



**EHESP**

---

**Filière Directeur de Soins**

Promotion : **2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

---

**Indicateurs de performance et projet  
de prise en charge des patients : deux  
leviers stratégiques pour  
l'accompagnement des équipes dans  
leur redimensionnement.**

---

**Nathalie CHADEFPAUD**

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont accompagnés pendant la rédaction de ce mémoire et plus particulièrement les professionnels rencontrés lors de notre enquête pour leur accueil et leur disponibilité.

Nous exprimons aussi notre gratitude à tous les intervenants de l'Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique, pour l'aide apportée et pour les conseils prodigués tout le long de notre cheminement.

Et enfin, nous sommes reconnaissants à toutes les personnes, famille, amis et collègues, pour leur soutien et leur écoute durant cette année de formation ; ils se reconnaîtront.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les restructurations hospitalières.....</b>	<b>5</b>
1.1 L'histoire des restructurations hospitalières à travers les modes de prise en charge des patients .....	5
1.2 Les projets de restructuration, de nos jours.....	6
1.2.1 Le cadre législatif.....	6
1.2.2 Les enjeux des restructurations hospitalières .....	7
1.3 Des concepts à développer .....	9
1.3.1 Le changement et la conduite de changement .....	9
1.3.2 L'organisation et l'innovation .....	10
1.3.3 La performance.....	13
<b>2 L'analyse de terrain.....</b>	<b>17</b>
2.1 La méthodologie de l'enquête .....	17
2.1.1 Les quatre objectifs de l'enquête.....	17
2.1.2 L'outil d'enquête retenu .....	17
2.1.3 Les établissements et le public enquêtés.....	18
2.1.4 Les limites de l'enquête .....	19
2.2 La présentation des deux projets de restructuration avec redimensionnement d'équipe : base de l'enquête de terrain .....	20
2.2.1 Sur le CHU.....	20
2.2.2 Sur le CH .....	20
2.3 L'analyse des entretiens.....	21
2.3.1 La méthodologie d'analyse par thèmes.....	21
2.3.2 Thème 1 : le redimensionnement des unités .....	21
2.3.3 Thème 2 : l'accompagnement des équipes.....	26
2.3.4 Thème 3 : la prise en charge du patient.....	34
2.3.5 Validation complète et partielle des hypothèses de départ.....	37
<b>3 Accompagner, impulser et coordonner : les stratégies du DS.....</b>	<b>39</b>
3.1 La gestion de projet comme démarche formalisée du changement.....	39
3.1.1 La vision stratégique du DS : un ancrage institutionnel du projet .....	40
3.1.2 L'accompagnement méthodologique du projet : un cadre aux jeux d'acteurs .....	40
3.1.3 La communication pour donner de la valeur au projet .....	43
3.2 La place du DS dans la recherche de la performance hospitalière .....	44
3.2.1 La qualité des soins mais à partir de quels indicateurs.....	45
3.2.2 La mesure objective de la satisfaction du personnel.....	45
3.2.3 La recherche d'organisation innovante des soins .....	46
3.2.4 Du projet de prise en charge au parcours de soins du patient.....	47

3.3	Le positionnement évolutif du DS .....	51
3.3.1	Le soutien à l'encadrement toujours renouvelé .....	51
3.3.2	La coordination naissante avec les chefs de pôle et le Président de CME .....	52
3.3.3	Le partenariat obligatoire entre les directions fonctionnelles .....	52
<b>Conclusion .....</b>		<b>55</b>
<b>Sources et Bibliographie.....</b>		<b>57</b>
<b>Liste des annexes.....</b>		<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP	agence nationale d'appui à la performance
ARS	agence régionale de santé
AS	aide-soignante
CDP	cardiologie – dermatologie - pneumologie
CHT	communauté hospitalière de territoire
CME	commission médicale d'établissement
CS	cadre de santé
CSS	cadre supérieur de santé
CSIRMT	commission de soins infirmiers, de rééducation et médicoteknique
DS	directeur des soins
GCS	groupement de coopération sanitaire
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	directeur des ressources humaines
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
IDE	infirmier(ère) diplômé(e) d'état
MAINH	mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MAPE	mise à plat des effectifs
PMSI	programme de médicalisation du système d'information
SROS	schéma régional d'organisation des soins

## Introduction

L'acte de rénover, restructurer, réorganiser a toujours existé dans nos hôpitaux avec des périodes plus ou moins propices. En effet, la volonté et l'action de construire et réaménager sont intimement liées à l'histoire de nos hôpitaux. Même si les objectifs poursuivis n'ont pas été les mêmes en fonction de l'époque, le projet de restructuration est également un outil pour faire bouger les représentations afin de répondre à une question fondamentale: A quoi sert l'hôpital ?

**Par projet de restructuration, nous entendons un processus d'ensemble qui peut comporter des opérations de rénovation et de construction aboutissant à des créations ou fusions d'unités et des réorganisations d'activités.**

Pour les établissements de santé, les projets de restructuration peuvent se traduire sur différents champs :

-**L'économie** : regroupement de moyens, d'équipements, d'activités sous forme de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)

-**L'humain** : un redimensionnement des équipes avec un redéploiement des effectifs et des organisations de travail à revoir.

-**La logistique** : les circuits sont informatisés, certaines activités logistiques sont externalisées afin de recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier

-**La structure** : diminution du nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle au profit de places en ambulatoire, de jour ou d'hospitalisation de semaine

Notre expérience personnelle nous a conduite à participer à l'élaboration du projet de restructuration et rénovation d'un Centre Hospitalier défini dans le plan directeur. Le projet doit durer trois ans et débuter en 2015.

Ce projet a été validé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en juin 2011 après la venue sur site d'une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Le projet consiste à maintenir le plateau technique qui est jugé de bonne qualité mais à revoir entièrement les conditions d'hébergement et de prise en charge des patients. En 2011, Le Centre Hospitalier affiche des résultats financiers équilibrés. Le coût du projet de rénovation est estimé à 175 millions d'euros.

Les principes posés visent à :

- Améliorer l'accueil des patients notamment en augmentant le nombre de chambre à un lit tout en veillant aux conditions de travail du personnel

- Revoir la capacité d'hospitalisation conventionnelle au profit notamment de places en ambulatoire ce qui implique de redéfinir les organisations existantes, médicales et soignantes.

- Définir pour chaque unité fonctionnelle, son dimensionnement aussi bien en nombre de lits qu'en nombre et qualification de personnel.

**Le dimensionnement des équipes se définit par la détermination du nombre de personnel par catégorie professionnelle nécessaire pour assurer un ensemble de tâches pendant une fraction horaire mais aussi toute l'année, en prenant en compte les droits des agents en matière de repos, congés et absences. De plus, le dimensionnement des équipes peut-être qualitatif c'est-à-dire qu'il définit la qualification du personnel nécessaire à la réponse aux besoins des patients.** Afin de définir le dimensionnement d'une équipe, certains facteurs peuvent être pris en considération comme le nombre, le profil et la dépendance des patients, la nature des soins pratiqués et l'évolution de l'activité.

Néanmoins, à l'exception de quelques services tels que la réanimation, les soins intensifs de cardiologie, la dialyse pour lesquels un texte réglementaire précise le ratio personnel/soignant, il n'existe aucune règle en matière d'effectif soignant.

Ce redimensionnement doit permettre une prise en charge performante des patients, c'est-à-dire que le mode de prise en charge doit répondre aux attentes des patients, à la satisfaction des professionnels et aux exigences des tutelles. Ainsi, la qualité optimale des soins doit être recherchée à un coût efficient en garantissant des conditions de travail satisfaisantes pour le personnel.

En tant que responsable des activités de soins, le directeur des soins (DS) est légitime pour participer à un projet de restructuration. En effet, le DS :

« Art. 4.-I. —...est membre de l'équipe de direction..... »<sup>1</sup>

« II. — Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, il est membre de droit du directoire. A ce titre, il contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement »<sup>2</sup>

« ...conçoit la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires au sein du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), la stratégie de l'établissement, les ressources techniques, financières, humaines ».<sup>3</sup>

En tant que membre de la direction et membre de droit du directoire, le DS, Président de la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Technique (CSIRMT), contribue à tout projet institutionnel dont les enjeux se situent au niveau politique et stratégique pour l'établissement. De plus, il participe en collaboration avec d'autres acteurs comme le corps médical à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge de patient.

