné les approches successives dans sa conduite. En effet, l'étude méthodologique montre que ce projet a émergé sous l'impulsion du directeur général. Lors d'une visite de service au sein des urgences en début d'année, les équipes ont mis en avant leurs difficultés à conjuguer une augmentation importante de passages par jours avec le dimensionnement des locaux.

La Direction Générale a alors enclenché une dynamique en chargeant le directeur référent du pôle de proposer des pistes d'actions avant la saison estivale pour soulager les équipes, améliorer l'image des urgences à l'extérieur et fluidifier la prise en charge des patients sur place. Par la suite, le directeur référent de pôle a mis en place des ateliers de travail tournés vers les professionnels puis ils ont été progressivement ouverts à des personnes ressources (ingénieur travaux, services transversaux tels que le service des admissions ou le service social...). Enfin, ces ateliers se sont structurés dans le temps sous forme de COPIL élargi aux directions concernées se réunissant mensuellement. La logique est intéressante à l'étude dans la mesure où l'idée de base est issue du top management suite aux remontées des équipes, puis s'est constituée au niveau bottom up pour enfin se formaliser au niveau du top management pour faire avancer le projet par des prises de décisions collectives.

De par l'analyse empathique menée sur place auprès des professionnels et des patients, des entretiens réalisés²⁵ auprès des parties prenantes du projet et de l'observation conduite lors des ateliers de travail, il est possible de distinguer trois approches qui ont structuré les échanges entre acteurs :

- L'approche par l'expérience patient
- L'approche par les espaces
- L'approche par les contraintes réglementaires et financières

1. L'approche par l'expérience patient

Cette première étape était préalable à la venue de la Direction Générale dans le service. En effet, au début de mon stage, il m'a été confié comme mission d'appréhender la réalité des urgences dans une démarche d'expérience patient. Pour cela, j'ai réalisé deux grilles répondant au premier pilier du design thinking, à savoir se mettre à la place de l'utilisateur pour comprendre son besoin et y répondre avec les bons outils. La première était une grille d'observation²⁶ avec des critères concernant la luminosité des locaux, l'intimité, les relations avec l'extérieur, la signalétique, l'ambiance générale... La seconde était une grille d'entretien dont l'objectif était de mieux cerner le ressenti des patients, leurs envies, ce qu'ils souhaiteraient voir ou ne pas voir dans cet espace...

25 Annexe 5 : Grille d'entretien auprès des professionnels de santé parties prenantes au projet de rénovation des urgences

26 Annexe 6 : Méthode Design thinking appliquée aux urgences : phase d'observation et d'empathie

Ce travail avait vocation à mieux cerner les attitudes et comportements des usagers face à l'attente dans un espace anxiogène que sont les urgences. Par nature, les urgences induisent une notion de pression et l'appréhension de l'attente est différente selon le point de vue adopté (patient, médecin, infirmier...). Pour les urgentistes, il s'agit plus souvent d'un signe de dysfonctionnement des moyens et de l'organisation (d'où l'apparition de la notion d'engorgement). L'urgence est par ailleurs davantage « ressentie » que « vitale », ce qui n'est pas toujours évident pour l'utilisateur se présentant dans ce service pour obtenir une réponse rapide à sa problématique qu'importe la gravité médicale « réelle ».

L'approche par l'expérience patient permet de rationaliser les besoins et de recentrer l'action selon des axes de priorisation. Les réponses à adopter dépendent de la lecture de la problématique initiale. En interrogeant a priori les soignants (chef de service, médecin urgentiste, cadre de santé...), il est ressorti que les besoins étaient tournés vers le besoin en personnel et en espace afin d'améliorer la prise en charge du patient. Or, le service des urgences du Centre Hospitalier n'a pas de postes de personnel vacant sur le plan médical et paramédical, ce qui sous-entend que le besoin exprimé est nouveau et vise à pallier des difficultés organisationnelles en augmentant l'effectif. Pour aller plus loin et comprendre les enjeux pour les patients, je me suis rendue à plusieurs reprises au sein du service des urgences, à des jours et des horaires différents afin d'observer et d'interroger les usagers présents.

Ce travail tourné vers une approche empathique en design thinking a permis de mettre en exergue que l'attente était moins mal vécue à partir du moment où les soins avaient débuté, que la plupart des patients comprenaient que leur niveau de gravité ne justifiait pas une prise en charge immédiate et que le temps d'attente pouvait s'allonger en fonction de l'activité du service. Cette première analyse, sans la considérer comme totalement exhaustive, a permis de relativiser, en application de la loi de Pareto, le discours ambiant de patients « impatientes » et violents. Toutefois, il convient de ne pas omettre le ressenti des soignants, étant également un enjeu majeur d'attractivité et de sécurité professionnelle.

Ainsi, les besoins exprimés par les usagers sont davantage tournés vers une volonté de masquer l'attente par des actions concrètes : mise en place du réseau wifi, chargeurs de téléphone, livres ou télévision à disposition... Le caractère anxiogène de la présence aux urgences s'explique plutôt par l'incapacité à joindre ses proches en raison de conditions matérielles non optimales. In fine, cette approche est aussi un fil conducteur car elle retrace la parole de l'utilisateur et a servi de base à la constitution du projet.

2. L'approche par les espaces

La réunion régulière des ateliers de travail et le travail en « off » des professionnels a d'abord été la clef pour définir le besoin : comment pourrions-nous améliorer l'expérience de l'utilisateur par le réagencement de nos locaux ? La phase d'empathie a mis en exergue le souci d'intimité des patients dans les zones d'attente couchée et de retour radio. Les premières réflexions se sont donc portées sur deux points :

- Le retour au fonctionnement pré-COVID-19 : remettre en fonction les circuits d'accès pour les usagers, les pompiers et les ambulanciers afin de créer deux flux distincts et maîtrisés
- L'agrandissement des locaux : réaménager le service pour augmenter les espaces à effectif constant

Ce travail s'inscrit dans un pan de la littérature relatif à la modélisation et à la simulation des flux de patients. Au sein du Centre Hospitalier universitaire Ibn Rochd à Casablanca (Maroc)²⁷, des chercheurs ont poussé la modélisation des flux au sein des urgences en introduisant un nouveau mode d'organisation du travail pour les soignants. En distinguant les étapes suivantes : triage, enregistrement, mise en box et examens complémentaires. Le nouveau modèle a nécessité le réaménagement physique du service en zones clairement délimitées. Les chercheurs précisent aussi que l'accès à un box d'examen est ressenti par les patients comme étant le début de leur prise en charge, ce qui dans la réorganisation de l'Hôpital d'Antibes, a été le fil conducteur des travaux menés, à savoir la création de nouveaux box.

La gestion des espaces à l'Hôpital public est aussi entendue comme une « variable d'ajustement de la performance économique »²⁸ des établissements. L'espace remplit de multiples fonctions d'accueil, d'orientation, d'interaction et d'attente. Au niveau des urgences, les espaces sont des lieux de surveillance et d'orientation médicale tout en étant aussi la matérialisation du rapport à l'engorgement qui peut être source de tensions.

²⁷ M.EL OUALIDI et J.SAADI (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : Apport de la modélisation et de la simulation de flux ; p435.

²⁸ J.ORVAIN et S.GENTIL (2019). Des couloirs et des hommes : Espaces et mécanismes de gestion dans les services hospitaliers d'urgence.

Le phasage des réflexions a rapidement mené à l'aspect imagination et idéation dans un processus collectif. Tandis que la première idée la plus « farfelue » eut été de créer des algecos sur le parking pour loger le « tertiaire » et recréer des box à partir des bureaux, la voie finale s'est portée sur la création de box par la rationalisation des espaces de bureaux aux urgences. Les professionnels ont ainsi travaillé sur les plans des locaux pour proposer des réaménagements en y intégrant au fur et à mesure les contraintes techniques.