---

<sup>1</sup>Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, article 4

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Référentiel métier du Directeur des Soins 6 mars 2010, p 5

« Dans le respect des compétences déléguées aux chefs de pôle, il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications »<sup>4</sup>

Le dimensionnement des équipes ainsi que l'évolution et l'organisation des services de soins font bien partis des missions du DS, en collaboration avec d'autres professionnels de l'établissement. Le DS veille à la répartition des ressources humaines dans un but d'équité entre les pôles d'activités mais surtout de maintien de la qualité et sécurité des soins. C'est donc à lui d'argumenter et de déterminer le nombre et la qualification du personnel soignant par pôle ou unité fonctionnelle de chaque pôle d'activité.

Ainsi, les projets de restructuration sont identifiés comme des moments forts avec des enjeux importants pour les établissements de santé. Tous les acteurs institutionnels dont le DS sont mobilisés pour atteindre les buts fixés par le projet de restructuration. Il nous paraît donc essentiel d'analyser la place du DS dans les nouvelles définitions de dimensionnement des unités s'inscrivant dans le cadre de projets de restructuration.

Notre interrogation porte plus spécifiquement sur le fait que définir le redimensionnement des unités de soins ne peut s'envisager qu'à partir de multiples indicateurs partagés par différents professionnels et acteurs du monde hospitalier, voire de la santé. Le redimensionnement est sous tendu par des objectifs de performance hospitalière, c'est à dire par l'adéquation des ressources humaines et matérielles aux moyens disponibles pour répondre aux besoins en santé des usagers.

Tout projet de restructuration ayant comme impact le redimensionnement des équipes est source d'évolution des pratiques, de transformation de la structure et également de modifications culturelles. Ces changements doivent être accompagnés afin d'aller vers la compréhension et l'acceptation puis cheminer jusqu'à l'appropriation. Mais, Le DS est-il l'acteur légitime pour faciliter l'acceptation du changement ?

Nous pouvons nous interroger sur la plus-value apportée par le DS dans la conduite du redimensionnement d'équipes et de manière plus globale, sur les modalités d'accompagnement à proposer aux équipes dans le cadre d'un projet de restructuration.

Ainsi, la question de départ suivante peut-être posée :

**En quoi le redimensionnement des unités dans le cadre d'un projet de restructuration demande un accompagnement des équipes ?**

---

<sup>4</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, article 4

A partir de cette question de départ, nous posons trois hypothèses susceptibles de nous aider à mieux cerner la place du directeur des soins dans la démarche d'accompagnement des équipes

**Hypothèse 1 : Le redimensionnement des unités ne peut être défini que s'il existe un partenariat entre différents acteurs institutionnels centré sur l'évolution des modes de prise en charge de patients.**

**Hypothèse 2 : Le redimensionnement des équipes bouleverse les organisations en place. Les nouvelles organisations doivent être basées sur les exigences de performance hospitalière.**

**Hypothèse 3 : Le redimensionnement des unités représente un changement important pour les équipes. Aussi, un projet fondé sur la prise en charge des patients paraît nécessaire pour donner du sens et faciliter l'acceptation du changement.**

Dans une première partie, nous retracerons l'évolution, à travers les âges, des restructurations hospitalières puis nous poserons le cadre législatif et les enjeux actuels des restructurations. Les constats établis, nous permettent de mettre en lumière trois concepts majeurs dans la résolution de la problématique

Dans une deuxième partie, nous chercherons à vérifier nos hypothèses grâce à une analyse de terrain et en nous appuyant sur notre recherche théorique et conceptuelle.

Précédant la conclusion, une troisième partie est consacrée à la présentation de préconisations découlant de notre enquête et dans le champ de missions du directeur des soins.

# **1 Les restructurations hospitalières**

## **1.1 L'histoire des restructurations hospitalières à travers les modes de prise en charge des patients**

En France, depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, l'architecture hospitalière est le reflet de la manière de prendre en charge le malade.

Le 14 juin 1662, Louis XIV édicte que chaque cité importante doit bénéficier d'un hospice ou « Hôtel Dieu ». Ainsi, La notion d'hôpital général destiné aux pauvres valides apparut à Paris en 1656, s'étend sur la Province. L'objectif poursuivi est l'assistance aux pauvres et la protection de la société par la mise à l'écart des mendiants, des enfants trouvés, des fous et des prostituées. Ce n'est que pendant la seconde moitié du XVII<sup>e</sup> siècle que le malade individu est reconnu et que l'objectif devient la guérison.

Le parc hospitalier s'agrandit à partir de 1850 sur la base de trois évolutions majeures

- Le développement de la médecine clinique
- La mise en œuvre des politiques de santé publique
- La naissance des villes industrielles dont l'hôpital devient un équipement

Le concept de l'hôpital pavillonnaire est renforcé par la découverte de Pasteur concernant la microbiologie et par la nécessité d'isoler les malades atteints de maladies infectieuses. Les notions de contagion et de microbes modifient les comportements médicaux et la conception des hôpitaux, notamment les salles d'opération qui sont maintenant isolées des salles de malades. L'objectif est de guérir et tout y concourt.

A partir de 1920, les études scientifiques montrent que l'antisepsie rend inutile la limitation des étages et que la contagion aéroportée joue un rôle mineur. L'utilisation des antibiotiques et l'évolution de l'architecture ont raison des hôpitaux pavillonnaires. S'inspirant d'un modèle importé des Etats-Unis, la construction des hôpitaux pour de nombreuses années se fera sur le type monobloc, caractérisé par la superposition de services.

Après la seconde guerre mondiale, les progrès de la médecine sont considérables. La création de la sécurité sociale en 1945 permet l'égalité de tous devant la santé. Pendant la période des trente glorieuses, le secteur hospitalier vit une période d'euphorie financière, d'explosion de ses effectifs et de construction intensive afin de répondre aux besoins croissants de la population.

En 1958, les centres hospitaliers universitaires sont créés dans chaque région, afin de favoriser le développement de la recherche. La partie technique de l'hôpital se renforce et se situe généralement au rez-de-chaussée ; au-dessus ou en-dessous prennent place les services d'hébergement, logistiques, administratifs et techniques.

Dans les années 1970, la France se couvre de bâtiments neufs et modernes souvent surdimensionnés en nombre de lits. L'œuvre architecturale laisse la place aux hôpitaux en kit.

A partir de 1985, le vieillissement du parc immobilier s'accélère et en parallèle, de nouvelles normes de sécurité apparaissent. Mais le financement par dotation globale mis en place depuis le début des années 1980, ne permet plus de faire face à ces nouvelles contraintes et de maintenir les investissements immobiliers hospitaliers à un niveau souhaité d'exigence. En 2000, le taux de vétusté des équipements est estimé à 68,6% ce qui nécessite un effort urgent de réhabilitation et de modernisation.

Ainsi, les équipes soignantes et médicales sont mises au défi de répondre aux attentes des patients en matière de confort, de qualité, de progrès médicaux et d'évolution technologique dans des établissements issus d'époques différentes dont la conception paraît plus ou moins inadaptée.

## **1.2 Les projets de restructuration, de nos jours**

### **1.2.1 Le cadre législatif**

En 2002, le gouvernement présente un plan de modernisation : hôpital 2007

L'objectif du plan est de permettre une mise à niveau accélérée des investissements des hôpitaux en aidant les établissements à réaliser des opérations qui ne se seraient pas réalisées dans les cinq ans pour des raisons de contraintes budgétaires. La mise en œuvre de ce plan repose essentiellement sur l'échelon régional avec une répartition des moyens financiers entre les établissements par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Il est prévu un investissement moyen annuel de l'état à hauteur de 1.2 milliards d'euros par an pendant 5 ans soit 6 milliards d'euros au total. En plus des moyens financiers, l'ordonnance n° 2003-850 du 04 septembre 2003 a permis de recourir à deux nouvelles formes de contractualisation : les marchés globaux et le bail emphytéotique hospitalier. Enfin, un dispositif d'accompagnement national, la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH), se déploie en région dans le but d'assister les ARH et les établissements dans la mise en œuvre des projets.