Cette approche par les espaces nécessite en premier lieu un regard expert et une très bonne connaissance des éléments techniques composant le service afin de bien définir le champ des possibles. Cette expertise a tardé à intégrer les groupes de travail et a régulièrement requestionné les propositions élaborées. Dans cette approche intrapreneuriale, entendue ici comme la capacité du groupe de travail a porté ses idées en toute autonomie et de manière construite, il convient une fois les idées épuisées de définir un plan d'action clair guidant les services techniques dans leur gestion. Or, il est parfois difficile pour les parties prenantes du projet de se dessaisir de la réalisation concrète et ces interférences peuvent nuire à l'efficacité du projet. C'est pourquoi le management du chef de projet est primordial pour cadencer et organiser la conduite de projet dans les bonnes conditions.

3. L'approche par les contraintes réglementaires et financières

La dernière approche a émergé au cours de la réunion des groupes de travail et relève pourtant d'un des ingrédients de base dans la conduite de projet. La rénovation d'un service induit des coûts multiples autant en ressources matérielles, humaines, logistiques ou encore financières. Un projet de cette envergure suppose aussi de s'intégrer dans un plan de conduite de travaux préétablis en pluriannuel. Parmi les ingrédients considérés comme étant propices à la bonne réalisation d'un projet, le budget alloué est prégnant. Si l'approche budgétaire et réglementaire incombe davantage à la Direction, dans le cadre d'un projet intrapreneurial, tous les acteurs sont d'une manière ou d'une autre responsabilisés. Cela passe par une bonne communication des informations à l'ensemble des acteurs du projet.

Or, dans le cadre de ce projet, les contraintes réglementaires et financières ont été reçues comme des freins irrémédiables à l'action alors même que la viabilité du projet n'était pas questionnée. Lors de mes échanges avec les professionnels, la plupart auraient souhaité être intégrés à la gestion budgétaire ou a minima connaître le montant des travaux demandés afin de mieux orienter leurs propositions.

Les acteurs du projet étaient unanimes à l'idée que le projet ne pouvait être excessivement onéreux n'étant que transitoire. Du côté des travaux, la définition d'un plan budgétaire stabilisé a été latente en raison du besoin exprimé fluctuant à chaque rencontre donnant des difficultés à définir le cahier des charges final. Du côté du pilotage de projet, le directeur de pôle a joué le rôle d'interface entre les professionnels du service et les directions supports sans pouvoir nécessairement trancher sur la ligne directrice à conduire.

La maîtrise des enjeux budgétaires et réglementaires est une composante centrale pour assurer la mobilisation de tous les acteurs car elle recouvre une part non négligeable dans l'orientation finale du projet. La sur-sollicitation des acteurs peut aussi conduire à un désintérêt ne voyant que la stagnation du projet et ses chances d'aboutir dans les temps se réduire. C'est en ce sens que la gestion de projet intrapreneurial et participatif suppose un même niveau d'information et une méthodologie rigoureuse (échancier, budget défini, phasages des travaux...).

Ainsi, ces trois approches se sont conjuguées tout le long du projet sous un angle participatif ayant été fortement apprécié par chacun pour assurer la pleine mobilisation des forces à la réalisation de l'objectif. Le dialogue ouvert au sein des groupes de travail ainsi qu'une dimension égalitaire dans la prise de position de chacun ont fonctionné et donnent aussi corps à l'intrapreneuriat, c'est-à-dire donner l'opportunité à tous les individus de s'exprimer et de participer grâce à leurs propres ressources et compétences dans l'atteinte de l'objectif avec des contraintes clairement définies en amont. Cette première expérience intrapreneuriale, toujours en cours à l'écriture de ce mémoire, a toutefois mis en avant des pistes d'amélioration dans l'accompagnement des professionnels du Centre Hospitalier autour de cette nouvelle méthode de projet.

2.3 Guide de la gestion de projet intrapreneurial à destination des professionnels d'un Centre Hospitalier

La démarche intrapreneuriale a fait ses preuves dans des établissements d'envergure grâce à la sensibilité et à l'implication de la communauté hospitalière. Elle s'inscrit dans la droite ligne des enseignements de management participatif, d'autonomisation et de responsabilisation des équipes professionnelles dans la prise de décision tout en améliorant leur quotidien et celui des usagers. Toutefois, dans la plupart des établissements de santé, si la méthode projet n'est pas nouvelle, il n'en demeure pas moins qu'elle reste ancrée dans une tradition antérieure où le recours à la méthode et aux outils est marginalisé. Dès lors, et sous réserve de l'application d'une méthodologie solide, les Hôpitaux ont l'opportunité de se lancer dans cette démarche. Au regard de l'expérience de la rénovation des urgences du Centre Hospitalier, expérience pionnière pour le Centre Hospitalier d'Antibes, il est possible de tirer une série d'enseignement à reproduire ou à ne pas reproduire afin de dupliquer cette expérience à d'autres services hospitaliers et de capitaliser sur les réussites collectives. Sans prétendre à l'exhaustivité absolue, il existe quelques étapes dans la conduite d'un projet de cette envergure à intégrer tout au long de son déroulé.

Etape 1 : Poser le diagnostic, comprendre les enjeux et les caractéristiques du projet

Dans la conduite du projet, en amont, il convient d'avoir en tête la règle des 3C qui décrit la démarche générale et qui s'applique à toute méthode intrapreneuriale :

- Le cadrage du projet

La première étape est l'initialisation du projet, à savoir analyser la demande initiale, valider le besoin, réaliser une première étude d'opportunité et décider de lancer le projet en nommant le chef de projet. Puis intervient le lancement du projet, qui se traduit par la confirmation des objectifs, la constitution de l'équipe projet, l'élaboration d'un planning prévisionnel et l'organisation d'une réunion de lancement pour présenter le dispositif de pilotage entre autres.

- La conduite du projet

Le chef de projet réalise le cahier des charges spécifique au moment de la conception et avec appui de l'équipe projet. Pour la partie réalisation, le chef de projet conduit une étude détaillée qui, une fois validée, pourra faire l'objet d'une mise en œuvre opérationnelle.

- La conclusion du projet

Cette phase importante acte la fin du projet. Plusieurs éléments sont à produire, à savoir un bilan du projet, une restitution des méthodes déployées et enfin un moment type RETEX pour pouvoir capitaliser sur les bonnes pratiques. Ce découpage est à communiquer tout au long du projet de telle manière à éviter qu'à l'arrivée de nouvelles personnes dans le projet, les phases soient rediscutées. Enfin, pour caractériser le projet et dans une approche intrapreneuriale, il existe deux méthodes privilégiées :

- L'approche par les causes (Les 5 Pourquoi, Ishikawa...)
- L'approche par le besoin de l'utilisateur (Design Thinking, Méthode QQQQCP)

Ces deux méthodes peuvent être combinées. Dans le cadre du projet de rénovation des urgences, l'approche par les causes est centrée autour de la question suivante : « pourquoi le temps d'attente est-il si long ? ». Le cheminement collectif a permis de souligner que la création de box supplémentaires permettrait une prise en charge plus rapide, dans de meilleures conditions pour les professionnels et les usagers. L'approche par le besoin utilisateur s'est centrée autour du sujet de l'amélioration de l'expérience patient (agrandissement des salles d'attente, création d'une salle de nursing, amélioration des conditions matérielles...).

Etape 2 : Organiser le projet autour du « chef de projet »

Le chef de projet a un rôle central en ce qu'il s'assure que le besoin exprimé est bien compris de tous afin d'avancer dans une même direction et que ce besoin soit autant une réalité pour le commanditaire que pour l'utilisateur ou le bénéficiaire. C'est l'analyse du besoin qui permet de répondre à la demande, et non l'inverse. Le chef de projet a ainsi la tâche de structurer clairement son équipe sous forme d'organigramme afin de structurer les missions de chacun, les partenaires à solliciter, les avancées sur le terrain...

Il est important de conserver à l'esprit que le projet bouscule l'organisation traditionnelle, c'est-à-dire que le projet s'imbrique dans un croisement de logique et ne recouvre pas les dimensions hiérarchiques classiques. Sur le modèle intrapreneurial, l'organisation est fondamentale en ce qu'elle permet de gagner en réactivité, de travailler en transversalité, de penser la complexité par le biais de l'intelligence collective, ...

Par ailleurs, dans la conduite d'un tel projet, il faut être attentif au risque d'isolement de l'intrapreneur. Si ce dernier est le chef de projet, il doit être perçu par l'équipe projet comme légitime à son poste. Cela revient à poser la question, dans une organisation non hiérarchisée et basée sur la transversalité, des racines de la légitimité du chef de projet. Dans la lignée de l'approche wébérienne sur la légitimité du pouvoir, les formes peuvent être variées, soit basées sur l'expertise, sur le statut, sur le charisme. C'est un biais qu'il faut intégrer dans la démarche afin de produire les résultats escomptés : l'objectif étant que le choix du chef de projet soit le plus cohérent pour tous avec la nature des enjeux sous-jacents.

Dans le cadre du projet des urgences de l'Hôpital d'Antibes, les entretiens que j'ai menés ont montré le caractère flou de la notion de chef de projet et de son incarnation. En effet, si pour certains le chef de projet était le chef de service, pour d'autres il s'agissait du directeur référent tandis que pour d'autres il s'agit de l'ingénieur travaux ou du médecin référent au niveau des urgences... Il est aussi pertinent de se rendre compte que pour certains le chef de projet doit être l'expert travaux, pour d'autres il est légitime que cela soit le chef de service de par son aura et sa position hiérarchique ou encore le directeur référent en sa qualité de directeur et d'arbitre. Or, cette indécision a, en quelque sorte, ralenti la prise de décision, les acteurs ne sachant qui devant prendre la décision finale. C'est en ce sens qu'il est primordial que le chef de projet soit clairement missionné, dès le début du projet, par des outils comme la lettre de mission afin d'éviter des zones de flottement pouvant ralentir le déroulé du projet.

Etape 3 : Créer les conditions propices à la réalisation du projet intrapreneurial

Au sein des organisations, la notion de projet s'est largement imposée de telle manière à ce que tout soit ou devienne projet. Créer les conditions propices à la réalisation d'un projet intrapreneurial, qui recouvre une méthodologie spécifique, induit de bien choisir le projet adapté et adéquat. Ce choix peut faire l'objet d'un effort de priorisation. En effet, la graduation par priorité aide à la prise de décision et à l'arbitrage et facilite l'avancée des projets en simplifiant leurs objectifs (Méthode Must Have). Ainsi, l'intérêt économique et stratégique du projet ainsi que sa priorité institutionnelle doivent être établis et communiqués aux membres du projet. Pour synthétiser, Bouchard et Fayolle (2011)²⁹ ont élaboré sept leviers intrapreneuriaux à combiner tout le long du projet :

- Engagement de la direction

Cet engagement prend plusieurs formes : il reconnaît la position du groupe projet sur le plan institutionnel, conseille et soutient le chef de projet, prend des décisions tout en validant les étapes du phasage du projet. Il peut s'instituer sous la forme d'un comité de projet permettant une prise de vue plus importante avec une visée stratégique.

- Constitution d'espace d'autonomie

Ces espaces d'autonomie sont des espaces de discussion ouverts sur l'innovation. Ils fonctionnent également selon la composition socio-dynamique des acteurs qu'il convient d'analyser en tant que chef de projet : qui sont les passifs, les opposants, les hésitants, les engagés... En fonction de cette analyse, le chef de projet adapte son management de telle manière à augmenter le nombre d'alliés en priorité.

²⁹ V. BOUCHARD et A. FAYOLLE. (2011). Comment mettre en œuvre l'intrapreneuriat ? p12.

- Mise en place de procédures

Afin d'associer les compétences aux objectifs visés et aux membres de l'équipe projet, il existe des matrices comme celles du RACI qui sont un appui dans la clarification des rôles de chacun.

RACI – La matrice des responsabilités



30

- Evaluation et accompagnements formalisés

Ce point fait écho à la position du chef de projet, qui doit en priorité solliciter le responsable hiérarchique de l'agent qu'il souhaite intégrer à l'équipe projet de telle manière à ce que ce travail soit pérenne, que le temps alloué au projet soit défini et que les compétences déployées soient valorisées.

- Intensification des échanges et de la communication

Le groupe d'intrapreneur doit pouvoir avoir les conditions optimales pour échanger, communiquer et travailler conjointement. Ce travail peut aussi faire l'objet d'une mise en avant institutionnelle afin de faire connaître l'originalité de la démarche, les compétences engagées et les résultats attendus et obtenus. Ceci s'intègre dans une volonté de diffusion de la démarche qui, de par son format, demande un investissement plus important des professionnels que lors d'un projet plus classique.

- Systèmes d'incitation

Le système d'incitation renvoie à l'idée que l'engagement des professionnels est l'addition de rétributions sur le plan symbolique, financier ou encore matériel. L'institution a ainsi le devoir de valorisation des intrapreneurs, des résultats obtenus et de leur engagement au-delà de leurs missions quotidiennes afin d'assurer une pérennité dans le temps de leur motivation et d'encourager de nouvelles personnes à s'y intéresser.

³⁰ Site web : <https://www.heflo.com/fr/blog/modelisation-des-processus/matrice-raci/> (consulté le 14 Août 2024)

- Formation et sensibilisation des employés

Cette étape est primordiale et fait écho à l'idée que les professionnels doivent bien maîtriser le fil conducteur de la démarche intrapreneuriale, comprendre leur positionnement au sein du projet et laisser court à leur imagination individuelle et collective pour apporter de nouvelles idées. Des règles sont ainsi à poser au début de chaque exercice de telle manière à créer un espace basé sur la confiance, l'écoute et la bienveillance entre pairs.

- Règles du temps libre

Afin de pouvoir pleinement s'investir sur le projet et incarner sa position d'intrapreneur dans le groupe, il convient de mettre à disposition du temps aux agents pour se consacrer à cette mission. Ce temps peut être sacralisé dans le planning de l'agent chaque semaine afin que celui-ci puisse s'y investir pleinement.

Au niveau opérationnel, et en application des principes ci-dessus énoncés, il aurait été intéressant de formaliser des procédures afin de chacun puisse se repérer et adapter son discours à son positionnement dans le groupe. La sensibilisation des équipes et la constitution d'un groupe projet auraient été pertinentes pour recadrer le contexte, le rôle de chacun et permettre à chaque acteur-intrapreneur d'utiliser ses compétences au bon moment et selon le niveau d'expertise requis. Enfin, au-delà des groupes de travail mensuels, la sacralisation de temps de travail spécifique permet de gagner en efficacité lors des regroupements collectifs.

Etape 4 : Conduire le projet avec l'appui des outils managériaux

La conduite de projet suppose un effort de visibilité et de lisibilité des attendus auprès des membres de l'équipe projet et des partenaires potentiels. Une fois l'objectif visé défini, il n'est pas toujours aisé de concevoir le déroulé du projet en l'absence d'informations complètes. C'est pour cela qu'il convient d'identifier et de découper les étapes ou phases primordiales à mener dans le but de donner une vue d'ensemble à l'équipe projet tout en s'imbriquant dans un espace temporel défini. Par exemple, il est possible de lister les tâches à réaliser dans les grandes lignes, d'estimer leurs délais de livraison, de proposer un ordonnancement des étapes selon les expertises obtenues et enfin d'identifier les ressources nécessaires et à prévoir pour aboutir. Ce découpage peut également intégrer une zone de criticité à chaque étape afin d'identifier les risques probables internes et externes, leurs échelles de gravité et leurs probabilités d'occurrence.

En raison des évolutions de l'environnement et de sa complexité croissante, les méthodologies en gestion de projet ont intégré des nouvelles particularités visant à pallier la complexité, l'incertitude et le mouvement des milieux professionnels. Il s'agit par exemple de l'agilité³¹ qui permet en plusieurs itérations de regrouper les utilisateurs et les concepteurs afin de livrer rapidement un produit à valeur ajoutée. Le design thinking fait également office d'accélérateur en innovation et s'imbrique dans la dimension intrapreneuriale donnant l'opportunité à l'ensemble des participants de mettre sa pierre à l'édifice le long d'un processus clair et structuré (méthode du double diamant, carte de l'empathie, persona...). Enfin, en apport managérial, le lean management largement déployé au niveau des Hospices Civils de Lyon répond aux aspirations collectives d'aller à l'essentiel, de viser au mieux la résolution de problèmes grâce à des principes de base et des méthodes simplifiées (diagramme d'Ishikawa, méthode Kaizen, méthode Kanban...).