Les investissements éligibles concernent essentiellement l'immobilier mais aussi les équipements lourds et le système d'information. Tous les établissements publics, privés, participant au service public hospitalier à but lucratif peuvent être concernés. Les opérations devront se réaliser dans un délai court, un début d'exécution dans les 5 ans et une condition obligatoire d'éligibilité du projet.

Annoncé en février 2007, le plan hôpital 2012 poursuit un double objectif

- Poursuivre la modernisation technique des établissements de santé engagée avec le plan 2007 dont il continue le prolongement

- Améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière

La vocation première de ce nouveau plan est d'accompagner la recomposition hospitalière et la mise en œuvre du SROS dans la nouvelle organisation des soins dans le territoire. Ainsi, la volonté du gouvernement à travers le plan 2012 est de redessiner le paysage hospitalier français selon des objectifs précis « de favoriser une meilleure performance économique des établissements de santé » et « d'intégrer la recherche de l'efficience » dans la gestion du secteur hospitalier.

### **1.2.2 Les enjeux des restructurations hospitalières**

Un projet de restructuration d'un établissement de santé représente au niveau régional et à l'échelle des établissements, des enjeux politiques, économiques, sociaux et culturels considérables.

#### **A) Les enjeux régionaux**

Le projet régional de santé élaboré par l'ARS et notamment le SROS définit à partir des besoins actualisés de la population, l'offre de soins et les orientations en matière de santé publique. Pour chaque territoire de santé, l'accessibilité aux soins est organisée par le SROS en fonction des niveaux de recours.

Les établissements de santé sont autorisés par l'ARS pour leurs activités de soins et peuvent être amenés à coopérer entre eux afin de traduire les orientations du SROS. Chaque établissement de santé doit intégrer les besoins en santé de la population cible, l'évolution démographique des professionnels de santé et les possibilités d'actions de coopération avec d'autres structures. Ainsi, tout projet de restructuration doit prendre en compte tous ces facteurs pour être partie prenante dans la recomposition de l'offre de soins.

#### **B) Les enjeux pour les établissements de santé**

##### *a) Une réponse aux attentes des usagers*

Construire un hôpital, c'est d'abord une réponse aux besoins du malade. Le malade est devenu client et ses attentes sont les premières priorités à considérer. Il s'agit d'intégrer voire d'anticiper les évolutions concernant les modes de prise en charge, les progrès des techniques médicales et le profil des patients accueillis. A titre d'exemple, la prise en charge ambulatoire doit être développée au dépend des modes d'hospitalisation traditionnelle. De même, un accueil adapté aux personnes âgées, poly-pathologiques, devient un enjeu majeur.

L'utilisateur du système de santé doit sentir dès son entrée dans le nouvel hôpital que celui-ci a été conçu pour lui avec un plateau technique performant, des soins de qualité, un environnement sécurisé et un confort hôtelier moderne.

b) *Un cadre adapté au travail*

Un projet de restructuration a des conséquences sur plusieurs plans et notamment sur l'organisation des activités de soins. Il s'agit donc, de proposer une configuration des lieux et architecturale qui permet une réponse adaptée à l'évolution des activités de soins mais aussi à une organisation des soins rationnelle et efficiente.

Plusieurs facteurs concourent à l'évolution des activités à l'hôpital. En premier, la technicité plus avancée et généralisée qui demandent à la fois des savoirs et savoir-faire spécialisés et pointus. Cette technicité a également comme conséquence un nombre d'actes administratifs nombreux, souvent considérés par les professionnels de santé comme ne relevant pas de leur cœur de métier mais augmentant leur charge de travail quotidienne. Du fait de la rotation plus rapide des patients et de l'informatisation des données, les soignants font état d'une part croissante de ces actes administratifs et autres tâches afférentes non réalisés auprès des malades.

De plus, les patients et leur famille sont souvent perçus comme manifestant plus d'exigences et sollicitant davantage le personnel que ce soit vécu comme légitime (demande d'information) ou que cela soit ressenti comme exagéré (impatience à être examiné notamment aux urgences). Le personnel, dans le travail, vit des relations qui ont été modifiées par les sollicitations plus nombreuses des patients mais aussi par les exigences du corps médical.

Ainsi, des unités de soins restructurées et redimensionnées ne peuvent fonctionner selon les modalités d'avant le projet. Les raisons peuvent être de plusieurs ordres mais elles obligent à se projeter et à revoir le plus souvent les procédures de prise en charge des patients, les organisations, le nombre ainsi que la qualification du personnel et le parcours du patient.

Les organisations sont souvent contraintes par l'architecture. Par exemple, la dimension réduite des chambres peut influencer sur l'organisation des soins. Les chambres à plusieurs lits peuvent ne pas permettre le respect de la pudeur et de la confidentialité malgré parfois la présence de paravents qui encombre encore davantage ces chambres. Aussi, il y a souvent une forte attente de la part des professionnels lorsque les locaux ne paraissent plus adaptés aux besoins des patients et aux techniques de soins actuelles. Pourtant, les restructurations ne peuvent résoudre l'inadéquation des locaux que si les propositions d'amélioration des professionnels de santé sont prises en compte et intégrées dans le cadre d'un projet de prise en charge du patient.

### **1.3 Des concepts à développer**

L'évolution de l'hôpital du fait de nouvelles technologies, des attentes renforcées des usagers et de l'exigence de performance ont complexifié le travail hospitalier. La coordination des professionnels de santé devient incontournable surtout dans le cadre de projets innovants et ambitieux.

Le DS, membre de l'équipe de Direction, est placé face à ce défi notamment dans le cadre d'un projet de restructuration. Il se doit alors de bien comprendre l'analyse stratégique et systémique dans le fonctionnement de l'organisation hospitalière et en même temps être partie prenante dans les actions de coopération nécessaires à tout projet d'évolution des structures hospitalières. Le DS peut alors conduire le changement en proposant des organisations innovantes pour la qualité des prises en charge.

#### **1.3.1 Le changement et la conduite de changement**

Un projet de restructuration avec ses conséquences telles que le redimensionnement des équipes est forcément vécu comme un changement majeur, qu'il faut accompagner. Pour cet accompagnement, la communication, le dialogue et la participation paraissent essentielles.

La communication est essentielle à tous les niveaux de l'organisation pour expliciter, dédramatiser et faire naître les idées. Enfin, la participation sera recherchée pour lever les résistances par une implication au cœur du processus de changement.

##### **A) Le changement**

Pour CROZIER et FRIEDBERG, le changement peut-être défini comme « un apprentissage c'est-à-dire la découverte voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, de nouvelles capacités collectives ». <sup>5</sup>

Le changement est un processus permanent à l'hôpital du fait de la constante obligation pour les établissements de santé de s'adapter à leur environnement, aux innovations technologiques et aux modifications des systèmes de gestion.

Un projet de restructuration hospitalière représente un changement majeur qui ne peut souvent se réaliser sans passer par une phase d'inconfort, de déséquilibre. Parce que le changement consiste à passer d'un état à un autre, il s'associe souvent à une perte de repères. Pourtant ces repères restent nécessaires pour donner du sens au changement et ainsi faire naître chez le personnel le sentiment d'appartenance à une structure qui sera différenciée d'une autre. Le changement est donc à la fois une source d'opportunité dont il faut se saisir mais aussi une période de crainte et de méfiance. Les raisons principales qui poussent les professionnels à « résister » au changement sont d'ordre soit

---

<sup>5</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *l'acteur et le système*, Paris : Edition du seuil, p 392

psychologique soit sociale. Il s'agit le plus souvent de la peur de l'inconnu ou de la remise en cause des compétences et surtout de la perte des relations sociales construites dans les unités.