Ces nouvelles approches, qui sont encore trop peu déployées dans des établissements à taille modeste, par souci de ressources, de formation ou de savoirs, apportent pour autant un triple bénéfice :

- La meilleure adhésion du collectif par un management participatif, ouvert et visuel permettant une contribution visible à un projet sans aspect hiérarchique dans le travail en collectif et une responsabilisation des membres grâce à la capacité à déléguer des actions au groupe projet
- L'intégration de l'utilisateur au début de la conception : la principale plus-value de l'intrapreneur est de répondre à un problème posé au quotidien avec des outils simples et faciles à déployer.
- La place laissée à l'itération renvoie à l'idée qu'en gestion de projet agile, il est aussi important de se tromper et d'ajuster sa réponse. Cela correspond à un cycle d'apprentissage permanent qui servira, tout autant les professionnels que l'institution, à prendre la voie de la résilience et de l'optimisation de la solution finale.

Afin d'enrichir le projet de rénovation des urgences, ces méthodes sont des appuis cruciaux dans la mesure où elles sont compatibles, qu'elles peuvent se succéder dans la déclinaison des tâches à opérer et qu'elles sont tout à fait adaptables au projet selon le groupe constitué, l'objectif final visé et le temps à disposition.

³¹ Manifeste agile : <https://manifesteagile.fr/> (consulté le 14 Août 2024)

En effet, au niveau du Centre Hospitalier d'Antibes, il aurait été intéressant de cadrer, initialement, le projet sur l'une ou plusieurs de ces méthodes. Or, par souci de formation d'un animateur à ces méthodes, par la pression d'apporter une réponse rapide au problème une fois celui-ci soulevé et par une dispersion des expertises dans le groupe de travail, il n'a pas été privilégié de voies méthodologiques pour guider l'action. Cette étape est pourtant cruciale tant elle nécessite une préparation en amont considérable de la part du chef de projet ainsi qu'une adhésion au processus par l'ensemble des membres, afin d'obtenir une participation active.

Etape 5 : Conclure le projet intrapreneurial et capitaliser sur les résultats

La clôture du projet est tout aussi importante que sa préparation et que son déroulé. En effet, chaque projet doit se clôturer par un bilan de projet³² qui se compose :

- Des résultats produits par le projet
- Le succès et les difficultés rencontrées
- Les expériences acquises
- Le retour d'expérience pour l'amélioration de futurs projets
- Le partage des outils ou méthodes créés (objectif = capitaliser)
- L'intégration des évaluations intermédiaires

Ainsi, tout projet finalisé doit faire l'objet d'une clôture institutionnalisée. Cela signifie que le chef de projet réunit son équipe projet d'intrapreneurs, leur communique le bilan de projet complet et leur restitue les résultats produits avant de dissoudre cette équipe pour ce projet spécifique. Cependant, et selon le modèle intrapreneurial choisi par l'établissement (des groupes thématiques et transversaux, un Lab, des référents intrapreneurs...), la dissolution sera à adapter car il est tout à fait possible que le groupe dans des conditions presque similaires se reconstitue sur une autre thématique.

³² A.C BASLE, Cours EHESP sur la conduite de projet (définir, mobiliser, organiser, hybrider)

Enfin, la notion de rétribution est centrale dans l'intrapreneuriat car « *l'intrapreneur est un partenaire de l'organisation qui tente, au bénéfice de celle-ci et avec les ressources qu'elle lui fournit, de surmonter des obstacles structurels et culturels au changement en faisant levier sur son talent propre, sa motivation, ses réseaux et ses compétences*³³ ». L'implication des membres de l'équipe projet est un critère incontournable dans la réussite de l'intrapreneuriat dans la mesure où ils façonnent le projet collectivement. De plus, le projet peut s'intégrer dans un temps long pouvant avoir des impacts sur la continuité des avancées, c'est pourquoi l'investissement institutionnel participe au maintien de la motivation de chacun. Dans chaque groupe peut se trouver des acteurs prédominants qu'il convient aussi de canaliser tout au long du processus afin de chacun puisse trouver sa place, contribuer à l'effort collectif et avancer vers le résultat souhaité.

Pour finir, capitaliser sur les réussites est une clef de motivation indéniable pour les participants, pour la Direction et pour l'institution. Ce processus peut prendre plusieurs formes : communication interne, valorisation des profils composant l'équipe projet, présentation des avantages de la méthode, appel à candidatures, présentation des résultats obtenus.... L'expérience du projet du Centre Hospitalier d'Antibes, les outils déployés dans d'autres établissements de santé ainsi que les bases méthodologiques de gestion de projet m'ont permis de proposer les quelques grandes étapes à mener sur le terrain afin d'inscrire l'intrapreneuriat dans le renouveau managérial de la fonction publique hospitalière.

³³ V. BOUCHARD (2007). Les dispositifs intrapreneuriaux à la loupe: *L'Expansion Management Review*, N° 125(2), 86-91 / page 35.

Conclusion

Au regard de l'environnement contraint dans lequel s'inscrivent les Centres Hospitaliers à l'image du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins, leur capacité à proposer des innovations managériales, sur le modèle de l'intrapreneuriat, est devenue un enjeu stratégique pour assurer la pérennité de l'institution. C'est en ce sens que le rôle du Directeur d'Hôpital est crucial dans la mesure où l'intégration des évolutions sociétales dans les pratiques managériales de l'établissement participe, d'une part à construire l'Hôpital de demain, et d'autre part à consolider ses valeurs sociales et humaines.

Notion issue du secteur privé dans l'optique de concilier le salariat au processus d'innovation et de créativité à des fins de croissance et de performance économique, l'intrapreneuriat connaît depuis plus récemment une application dans le secteur public. Il est perçu comme une opportunité d'engendrer des innovations tout en améliorant la qualité des prestations fournies. Afin de dépasser le poids structurel et organisationnel des établissements, l'intrapreneuriat est promu comme un premier jalon dans la modernisation de la gestion publique.

Aussi, du fait de sa philosophie et de sa malléabilité, l'intrapreneuriat peut-il constituer une réponse à la complexité des organisations. En effet, les acteurs principalement concernés déterminent leurs besoins selon leurs difficultés et entreprennent d'y répondre tout en ayant en considération la vision institutionnelle et les enjeux afférents (RH, finances, ressources matérielles...).

Toutefois, force est de constater, à partir de l'exemple du projet de rénovation des urgences, que les conditions de réussite à réunir sont multiples et complexes (ressources allouées, compétences des acteurs, expertise, formation, temps dédié, intégration de la vision patient...). L'étude et l'analyse de ce projet ont permis d'entrevoir les conditions opérationnelles de réussite d'un projet intrapreneurial en phase de structuration et d'expérimentation. En effet, l'approche méthodologique peut interroger les acteurs, questionner sur la probabilité d'atteindre les résultats, heurter des conceptions plus traditionnelles dans la conduite de projet. Pour autant, l'intrapreneuriat est aussi l'expression de la volonté des acteurs eux-mêmes d'agir pour améliorer l'accueil patients, répondre aux besoins des usagers et contribuer à créer un environnement de travail plus serein dans leurs quotidiens.

Enfin, alors même que les discours tendent à pointer un désengagement des professionnels et une perte de vocation dans les métiers de la fonction publique, l'exemple de l'intrapreneuriat illustre une réalité différente : celle de la concrétisation de la logique bottom-up, du pouvoir de l'intelligence collective et de la créativité et ingéniosité des talents hospitaliers. En tant que mouvement précurseur dans les Centres Hospitaliers, la démarche intrapreneuriale mérite d'être poussée et institutionnalisée sous une forme adaptée afin d'emporter une adhésion collective et favoriser l'innovation managériale au sein de tous les établissements publics de santé.

Bibliographie

APMnews—AP-HP: un programme de « soutien à l'intrapreneuriat » promu par la mission innovation de l'HAD. (s. d.). Consulté 5 août 2024, à l'adresse <https://www.apmnews.com/nlstory.php?objet=384815>

Baslé, A.C. (2024). Cours de management opérationnel : *Conduite de projet* (EHESP).

Basso, O., & Fayole, A. (2009). L'entrepreneuriat organisationnel Enjeux et perspectives. *Revue française de gestion*, 35(195), 87-91. <https://doi.org/10.3166/rfg.195.87-91>

Basso, O., Fayolle, A., & Bouchard, V. (2009). L'orientation entrepreneuriale. Histoire de la formation d'un concept. *Revue française de gestion*, 35(195), 175-192. <https://doi.org/10.3166/rfg.195.175-192>

Belorgey, N. (2013). Pourquoi attend-on aux urgences ? : Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière. *Travail et emploi*, 133, 25-38. <https://doi.org/10.4000/travailemploi.5893>

Benmoussa, R. (2019). *Le Design thinking à l'Hôpital*.

Blondel, F., & Loubaresse, É. (2023). *Questionner la fabrique de l'intrapreneuriat*. 22.

Bouchard, V. (2007). Les dispositifs intrapreneuriaux à la loupe : *L'Expansion Management Review*, N° 125(2), 86-91. <https://doi.org/10.3917/emr.125.0086>

Bouchard, V., & Fayolle, A. (2011). Comment mettre en œuvre l'intrapreneuriat ? : *Gestion*, Vol. 36(4), 11-21. <https://doi.org/10.3917/riges.364.0011>

Crise des urgences médicales : Un malaise persistant | *vie-publique.fr*. (2022, septembre 2). <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272843-crise-des-urgences-medicales-un-malaise-persistant>

El Oualidi, M. A., & Saadi, J. (2013). Améliorer la prise en charge des urgences : Apport de la modélisation et de la simulation de flux: *Santé Publique*, Vol. 25(4), 433-439. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0433>

Gentile, S., Amadeï, E., Bouvenot, J., Durand, A. C., Bongiovanni, I., Haro, J., Giraud, C., & Sambuc, R. (2004). Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie: *Santé Publique*, Vol. 16(1), 63-74. <https://doi.org/10.3917/spub.041.0063>

Gillois, A. (2023b). *Management par projet: Créer les conditions de l'intelligence collective à l'Hôpital*.

Hatchuel, A., Garel, G., Le Masson, P., & Weil, B. (2009). L'intrapreneuriat, compétence ou symptôme? Vers de nouvelles organisations de l'innovation. *Revue française de gestion*, 35(195), 159-174. <https://doi.org/10.3166/rfg.195.159-174>

Livres Blancs | L'Institut de L'intrapreneuriat. (s. d.). Consulté 5 août 2024, à l'adresse <https://institut-intrapreneuriat.em-lyon.com/briques-de-connaissance/>

Orvain, J., & Gentil, S. (2019a). Des couloirs et des hommes : Espaces et mécanismes de gestion dans les services hospitaliers d'urgence. *Journal de gestion et d'économie médicales*, N° 4(4), 335. <https://doi.org/10.3917/jges.194.0335>

Rapin, L., & Garnier, E. (2022). Un projet collaboratif d'amélioration de l'admission aux urgences par le codesign. *Soins*, 67(867), 22-25. <https://doi.org/10.1016/j.soin.2022.07.005>

Revue Hospitalière de France—Soutien à l'intrapreneuriat. (s. d.). Consulté 5 août 2024, à l'adresse <https://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/615/PRIX-DE-L-INNOVATION-RH-2023/Soutien-a-l-intrapreneuriat>

TechHopital—Articles. (s. d.). Consulté 5 août 2024, à l'adresse <https://www.techopital.com/story?ID=6954>

Teneau, G., & Dufour, N. (2015). Le recrutement des intrapreneurs, un enjeu stratégique permettant la création de nouveaux produits et services: *Management & Avenir*, N° 76(2), 93-110. <https://doi.org/10.3917/mav.076.0093>

Urgences hospitalières en 2013 : Des organisations différentes selon le niveau d'activité | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (s. d.). Consulté 5 août 2024, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/urgences-hospitalieres-en-2013-des-organisations-differentes-selon>

Véran, O. (s. d.). *MIEUX MANAGER POUR MIEUX SOIGNER.*

Vuagnat, A. (s. d.-a). *Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours.*

Vuagnat, A. (s. d.-b). *Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ?*

Liste des annexes

Annexe 1 : comparaison du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 et évolution au sein du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins

Annexe 2 : Extraits de commentaires sur Google et de courriers patients

Annexe 3 : Plan initial des urgences avant le projet de rénovation

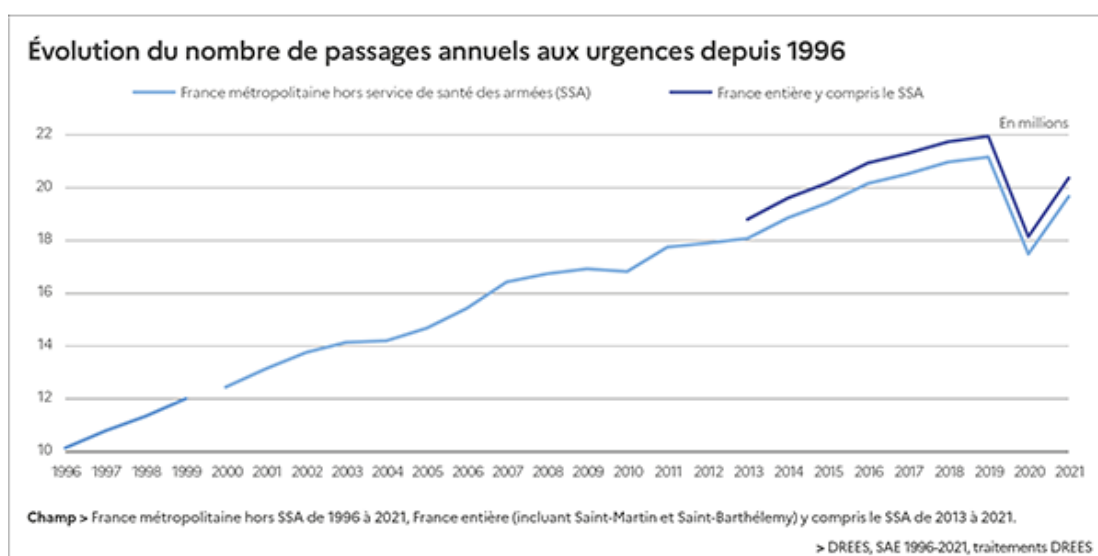
Annexe 4 : Plan des urgences pendant la phase d'étude : plan au 20 Mars 2024 (1), plan au 2 Juillet 2024 (2)

Annexe 5 : Grille d'entretien auprès des professionnels de santé parties prenantes au projet de rénovation des urgences

Annexe 6 : Méthode Design thinking appliquée aux urgences : phase d'observation et d'empathie

Annexe 1 : comparaison du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 et évolution au sein du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins

Selon la DREES, la France disposait de 967 structures d'urgence médicales en France métropolitaine et DROM en 2019. Si ce chiffre a été en constante amélioration depuis les années 1990, certains territoires rencontrent des difficultés de recrutement pour maintenir leur ouverture. Cela est d'autant plus prononcé que le nombre de passage aux urgences ne cesse d'augmenter. En 2019, la France totalise 22 millions de passages par an au sein des urgences, soit une progression de 1% par rapport à 2018. Pour rappel, en 1996, la DREES totalisait 12 millions de passage en moins (cf graphique).



Le graphique ci-dessous illustre l'augmentation du nombre de passage à l'Hôpital d'Antibes depuis 2019. Si la crise de la COVID-19 a ralenti le nombre de passage en 2020, l'activité reste soutenue autour de 50 000 passages par an, marquée par une augmentation significative du nombre de passages aux urgences adultes entre 2021 et 2023.