Pour CROZIER et FRIEDBERG, « le changement réussi ne peut donc être la conséquence du remplacement d'un modèle ancien par un modèle nouveau...» Le changement est « le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisées, voire créées les ressources et capacités des participants nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en œuvre libre - non contrainte - permettra au système de s'orienter ou de se réorienter comme un ensemble humain et non comme une machine »<sup>6</sup>

#### B) La conduite du changement

Pour les managers, le changement se conduit de manière rationnelle, la question est de faire comprendre le changement. Pour tous les autres acteurs, le changement signifie une évolution mentale et l'adoption de nouveaux modes de fonctionnement. Cette évolution passe par des étapes de désapprentissage et réapprentissage, par un cheminement de déstructuration pour une restructuration nouvelle d'identité et culture professionnelles.

Tout changement devra donc être accompagné afin de trouver les possibilités de projet partagé à partir de différents horizons, expériences et cultures.

R. SAINSAULIEU définit la culture professionnelle comme : « le réservoir intériorisé transmis et soigneusement élaboré par l'histoire d'un ensemble de valeurs de règles et de représentations collectives qui fonctionnent au plus profond des rapports humains ».<sup>7</sup>

Ainsi, pour R. SAINSAULIEU, l'application d'un changement passe par un apprentissage collectif mais aussi culturel de tous les acteurs afin qu'il puisse être transformé en innovation.

La conduite du changement, du diagnostic de situation jusqu'à la mise en place de l'innovation nécessite de s'appuyer sur une volonté politique et stratégique forte, sur une communication adaptée et sur une participation des acteurs concernés.

### 1.3.2 L'organisation et l'innovation

#### A) L'organisation

Le grand changement survenu à l'hôpital est que les réformes hospitalières engagées depuis une vingtaine d'années semblent porter en elles l'intention de transformer les hôpitaux en organisations. Le plan hôpital 2007 affiche cette intention, en reprenant quatre grandes orientations pour les hôpitaux : qualité, gouvernance, tarification à l'activité, réseaux de santé.

---

<sup>6</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, *l'acteur et le système*, Paris : Edition du seuil p 391

<sup>7</sup> SAINSAULIEU R., 1993, *l'identité au travail*, Paris : presse de la fonction nationale des sciences politiques, p135

Une organisation peut se comprendre comme un ensemble d'individus, de collectifs, de moyens techniques, attachés les uns aux autres dans la perspective d'atteindre certains objectifs. L'hôpital comme organisation, c'est à dire comme un ensemble au sein duquel les ajustements entre acteurs se fabriquent dans une négociation continue qui participe de la fabrication d'un commun constituant le ciment de régulations nouvelles.

L'organisation actuelle de l'hôpital se définit à la fois par l'existence d'une structure institutionnelle mais aussi par la possibilité de jeux d'acteurs qui ont pour but de maintenir une zone d'autonomie et une liberté relative.

Les procédures, les règles, le règlement intérieur, les profils de poste, la ligne hiérarchique représentent les éléments de l'organisation formalisée.

Les comportements des acteurs représentent pour l'analyse stratégique différentes approches comme « les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation ; Chacun a ses objectifs, ses buts propres ».<sup>8i</sup>

Ou comme « chaque groupe professionnel sélectionne les règles de l'hôpital en fonction de ses propres objectifs et chaque catégorie est susceptible d'enfreindre celles qui sont contradictoires à ses propres intérêts ».<sup>9</sup>

L'organisation hospitalière présente les caractéristiques de toute organisation :

- l'existence d'une division des tâches
- la présence d'une hiérarchie
- des règles officielles multiples et procédures de plus en plus contraignantes

Cependant les règles et les procédures n'empêchent pas les relations entre les acteurs, les jeux d'alliance et de pouvoir ainsi que les conflits qui peuvent éclater.

MINTZBERG qualifie l'hôpital d'organisation hybride car dans une même structure, deux types d'organisation peuvent être distinguées. Pour l'hôpital, la haute qualification des médecins qui composent également le centre décisionnel est régulièrement en conflit avec le pôle administratif qui est lui-même contraint par les autorités de tutelle. La nécessité de rigueur dans la gestion est en conflit permanent avec la recherche d'autonomie et de perfectionnement des professionnels. Dans cette organisation, la configuration dominante de l'organisation dépend à un moment donné des rapports de force des groupes antagonistes. Cette configuration peut changer au gré des évolutions de l'environnement et de la capacité des différents groupes d'intégrer ces modifications en fonction de leurs propres intérêts.

Une coordination, au sommet de la hiérarchie paraît alors nécessaire afin de répondre aux enjeux actuels des établissements de santé.

---

<sup>8</sup> BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, quatrième édition. Paris : Edition du seuil, p129

<sup>9</sup> CARRICABURU D., MENORET M., 2004, *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*, Paris : Armand Colin, p30

Les organisations de travail évoluent et sont adaptées aux contraintes extérieures et aux exigences de l'environnement.

Cependant les exigences de l'environnement n'ont d'influence sur la structure des organisations que dans la mesure où elles sont reprises dans les stratégies formulées par les responsables. Ainsi la structure suit la stratégie et permet de mettre en avant les marges de manœuvre dont elle dispose, dans le respect de ses valeurs, pour s'adapter aux contingences notamment socio-économiques.

## B) L'innovation

Dans le système hospitalier, l'innovation est présente et sans cesse renouvelée. Au départ, l'innovation est surtout médicale du fait des progrès techniques considérables. Mais, le champ de l'innovation à l'hôpital s'ouvre à d'autres domaines que celui des médecins et des soignants. L'établissement de santé produit du soin mais, pour cela, a besoin de nombreux acteurs. Les innovations dans des domaines comme la communication et l'information deviennent indispensables car elles participent directement ou indirectement à la finalité qui est de prodiguer des soins sécuritaires et de qualité. Ces innovations techniques comme le traitement informatique de la gestion des malades ou de la gestion des matériels ont des conséquences sur les organisations. En effet, le personnel déclare consacrer 40 à 60% de son temps de travail aux traitements des données sur l'outil informatique. Il devient donc indispensable de penser innovation également dans les organisations pour répondre aux enjeux.

De plus, les récentes réformes hospitalières incitent à des organisations renouvelées qui s'appuient d'une part sur un partage des responsabilités entre les professionnels et les dirigeants et d'autre part sur le décloisonnement des services pour une prise en charge des patients en filière ou en réseau. Ces modifications structurelles tendent vers des organisations innovantes afin de répondre de manière performante aux besoins en santé de la population.

Norbert ALTER définit l'innovation comme un processus qui repose sur un désordre dans les règles et les valeurs et qui permet de rompre avec le passé, de projeter l'organisation vers de nouveaux modes de relation.

L'innovation c'est un changement dans le processus de pensée visant à exécuter une action nouvelle. « L'innovation est donc toujours amenée à transgresser les règles, et l'innovateur à prendre des risques parce qu'on juge ses actions en fonction de l'état du monde antérieur ».<sup>10</sup>

Dans un projet de rénovation ou de restructuration architecturale, l'innovation ne peut être que le fil conducteur. Le projet doit prendre en compte les évolutions des activités de

---

<sup>10</sup> ALTER N., 2000, *l'innovation ordinaire*, Paris : PUF, 278 p

soins voire les anticiper et intégrer les innovations dans l'architecture comme les nouvelles normes environnementales.

Arnaud GROFF propose une définition directement issue des racines du mot "innover" :  
« L'innovation est la capacité à créer de la valeur en apportant quelque chose de nouveau dans le domaine considéré tout en s'assurant que l'appropriation de cette nouveauté se fasse de manière optimale »<sup>11</sup>

Il ne faut surtout pas limiter l'innovation à la technologie mais revenir à ses principes fondateurs car l'innovation c'est avant tout 3 piliers :

- **La valeur** : Innover consiste à créer de la valeur d'usage, d'échange et d'estime. Innover, c'est donc changer de regard, c'est adapter son regard avec son temps sans a priori.

- **La créativité** : Innover, c'est apporter quelque chose qui n'existait pas avant dans le domaine considéré.

- **Le changement** : Une des causes d'échec des innovations est la mauvaise manière ou le mauvais moment où l'innovation a été mise au jour, mise sur le marché.

Innover, c'est donc également notre capacité à "socialiser" notre nouveauté.

Ainsi, chaque acteur participant à un projet de restructuration hospitalière doit être informé des nouveautés dans son domaine de compétences pour assurer la pertinence et la valeur du projet. Mais, chaque nouveauté doit avoir du sens pour qu'elle soit comprise et entendue par tous et apporte ainsi de l'intérêt et de la valeur au projet.

### 1.3.3 La performance

Dans la gestion des établissements de santé, la performance est devenue le but recherché afin de répondre aux défis de compétences, de qualité, d'innovation et d'efficience.

#### A) Un concept récent pour l'hôpital

Le terme de performance est très largement utilisé dans le langage courant mais ne fait pourtant pas l'objet d'une définition précise. Pourtant même si la performance est un objet aux contours mal identifiés, elle représente un enjeu majeur pour l'action publique dans les années qui viennent. La difficulté réside dans une représentation éclatée du contexte de la performance dans ses objectifs, ses fondements ou ses modalités d'évaluation.

Pour l'hôpital, le concept de performance est apparu avec la crise de légitimité que connaît l'hôpital. En effet, l'hôpital doit montrer sa légitimité par la performance de ses activités. Cette légitimité s'inscrit dans la capacité de l'établissement à adapter ses réponses souvent au prix d'une révision profonde de ses organisations afin d'intégrer

---

<sup>11</sup> GROFF A., 2009, manager l'innovation, Paris : Afnor éditions, 178 p

également les contraintes économiques et techniques et au final atteindre ses objectifs de performance.

## B) Une définition de la performance hospitalière

Adaptant un modèle conceptuel des performances élaboré par des auteurs québécois à partir de la théorie des organisations, des experts français réunis à la demande de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2001 ont retenu trois dimensions d'égale importance :

- **L'atteinte des buts**, à savoir l'amélioration de la santé des individus et des populations est mesurée par la qualification du personnel, les équipements performants, les résultats en terme clinique. La qualité du service rendu à la collectivité est recherchée par la satisfaction du patient en matière d'accessibilité, de délais d'attente, de continuité des soins.

- **L'efficacité économique** qui renvoie à la notion d'efficience, soit une atteinte des objectifs d'activités au regard de la consommation des ressources

- **La capacité d'adaptation au changement** soit la capacité de réorganisation, de prise en compte de l'évolution des demandes en soins et de la dimension d'innovations ainsi qu'un pré requis, sous forme d'une culture commune et de conditions de travail favorables comme bien-être et attractivité.

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires place la performance comme un enjeu majeur pour les établissements de santé. Ainsi, elle a créé l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) qui a identifié plusieurs axes d'amélioration comme :

- Optimiser le parcours du patient,
- Favoriser les investissements efficaces,
- Transformer de manière durable un établissement dans son ensemble.

« La performance doit être appréhendée de façon globale et passe par l'optimisation des coûts et des organisations ». <sup>12</sup>

## C) Le pilotage de la performance

Le pilotage de la performance est l'ensemble des processus décisionnels s'appuyant sur un ensemble d'outils et de méthode permettant une connaissance du système et une aide à la décision. Il existe trois niveaux de pilotage de la performance.

- **Le niveau stratégique** oriente les investissements à long terme notamment par le projet et contrat de pôle qui définissent la politique du pôle d'activité en cohérence avec le projet d'établissement et le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

---

<sup>12</sup>MARCON E., GUINET A., TAHON C., 2008, *gestion et performance des systèmes hospitaliers*, Paris : Hermès science publications, p 74

- **Le niveau tactique** permet de mettre en adéquation les ressources avec les charges.
- **Le niveau opérationnel** qui par l'utilisation de tableaux de bord permet de prendre rapidement des décisions.

Le tableau de bord est un outil de gestion fournissant des informations sélectives pour répondre aux besoins de connaissance avant la prise de décision ; se pose alors la question de définir des indicateurs pertinents pour un pilotage de la performance.

## **2 L'analyse de terrain**

Après avoir présenté et clarifié les trois concepts principaux issus de notre problématique, nous avons, par une enquête de terrain, cherché à valider ou pas nos trois hypothèses de départ.

Dans cette deuxième partie, nous présentons les objectifs recherchés par l'étude de terrain ainsi que la méthode d'enquête retenue. Malgré certaines limites bien identifiées de notre étude, nous terminerons par les résultats obtenus et une synthèse permettant par la suite, de proposer des recommandations et pistes d'amélioration.

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

#### **2.1.1 Les quatre objectifs de l'enquête**

A travers nos trois hypothèses de travail, nous supposons que les équipes doivent être accompagnées dans la conduite de tout projet de restructuration car le redimensionnement des unités a des impacts sur l'organisation des soins et les prises en charge de patient.

Au cours de notre enquête, nous avons recherché les éléments nous permettant de :

- Comprendre le projet de restructuration et le ressenti des différents acteurs,
- Repérer les éléments qui permettent de définir le redimensionnement d'équipe,
- Identifier les freins ou les leviers dans l'accompagnement des équipes,
- Savoir si un projet de prise en charge des patients a été élaboré à l'occasion du projet de restructuration.

Chacun de ces quatre objectifs correspond à un thème qui est exploré dans la grille d'entretien. L'analyse de chaque thème, divisé en sous-thèmes permet de confronter le discours de la personne interrogée qui se situe au cœur de l'action avec les éléments théoriques et les approches conceptuelles. Les résultats nous permettront de mettre en exergue des points de vigilance ainsi que des éléments déterminants pour proposer des améliorations professionnelles en tant que futur directeur des soins en gestion.

#### **2.1.2 L'outil d'enquête retenu**

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs. Cet outil nous a paru particulièrement bien adapté car tout en étant guidé, la personne interviewée a une expression plus libre qui peut ouvrir vers des champs de compréhension complémentaire. Après accord de la personne rencontrée, chaque entretien a été enregistré afin de faciliter la disponibilité lors de l'entretien et utiliser si nécessaire les reformulations ou obtenir des compléments d'informations. De plus, l'enregistrement permet une retranscription plus exhaustive et fidèle.

Après deux entretiens exploratoires menés auprès de notre maître de stage, directeur des soins et d'un Cadre Supérieur de Santé (CSS) de pôle nous avons validé trois grilles d'entretien avec des questions formulées selon la fonction et le rôle de chacun.

Nous avons identifié trois niveaux de fonction : niveau stratégique, managérial et opérationnel. Voir annexe 1

Ainsi le guide d'entretien du directeur des soins (niveau stratégique) est différent de celui du cadre de pôle (niveau managérial) qui est différent de celui de l'infirmier(ère), (niveau opérationnel).

Ces entretiens ont concerné deux établissements ayant chacun un projet différent. La durée moyenne des entretiens a été d'une heure, le plus souvent dans le bureau du professionnel interrogé et toujours dans un espace respectant la confidentialité.

La retranscription de ces entretiens s'est faite à l'aide de trois grilles d'analyse. La première grille est l'outil de retranscription des données de l'entretien par personne interrogée et par thèmes et sous-thèmes. La deuxième grille permet de poser les données par thème des intervenants d'un seul établissement et ainsi confronter les différents points de vue et mettre en exergue les points communs, les complémentarités voire les divergences des personnes rencontrées, pour un même projet sur un même établissement. Enfin, la dernière grille d'analyse facilite le croisement des données par thèmes et sous-thèmes en comparant les deux établissements et donc les deux projets. Voir annexe 2

### **2.1.3 Les établissements et le public enquêtés**

Les deux établissements sont un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et un Centre Hospitalier (CH) situés dans deux régions différentes afin d'ouvrir assez largement les champs d'enquête.

Notre premier terrain d'enquête a été le lieu de notre deuxième stage. Il s'agit d'un CHU ayant une capacité d'accueil totale de 2644 lits et 405 places. En prenant en charge les affections les plus graves et en délivrant les traitements les plus complexes, l'établissement constitue un pôle d'excellence, de recours et de référence au plan régional et interrégional tout en délivrant des soins courants et de proximité au profit des 905 000 habitants du territoire de santé.

En plus des 2 professionnels qui nous ont permis de tester notre grille d'entretien, 7 autres professionnels concernés par la restructuration de l'hospitalisation de jour et du secteur conventionnel du service d'hématologie ont été rencontrés.