HISTORIQUE DES URGENCES ADULTES ET PEDIATRIQUES

Année	Passages		TOTAL PASSAGES	% Hospitalisés
	URGENCES ADULTES	URGENCES PEDIATRIE		
2019	41 919	8 806	50 725	23%
2020	34 502	4 084	38 586	20%
2021	36 523	7 812	44 335	18%
2022	39 814	10 641	50 455	21%
2023	39 661	8 783	48 444	22%
Evolution Moyenne Annuelle	-1,37%	-0,07%	-1,14%	

Annexe 2 : Extraits de commentaires sur Google et de courriers patients



Véronique Sanchis

Local Guide · 408 avis · 3032 photos



★★★★★ il y a 5 mois

Décevant. Affligeant. Personnel en sous effectif, les malades sont tous en attente dans une même salle. Le temps d'attente est extrêmement long avant la prise en charge. Heureusement que le personnel est au top mais il fait comme il peut avec les moyens dont il dispose. Merci aux soignants.

Visité en janvier



SAM SEVIN

Local Guide · 13 avis



★★★★★ il y a 2 mois

Mais c'est quoi cet hôpital! Jamais vu des urgences dans cet état! Mais quelle image pour la Côte d'Azur! Et dire que des touristes se retrouvent dans ce lieu, ce garage sale et immonde. Quelle honte! Par contre, comme très souvent, le personnel soignant est très compétent et sympa.

Visité en avril



4



Anaïs Clocher

Local Guide · 12 avis · 4 photos



★★★★★ il y a 8 mois

Ne mérite même pas une étoile.

Je suis passer par les urgences une fois en 2016 et une fois en 2018.

Niveau propreté, ça n'a pas changer en 2 ans. C'est sale. On laisse traîner du vomi sur les sièges et ça n'a pas l'air de déranger.

Courrier n°1 patient en date du 18 Janvier 2024

Pourquoi ce courrier ?

C'est tout d'abord pour vous manifester notre incompréhension face à l'absence de prise en charge en termes de soins et d'examen médicaux de notre père, c'est ensuite pour vous manifester notre indignation, sachant que de longues heures durant il a été laissé seul, sans soins dans un coin à l'abandon, conscient peut-être que son état se dégradait avant de perdre connaissance ; injuste retour des choses pour l'ancien combattant et le Médecin qu'il était et enfin pour vous faire part aussi de notre interrogation parce que nous n'osons croire qu'il se pratiquerait une sorte de « tri sélectif » au sein de l'Hôpital Publique avec comme critère entre autre celui de l'âge (notre père avait 99 ans), ce qui pourrait alors s'apparenter à de la non-assistance à personne en danger et donc une absence totale d'humanité, faisant fi alors d'un des principes du serment d'Hippocrate !

Nous sommes bien conscients de la lente dégradation des services publics dans notre pays et plus particulièrement ceux du secteur hospitalier et que notre cas est loin d'être isolé mais vous aurez certainement à cœur, au vu de ce qui précède, de nous fournir des informations concrètes, permettant de faire toute la lumière (et finir notre deuil) à propos des circonstances exactes amenant au décès de notre père au sein de votre établissement.

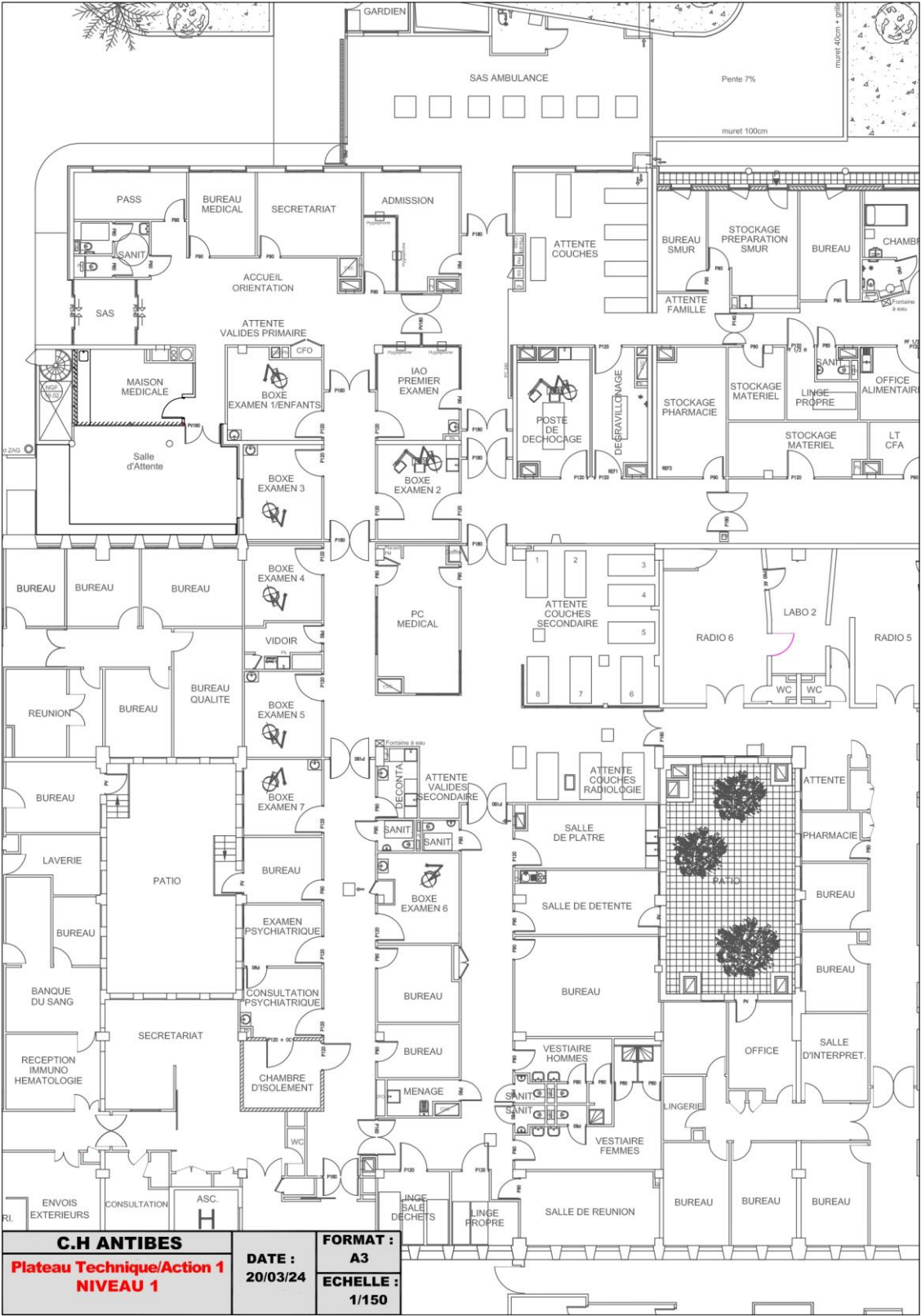
Courrier patient n°2 en date du 20 Février 2024

En effet, récemment, mon oncle a été contraint de se rendre à plusieurs reprises aux urgences en raison de son état de santé fragile causé par un cancer. Malheureusement, à chaque visite, il a dû patienter pendant des heures interminables, ce qui a considérablement affaibli son état déjà précaire.