Les professionnels rencontrés pour le projet de restructuration du service d'hématologie sont :

#### Au niveau stratégique

- Le Directeur des Ressources Humaines (DRH)

- Le Directeur du plan
- Le Directeur des Soins

#### Au niveau managérial

- Le CSS de pôle
- Le Cadre de Santé (CS) du secteur conventionnel
- Le CS des 2 hôpitaux de jour

#### Au niveau opérationnel

- Une infirmière (IDE) de l'hôpital de jour

Notre deuxième terrain d'enquête a été un CH d'une capacité de 1159 lits et places. Il est le centre de référence d'un territoire de santé de 410 000 personnes. La mise en place des pôles est effective depuis 2007 mais le découpage actuel des 4 pôles d'activités de soins est issu d'une réflexion débutée fin 2009 avec la rédaction du projet d'établissement 2009-2013.

Six entretiens ont été menés avec des professionnels concernés par la restructuration du pôle cardiologie – dermatologie - pneumologie (CDP)

#### Au niveau stratégique

- Le DRH
- Le Directeur des Soins

#### Au niveau managérial

- Le chef de pôle
- Le CSS de pôle
- Un CS

#### Au niveau opérationnel

- Une IDE

Les professionnels des deux établissements ont été impliqués au moins dans le projet de restructuration avec redimensionnement d'équipe choisi pour ce travail (IDE et CS), mais la plupart d'entre eux ont connu d'autres projets similaires (CSS, tous les directeurs).

### **2.1.4 Les limites de l'enquête**

Le nombre de professionnels rencontrés étant de treize, ce nombre apparaît trop restreint pour rendre significatif l'échantillon et donc permettre de généraliser les propos rapportés puis analysés et d'avancer des pourcentages.

Sur le CHU, il n'a pas été possible de rencontrer le ou les médecins concernés par le projet de restructuration du service d'hématologie du fait de leur manque de disponibilité.

Enfin, au regard des difficultés rencontrées par l'équipe soignante du secteur conventionnel, l'encadrement n'a pas souhaité qu'une IDE de ce secteur soit interrogée.

## **2.2 La présentation des deux projets de restructuration avec redimensionnement d'équipe : base de l'enquête de terrain**

### **2.2.1 Sur le CHU**

Le projet de restructuration concerne tout le service d'hématologie soit deux unités d'hospitalisation conventionnelle, deux hôpitaux de jour et le secteur des consultations. Ce projet a débuté en 2009 et il est toujours en cours, pour le secteur conventionnel.

Cette restructuration s'est traduite par l'augmentation de 8 lits sur un secteur conventionnel car beaucoup de patients du service d'hématologie étaient «hébergés» dans d'autres services de médecine, faute de lits disponibles.

Ainsi, pour augmenter la capacité du secteur conventionnel de 8 lits, les places d'hôpitaux de jour attenantes à ce secteur ont été délocalisées. Les deux hôpitaux de jour ont déménagés sur un autre étage ainsi que le secteur de consultation. Le nombre de places au regard des locaux a été défini à 10 places par hôpital de jour. La restructuration des hôpitaux de jour s'est achevée fin 2010.

Concernant les effectifs, ceux des hôpitaux de jour sont normés, soit une IDE pour cinq patients présents. Pour les secteurs conventionnels, le CHU a travaillé en 2009 sur la Mise A Plat des Effectifs (projet MAPE) dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre. Les effectifs des deux secteurs conventionnels sont donc révisés dans ce cadre.

### **2.2.2 Sur le CH**

Ce projet émane d'une demande du Directoire fin 2009 de faire un bilan de l'organisation en pôle et d'entamer une réflexion sur les évolutions possibles des contours des pôles. Les objectifs de l'établissement sont de diminuer le nombre de pôles et de mutualiser davantage les ressources. Le chef de pôle du pôle CDP a été le promoteur du projet de restructuration du pôle en associant deux autres services, venant d'un autre pôle, la diabétologie et la neurologie. Le fil conducteur du nouveau pôle est l'amélioration et l'efficience de la prise en charge du patient athéromateux au sein du pôle. Concernant le redimensionnement des unités, cette restructuration a créé un hôpital de jour de douze places, avec quatre spécialités (cardiologie - pneumologie - diabétologie - neurologie), des consultations mutualisées, un centre de cicatrisation et une unité d'éducation thérapeutique. Le dimensionnement en lits des unités conventionnelles de cardiologie et de diabétologie a été revu. La cardiologie passe ainsi de 43 à 30 lits et la diabétologie perd 6 lits. Les effectifs par unité sont donc révisés en sachant que l'objectif donné par la direction est d'avoir un effectif constant sans création de postes. Globalement, le nombre de lits et places reste aussi à l'identique. Tout le personnel du pôle ainsi que l'encadrement de proximité, soit 300 agents, devront postuler sur les nouvelles unités du nouveau pôle. Ce projet doit être mis en place pour novembre 2012.

## 2.3 L'analyse des entretiens

### 2.3.1 La méthodologie d'analyse par thèmes

Nous avons choisi de présenter l'analyse des entretiens par thème et sous-thème ce qui favorise la mise en évidence des points essentiels apportés lors des entretiens. Chaque thème et sous-thème correspondent à des questions posées lors de l'entretien et qui ont pour finalité d'obtenir des éléments de réponse qui, confrontés avec des apports plus théoriques, permettent de valider ou pas les hypothèses de notre travail.

Thème	Sous-thème	Hypothèse	Concept
<b>Redimensionnement des unités</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Modalités de définition</li><li>•Enjeux</li><li>•Suivi</li></ul>	Les exigences de performance hospitalière contribuent aux modalités de définition du redimensionnement des équipes.	<ul style="list-style-type: none"><li>•Performance hospitalière</li></ul>
<b>Accompagnement des équipes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Modalités</li><li>•Calendrier</li><li>•Acteurs</li><li>•Ressenti</li><li>•Leviers</li><li>•Freins</li></ul>	Le redimensionnement des équipes ne peut être accompagné que s'il existe un partenariat entre différents acteurs institutionnels centrés sur l'évolution des modes de prise en charge des patients.	<ul style="list-style-type: none"><li>•Changement</li><li>•Conduite de changement</li></ul>
<b>Pris en charge du patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Contenu</li><li>•Forme</li></ul>	Le redimensionnement des unités représente un changement important pour les équipes. Aussi, un projet fondé sur la prise en charge des patients paraît nécessaire pour donner du sens et faciliter l'acceptation du changement	<ul style="list-style-type: none"><li>•Conduite de changement</li><li>•Organisation</li><li>•Innovation</li></ul>

Pour chaque thème, nous présenterons puis analyserons les principales réponses des acteurs par projet de restructuration et donc par établissement. Enfin, une synthèse des points communs ou divergents sur les deux établissements sera proposée.

### 2.3.2 Thème 1 : le redimensionnement des unités

Nous tenons à rappeler comme défini dans la première partie de ce travail que le dimensionnement d'unité est le ratio personnel/nombre de patients ce qui se traduit par la détermination du nombre de lits, du nombre et de la qualification du personnel nécessaire à une offre de soins adaptée aux besoins en santé des patients accueillis dans l'unité.

A) Sur le CHU

a) *Résultats*

Le redimensionnement des unités concerne les deux services d'hospitalisation conventionnelle et les deux hôpitaux de jour du service d'hématologie. Les enjeux de ce redimensionnement d'unités pour les acteurs sont :

« *Conduire ce type de projet à coût constant* » DRH

« *Mutualiser les deux équipes des hôpitaux de jour* » CSS de pôle et CS des hôpitaux de jour

« *Organiser le secteur conventionnel avec huit lits supplémentaires et des effectifs moins nombreux car le projet prévoit une IDE et une aide-soignante (AS) pour huit patients, avant une IDE et une AS pour six patients* » CS du secteur conventionnel

Concernant le nombre de lits sur le secteur conventionnel et le nombre de places sur les hôpitaux de jour du service d'hématologie, tous les acteurs interrogés savent dire que ces nombres sont déterminés en fonction de deux critères. Le premier est issu de l'analyse de l'activité du service et le deuxième est dépendant des locaux et des surfaces de l'unité. Ainsi, comme l'exprime le directeur du plan, si les données issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) montrent une activité en hausse, l'augmentation du nombre de lits ou de places peut être validée par la Direction Générale. Il reste alors à préciser le projet par une étude médico-économique. Le DRH va dans le même sens, en disant que « *l'objectif est que l'analyse médico-économique montre que les recettes seront suffisantes pour pallier aux dépenses supplémentaires* ».