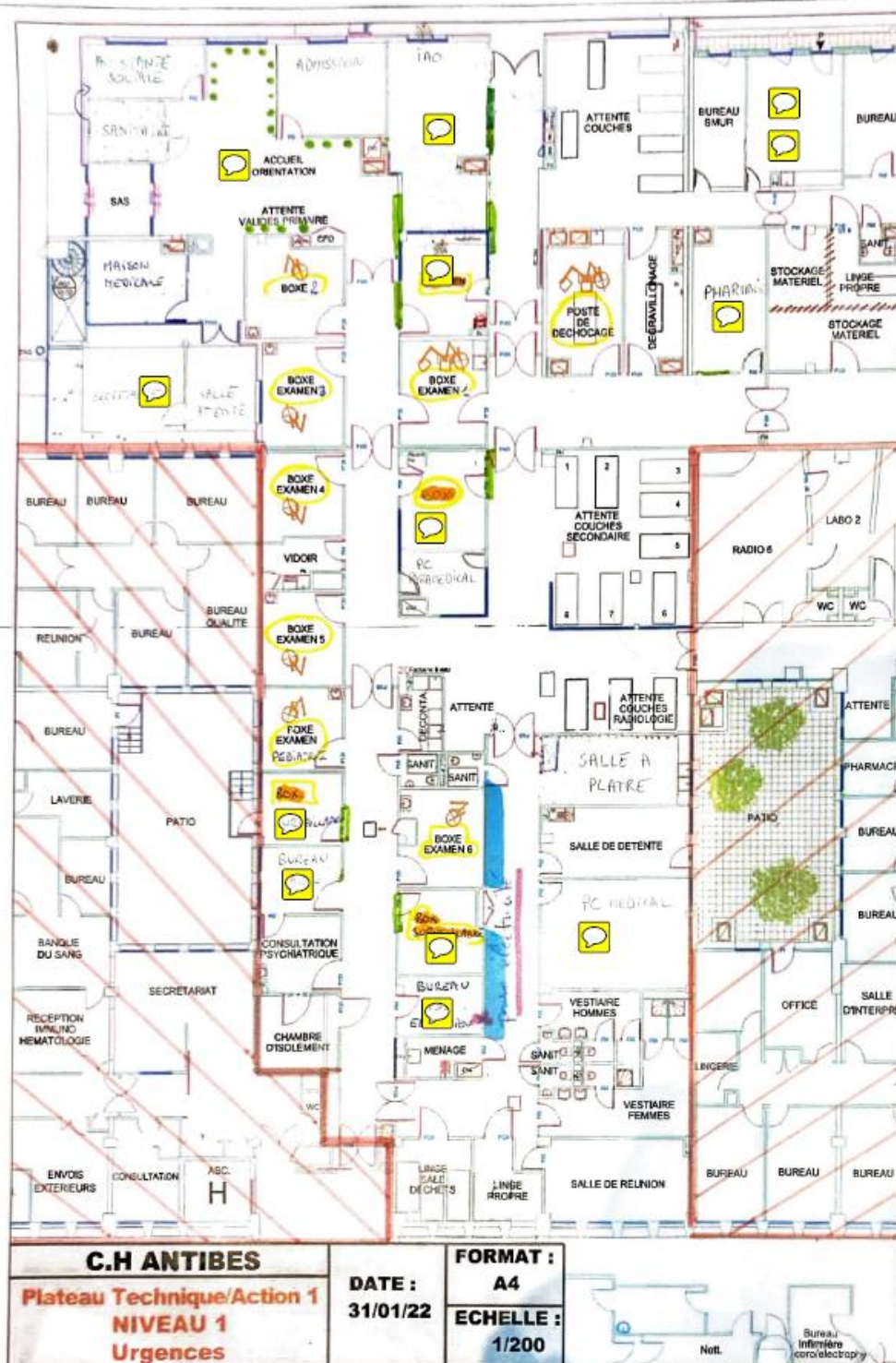
Je comprends que les urgences puissent être confrontées à un afflux important de patients, mais il me semble primordial de trouver des solutions pour réduire de manière significative les délais d'attente. Non seulement cela permettrait d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, mais également de prévenir l'aggravation de leur état de santé.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir prendre en considération ma réclamation et de mettre en place des mesures concrètes pour remédier à cette situation préoccupante. Je suggère, par exemple, d'augmenter le personnel médical, d'optimiser les procédures d'admission ou encore de mettre en place un système de triage plus efficace.

Annexe 3 : Plan initial des urgences avant le projet de rénovation



Annexe 4 : Annexe 4 : Plan des urgences pendant la phase d'étude : plan au 20 Mars 2024 (1), plan au 2 Juillet 2024 (2)



Annexe 5 : Grille d'entretien auprès des professionnels de santé parties prenantes au projet de rénovation des urgences

Expression du besoin et formalisation :

- Comment a émergé ce projet de rénovation des urgences ?
- Quel est votre vision des urgences de demain dans l'attente du BMT ?
- A partir de quand avez-vous intégré le groupe projet ? Quel a été votre rôle ? Quel a été votre degré de motivation pour y participer ? Qui est le chef de projet selon vous ?
- Diriez-vous qu'une démarche participative vous a conduit à une meilleure adhésion au projet ?
- Pensez-vous qu'une démarche venant des équipes est plus efficace qu'une démarche institutionnelle ?
- Pensez-vous qu'un accompagnement institutionnel est subsidiaire à la bonne réalisation d'un projet ?
- Pensez-vous que le sujet aurait été conçu différemment s'il n'avait pas suivi cette méthode projet ?

Démarche projet :

- Quels sont pour vous les ingrédients pour la bonne réalisation d'un projet ?
- Quelle est votre perception de la conduite et gestion de projet à partir de l'exemple de la rénovation des urgences ?
- Quels sont les outils à votre disposition pour accompagner le projet de rénovation des urgences ?
- Avez-vous identifié les moyens mis à votre disposition pour contribuer au déploiement de ce projet ?
- Quelles sont les principales ressources sur lesquelles vous vous êtes appuyés pour accompagner ce projet ?

Pistes d'amélioration :

- Avez-vous identifié une quelconque complexité à la gestion de ce projet ?
- Quels sont les principaux freins que vous avez identifiés dans la conduite de ce projet ?
- Quels sont les éléments qui auraient pu vous aider dans l'accompagnement et le déploiement de ce projet ?
- Pensez-vous que le sujet de la problématique d'accueil aux urgences aurait pu être abordé différemment ? Si oui, comment ?
- Pensez-vous souhaitable de reproduire cette méthode projet pour la suite des projets entrepris à l'Hôpital ?

Annexe 6 : Méthode Design thinking appliquée aux urgences : phase d'observation et d'empathie

1. Grille d'observation

Objet à l'étude	Commentaires
Typologie de la zone d'attente	
Relations avec l'extérieur, vues	
Caractéristiques de la lumière, type de lumière + pièce (sombre/claire)	
Elément principal de définition de l'espace (muret, revêtement au sol, espace de circulation...)	
Intimité de la zone d'attente (ouvert/fermé)	
Niveau de nuisance sonore et visuelle	
Coloris aux murs	
Signalétique	
Autres critères	
Evaluation générale de la qualité	

2. Grille d'entretien simple

Quel est votre âge ?	
Quelle est la raison de votre arrivée aux urgences ?	
Depuis combien de temps êtes-vous en salle d'attente ?	
Quel est votre niveau de satisfaction sur - L'accueil du site - La propreté des locaux - L'espace d'attente - Le délai d'attente - En général (entre 1 et 3)	
Quelles sont vos attentes ou envies concernant l'accueil des urgences ?	
Qu'est-ce qui vous a le plus marqué en arrivant dans cette zone ?	
Comment vous sentez-vous dans cette pièce ?	
Qu'est-ce vous auriez aimé savoir ou voir sur place pour vous sentir mieux ou bien ?	
Qu'est-ce qui vous plaît le plus en ce moment ?	
Qu'est-ce qui vous gêne en ce moment ?	

Si vous aviez une baguette magique, que changeriez-vous dans cet espace ?	
Autre élément	

Exemple : sensation de froid, chaleur, peu écoute, du temps long, pas de distraction, pas d'information (petit livret sur l'arrivée aux urgences), pas de lumière, pas d'aidant proche, pas de repas, pas de reconnaissance de qui est qui, trop de bruit, prise téléphone....