Néanmoins pour le CSS de pôle et le CS du secteur conventionnel, si le nombre de lits en secteur conventionnel et le nombre de places en ambulatoire peuvent être déterminés à partir d'une analyse de l'activité, il faut en parallèle « *travailler dès le départ avec l'équipe médicale sur les nouvelles organisations et les modifications prévisionnelles* ».

Concernant les besoins en ressources humaines, la définition du nombre et de la qualification du personnel est sans difficultés pour les services où des normes existent. En effet, pour toutes les personnes interrogées, le ratio d'une IDE pour cinq patients présents en hôpital de jour s'applique. Par contre, pour des services de médecine conventionnelle, comme l'hématologie, la détermination des effectifs paraît plus aléatoire. Le cadre du secteur conventionnel affirme « *qu'un travail sur le profil des patients et des soins requis est nécessaire pour avoir un ratio personnel/patient cohérent et efficient surtout en matière de qualification et de compétences du personnel paramédical* ».

Le DS précise que les ressources dépendent des indicateurs financiers et économiques, mais qu'il faut faire « *corrélér au mieux les ressources humaines et autres aux besoins des patients pour des soins de qualité* ».

Le DRH exprime « *qu'il n'y a pas d'étude de charge de travail pour définir les effectifs, seules les données issues du PMSI sont prises en compte* ». Enfin que la qualité des soins en lien avec une modification de l'offre de soins est toujours posée par les équipes médicales et paramédicales « *mais ce qui fait débat c'est la définition de la qualité des soins – est-ce la même qu'il y a cinq ou dix ans?* »

Enfin, le suivi et l'évaluation de ce redimensionnement sont très peu évoqués spontanément. Le directeur du plan souhaiterait avoir un bilan de l'absentéisme à un an, après la mise en œuvre. Le taux d'occupation des lits ou places est cité par toutes les personnes rencontrées et la satisfaction des équipes et des patients serait recherchée par le CSS de pôle et les deux cadres.

« *L'évolution de l'activité médicale doit être analysée afin de vérifier que les organisations permettent d'avoir le bon patient au bon endroit avec les bonnes ressources.* » DS

#### *b) Analyse*

Dans ce projet de restructuration du service d'hématologie, le redimensionnement d'unité est pour les acteurs interrogés, tous au cœur du projet, basé en première intention sur la nécessité de répondre aux attentes en santé de la population accueillie. L'augmentation de l'activité est démontrée par l'analyse de l'activité et les données du PMSI. Puis, les enjeux identifiés par les personnes interrogées montrent bien que la détermination du nouveau dimensionnement est dictée par des facteurs économiques et financiers, même si une vision globale des enjeux du projet n'est pas retrouvée. En effet, chaque acteur nomme uniquement les enjeux qui sont en lien avec ses missions et sa fonction sur l'établissement.

La qualité des soins reste une préoccupation pour les équipes, comme le précise le DRH, confirmé par le DS. Néanmoins, aucun indicateur de cette qualité des soins n'étant précisé comme base de travail pour la définition du redimensionnement des équipes, nous pouvons nous interroger sur les possibilités de prendre en compte la qualité des soins dans ce projet.

L'interrogation pour le DS reste dans le choix de critères, autres que financiers, permettant la détermination du ratio personnel/soignant pour des soins adaptés aux patients pris en charge. Cette efficacité des soins, en accueillant le bon patient au bon endroit avec les bonnes ressources, est bien l'enjeu majeur de l'encadrement et de la direction des soins. Un travail de réorganisation, d'étude du profil des patients accueillis et des soins requis, si possible avec la collaboration de l'équipe médicale, paraît indispensable.

Répondre aux besoins en santé à un coût financier à minima neutre pour l'établissement en maintenant la qualité et la sécurité des soins par un travail, notamment, sur l'organisation des soins, s'approche des exigences de performance hospitalière.

En effet, la performance hospitalière, concept récent, est définie comme la capacité à répondre aux besoins en santé de la population en intégrant l'évolution des demandes, des techniques et des qualifications. La satisfaction des usagers et du personnel doit être recherchée, ainsi que l'efficacité économique en évaluant les résultats obtenus par rapport à la consommation des ressources.

Nous pouvons en déduire que si la performance hospitalière est bien recherchée dans ce type de projet, l'aspect qualité des soins bien que préoccupation importante des professionnels n'est pas traduite en indicateurs pour la détermination du redimensionnement des unités. De même, l'évaluation après mise en œuvre du redimensionnement n'est pas mentionnée par les personnes interrogées. Tout reste à construire en matière d'évaluation.

## B) Sur le CH

### a) Résultats

Le redimensionnement des unités concerne l'ensemble des services du pôle CDP en y ajoutant deux autres services qui sont la neurologie et la diabétologie. De nouvelles offres de soins sont créées comme un hôpital de jour de quatre spécialités. Le nombre de lits en hospitalisation traditionnelle a été revu par unité, avec un profil des patients accueillis qui peut être différent. A moyen constant, les effectifs par unité ont été révisés.

Pour toutes les personnes interrogées, l'enjeu premier à ce redimensionnement est l'efficacité d'une prise en charge de patient afin de limiter les temps d'hospitalisation et les aller-retours entre l'hôpital et le domicile, d'améliorer le suivi par des offres de soins nouvelles et de rendre le patient acteur de sa prise en charge.

Pour le DRH et l'IDE, « *c'est avant tout un projet médical au bénéfice des patients* »

Le chef de pôle confirme que son objectif principal est la construction d'une organisation polaire facilitant la prise en charge partagée et complémentaire du patient par les différentes spécialités médicales du pôle.

Comme pour le projet du CHU, les données issues du PMSI puis une analyse médico-économique sont la base du redimensionnement en nombre de lits et de places. La contrainte des locaux n'a pas été mentionnée.

Pour le DRH et le DS, le redimensionnement a été déterminé par le chef de pôle et le CSS de pôle. L'objectif de rester à moyens constants ayant été respecté, le redimensionnement a été présenté puis validé par les instances de l'établissement.

Le CSS de pôle explique qu' « *en premier une étude médico-économique a montré que la file active de patients athéromateux était suffisante à la construction d'un parcours ou d'une filière de prise en charge. Le ratio personnel/patient a été établi selon le nombre de lits, l'organisation déjà en place, l'évaluation du temps soignant sur certaines activités. Une évaluation est prévue à trois mois* ».

Pour le DS, « *l'évolution de l'activité doit être anticipée afin d'adapter le nombre, les compétences et la qualification du personnel par unité* »

Le CS de cardiologie reste dans la même logique en précisant que « *que pour déterminer les compétences du personnel, il faut connaître le profil des patients et le type de soins requis* ».

Enfin, l'évaluation du redimensionnement est évoquée par le CSS de pôle « *il est prévu une évaluation à trois mois des effectifs. Une satisfaction des patients et des équipes sera recherchée à six mois* ».

#### *b) Analyse*

Comme pour le projet du CHU, l'évolution de l'activité démontrée par des indicateurs du PMSI est à la base du redimensionnement en nombre de lits et places du pôle. Le nombre de lits par unité revu, le profil des patients modifié et la création de nouvelles activités entraînent logiquement une révision des effectifs en nombre et qualification, menée ici par le CSS de pôle.

Nous retrouvons dans ce projet les différentes composantes du concept actuel de performance hospitalière.

- S'adapter aux besoins en santé de la population accueillie en démontrant, par une analyse de données institutionnelles et territoriales, que la file active de patients athéromateux est suffisamment importante pour y consacrer une filière de prise en charge regroupée dans un pôle.

- Prendre en compte les évolutions notamment en matière de techniques médicales avec la création d'un hôpital de jour de 12 places et d'un centre d'éducation thérapeutique.