3. Proposition de méthodologie

Phase d'idéation :

- Organiser un atelier en présence de 8 – 10 personnes maximum
 - ✓ 1 médecin
 - ✓ 2 IDE/IAO
 - ✓ 1 AS/ASH
 - ✓ 1 secrétaire
 - ✓ 1 RU
 - ✓ 1 membre de la cellule qualité
 - ✓ 1 patient

Lieu : salle de réunion des urgences

- Organisation de l'atelier 1 (1h30)
 - ✓ En amont : modification de l'espace de la salle / étiquette prénom / ice breaker -10 min
 - ✓ Présentation de la data (mes observations + mes entretiens + verbatim) – 10 minute
 - ✓ Temps d'imprégnation de chacun – 10 minutes
 - ✓ Temps de débat (post-it) – moment de partage (qu'est-ce qui vous surprend ? qu'est-ce qui vous satisfait ? quels angles morts ? par quoi êtes-vous le plus marqué ? ce qui vous manque dans cette présentation ?) – 30 minutes
 - ✓ Gommétocratie : qu'est-ce qui est pour vous le plus irritant ? qu'est-ce qui vous semble le plus important à améliorer ? / faire attention à ce que tout le monde donne son avis / possibilité de rapprocher des sujets ensemble... -15 minutes
 - ✓ Comment pourrions-nous : faire quoi, pour qui, pourquoi faire ? - 10 minutes
 - ✓ Fin - 5 minutes

Phase d'idéation et prototypage :

- Organisation de l'atelier 2 (1h30)
 - ✓ En amont : modification de l'espace de la salle / étiquette prénom/ ice breaker – 5 minutes
 - ✓ Temps de rappel de la question et des échanges – 5 minutes
 - ✓ Présenter des fiches inspirations (salles d'attente aéroport, dentiste, clinique privée, centres commerciaux, exemples étrangers...) – 10 minutes
 - ✓ Temps d'imprégnation – 10 minutes
 - ✓ Temps d'idéation (techniques du brainstorming)- en groupe plein et sous groupe – 20 minutes
 - ✓ Courbe faisabilité/désirabilité – 10 minutes
 - ✓ Phase de prototypage (storyboard, maquette...) – 25 minutes
 - ✓ Si ça s'y prête > ouverture sur l'extérieur (présentation du projet à d'autres personnes, affichage de l'idée retenue...) – 5 minutes

Phase de test (points réguliers avec le cadre et le médecin référent) :

- Suivi de sa mise en place opérationnelle
- Retour d'expérience
- Communication sur le projet

4. Résultats de l'analyse

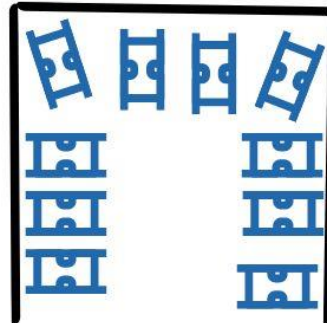
RETOUR OBSERVATIONS URGENCES

Les



Luminosité
Chaleur
Nuisance sonore relative
Proximité avec le personnel

zone actuelle d'attente



Les



Pas de vue extérieur
Souci intimité (paravent)
Disposition des patients

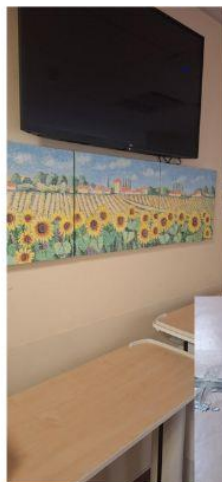


Absence de
signalétique "zone
couchée"/"zone retour
radio"...

Travail sur les couleurs
et les décorations

RETOUR OBSERVATIONS URGENCES

Tv éteinte et décoration



Sol et sécurité



Aspect visuel

Heure à régler



Espace et stockage



RETOUR OBSERVATIONS URGENCES



Hôpitaux de Strasbourg



Urgences clinique
mutualiste de Lorient



Clinique Kuindo-Magnin



CHU de Besançon

RETOUR ENTRETIENS URGENCES

F - 58 ANS

JE SUIS TRES
COMPREHENSIVE SUR LA
SITUATION AUX URGENCES

IL MANQUE LE WIFI, UN
CHARGEUR, PEUT ÊTRE
UN JOURNAL À LIRE

F - 72 ANS

JEN'AI PAS BIEN
COMPRIS MON CIRCUIT

J'AIMERAIS POUVOIR
BOIRE

JE ME SENS ASSEZ
COUVERTE ET N'AI PAS
FROID

AIDANT

LE VIS À VIS EST GENANT
SUR LES AUTRES PATIENTS

IL FAIT CHAUD, C'EST
AGRÉABLE POUR L'HIVER
ET POUR MON PAPA

LE TEMPS D'ATTENTE AU
RETOUR D'EXAMEN EST
LONG

JE N'AI PLUS DE BATTERIE
ET MON PAPA N'A PAS EU
SON REPAS DEPUIS HIER

F - 81 ANS

IL SERAIT BIEN D'AVOIR UN
BIP POUR APPELER

AU NIVEAU DE LA
LUMIERE, A
RETRAVAILLER CAR EN
ETANT TROP ALLONGE,
MAL DE TÊTE

H - 72 ANS

"MAL INSTALLÉ"

"J'AIMERAIS UN CHARGEUR
POUR MON TELEPHONE POUR
PREVENIR MA FAMILLE

H - 35 ANS

JE MANQUE D'INTIMITE
ET J'AIMERAIS POUVOIR
UTILISER MES RESEAUX
SOCIAUX"

H - 80 ANS

LE PERSONNEL EST
AGREABLE"

J'AIMERAIS AVOIR À
MANGER ET BOIRE"

JE N'AI PAS EU MON
REPAS HIER SOIR"

H - 58 ANS

"LE TEMPS DE PRISE EN
CHARGE EST LONG"

JE N'AI PAS DE RÉSEAU,
D'INTERNET ET L'ATTENTE
EST ENCORE PLUS
LONGUE"

F - 75 ANS

IL FAUDRAIT TRAVAILLER
SUR L'AGRANDISSEMENT
DE CETTE ZONE COUCHÉE

J'AIMERAIS POUVOIR
BOIRE ET MANGER

J'ATTENDS
L'AMBULABNCE DEPUIS 2H
DEJA
LES COULEURS
POURRAIENT ÊTRE
AMÉLIOREES

MOENAERT	Mathilde	Octobre 2024
Directeur d'Hôpital Promotion 2024		
Le déploiement d'une démarche intrapreneuriale à l'Hôpital Public : l'exemple de la rénovation des urgences du Centre Hospitalier d'Antibes-Juan-Les-Pins		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
Résumé : Les incitations à innover à l'Hôpital se démultiplient dans un contexte pourtant marqué par les crises sanitaires et les profondes mutations des politiques de santé. Face à cette situation, l'innovation n'est-elle pas celle qui permet de répondre à un besoin existant pouvant améliorer le quotidien des usagers et des professionnels ? Quel est donc le rôle du Directeur d'Hôpital en tant que manager dans la création et le soutien de nouvelles activités innovantes auprès de professionnels inventifs en quête de nouveaux défis ? Développé et appliqué dans le secteur privé, l'intrapreneuriat s'invite dans le champ hospitalier comme une potentielle réponse aux enjeux managériaux. Alors que certains établissements sont à la pointe de l'innovation, d'autres font face à des difficultés structurelles pour lesquelles peu de réponses sont aujourd'hui apportées. À travers le cas de l'Hôpital d'Antibes et de la rénovation de ses urgences, la présente étude s'intéresse au déploiement de l'intrapreneuriat au sein des Centres Hospitaliers soutenant l'idée que ce dispositif peut constituer une réponse efficace à la complexité des organisations. De plus, s'inscrivant dans la philosophie du management participatif, l'intrapreneuriat est une opportunité de mobiliser, d'acculturer et de structurer des équipes projet au service de l'institution tout en poursuivant un objectif managérial d'attractivité et de fidélisation. Pour cela, le présent mémoire s'articulera en deux parties, l'une portant sur les conditions d'émergence et de déploiement de l'intrapreneuriat et l'autre sur les perspectives de mise en œuvre opérationnelle au sein des Centres Hospitaliers.		
Mots clés : intrapreneuriat – projet – management – intelligence collective – design thinking – flexibilité organisationnelle – urgences – attente – temps - patient – soin		
<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>		