- Respecter l'objectif économique, de faire à moyens constants en nombre de lits et places mais aussi en matière de ressources humaines.

Le ratio personnel/patient a été établi en s'appuyant sur l'organisation existante mais aucun indicateur précis n'est cité. La connaissance du profil des patients et des soins requis est jugée indispensable afin d'identifier les compétences et les qualifications à privilégier dans l'unité.

La qualité des prises en charge des patients dans ce pôle est bien le fil conducteur. Pourtant, là encore, aucun indicateur qualité n'est mentionné comme base à la définition du redimensionnement des unités.

Quant à l'évaluation du redimensionnement, le CSS de pôle est la seule personne interrogée à proposer spontanément une évaluation à trois mois puis à six mois afin de revoir les effectifs si des difficultés mentionnées par les équipes sont objectivées.

### C) Synthèse CHU et CH

« La qualité des soins est une attente forte des usagers comme des professionnels, classée comme une des premières valeurs du service public hospitalier ».<sup>13</sup>

Pourtant, sur les deux établissements, aucun indicateur qualité n'est cité comme modalités de définition du dimensionnement qualitatif des unités alors que les compétences des professionnels participent à la qualité des prises en charge des patients. Le dimensionnement d'unité, c'est-à-dire le ratio personnel/patient ainsi que les qualifications et les compétences du personnel ne peut donc être seulement déterminé par des facteurs économiques. Nous pouvons alors nous demander quels indicateurs suffisamment fiables, reproductibles et robustes peuvent servir un dimensionnement d'équipe avec l'objectif d'être le reflet de la performance hospitalière tant recherchée dans les fondements des deux projets étudiés.

« Un enjeu crucial pour les établissements de santé, les projets de restructuration combinent l'efficacité médico-économique et la qualité des soins ».<sup>14</sup>

La qualité des soins, comme le coût sont des éléments de la performance hospitalière. Un travail en équipe pour définir et préciser la qualité des soins dans l'unité permet de s'accorder sur une définition partagée et de poser des indicateurs, bases de réflexion au redimensionnement qualitatif (compétences) et quantitatif (ratio). De même, le profil patient et les soins requis et prévalents, comme cité par les professionnels rencontrés, sont des éléments facilitateurs pour construire un redimensionnement d'équipe.

Quant à la phase d'évaluation du redimensionnement, elle n'est pas anticipée dans le projet du CHU alors qu'elle a été réfléchi par le CSS de pôle sur le CH. Pourtant dans les deux projets, aucun critère n'a été précisé pour mesurer la satisfaction du personnel et des professionnels. Cette connaissance du ressenti participe également à la recherche de la performance hospitalière.

#### **2.3.3 Thème 2 : l'accompagnement des équipes**

Nous allons traiter ce thème en divisant les sous-thèmes en deux groupes. Le premier comprend trois sous-thèmes; les modalités, le calendrier et les acteurs. Il permet d'étudier l'existence ou pas du partenariat entre les intervenants dans le projet.

Le deuxième groupe exploite les trois autres sous-thèmes; le ressenti de l'équipe, les leviers et les freins à la mise en œuvre du projet afin d'en extraire les éléments essentiels à l'accompagnement des équipes vers les changements induits par le projet. Il s'agit de repérer les facteurs clés et les stratégies que peut développer le DS dans la conduite de changement.

---

<sup>13</sup> Enquête sur les valeurs du service public de mai à septembre 2011

<sup>14</sup> Cours de LAUDE L., Docteur en sciences de gestion, Professeur, IDM – EHESP, juin 2012

A) Sur le CHU

a) *Résultats*

#### Le partenariat des acteurs

Pour le DRH, le Directeur du plan et le DS, leur mission n'est pas l'accompagnement direct des équipes. Ils interviennent auprès des équipes uniquement s'il y a un problème majeur qui représente un risque pour la poursuite du projet. Sur le CHU, le DRH et le DS ont rencontré les équipes soignantes du secteur conventionnel d'hématologie car il y a eu un préavis de grève. Leur rôle, comme précisé par le Directeur du plan est un suivi du projet pour présentation aux instances. Le DS dit rencontrer l'équipe à la demande du CSS de pôle: *« je rencontre l'équipe sur des points précis. Je m'appuie alors sur le projet médical et sur trois principes qui sont la transparence, l'équité et la volonté. Néanmoins, j'ai animé de nombreuses réunions avec l'encadrement et les médecins des services concernés »*

Le CSS de pôle était présent aux mêmes réunions que le DS, aussi bien avec les équipes qu'avec les médecins des services concernés.

Comme le décrit l'IDE, seul le cadre de l'unité a accompagné l'équipe. Il y a eu des réunions d'information, des groupes de travail et des échanges informels. L'IDE insiste sur le fait que les médecins ont donné beaucoup d'informations, surtout de manière informelle.

Le CS dit que *« les médecins ont fait un tri dans les informations et ont donné aux équipes celles qui les arrangeaient »*.

Le calendrier est évoqué par deux personnes sur sept. Le CS insiste sur l'importance de respecter les échéances et d'éviter les retards afin de ne pas amener une démobilisation. Le DS explique que *« l'anticipation est indispensable avec un travail de pédagogie et d'argumentation pour éviter les résistances durables »*

#### Les éléments essentiels à une conduite du changement

Concernant le ressenti de l'équipe d'hématologie, toutes les personnes interrogées s'accordent sur le fait que l'ambiance est tendue avec une insatisfaction de la part de l'équipe du secteur conventionnel. Le CS affirme que *« l'équipe ne comprend pas le projet, elle trouve l'organisation antérieure rationnelle (avec une IDE et une AS pour six patients) et elle ne voit donc aucun bénéfice à changer »*.

L'IDE en poste à l'hôpital de jour dit que *« les résultats à ce jour sont biens pour les patients et les deux équipes. La mutualisation se fait progressivement au départ d'une IDE. La nouvelle IDE est alors formée sur les deux hôpitaux de jour et peut ainsi assurer les remplacements »*.

Le principal frein identifié par tous les acteurs à l'exception de l'IDE de l'hôpital de jour est la non adhésion de la majorité des médecins au projet. Le Directeur du plan explique que « *le projet ne s'appuie pas sur une volonté médicale malgré le fait qu'ils soient d'accord sur l'augmentation du nombre de lits et l'amélioration des conditions d'accueil des patients surtout en hôpital de jour* ». Le DRH ajoute que « *le projet en lien avec les nouveaux effectifs a été imposé aux médecins car les négociations après deux ans, ne pouvaient plus perdurer* ». Enfin, le DS perçoit « *un défaut d'anticipation et de préparation en amont du projet pour rendre acceptable et cohérent, par tous, les différents éléments du redimensionnement c'est-à-dire le nombre de lits, l'organisation et surtout les effectifs* ».

Pour le DRH, le DS et le CS du secteur conventionnel, le seul levier mis en place actuellement est l'octroi de moyens humains non pérennes (une AS et une IDE) afin d'aider à la mise en place d'une autre organisation des activités du secteur conventionnel. Les deux cadres et le CSS de pôle parlent de leviers possibles à la seule condition qu'il existe une volonté médicale de construire ensemble un projet médical et de soins sur des principes et valeurs communes qui prennent en compte le parcours patient sur tous les secteurs de l'hématologie.

## *b) Analyse*

### Le partenariat des acteurs

Dans le cadre théorique, nous avons vu que l'équipe de direction pilote le changement pour l'inscrire dans une dimension stratégique et en faire comprendre le sens aux autres professionnels.

Les membres rencontrés de l'équipe de direction situent bien leur rôle à ce niveau stratégique puisque la présentation du projet aux instances est, pour eux, leur mission principale.

Cependant, les temps d'échanges avec les équipes ont été organisés uniquement à cause de l'apparition de difficultés, comme le désaccord des médecins avec les effectifs proposés ou suite au préavis de grève déposé par le personnel.

L'accompagnement stratégique qui est censé donner du sens au projet et qui permet d'aller dans le même sens n'a pas eu lieu.

L'accompagnement du projet de restructuration du service d'hématologie a été fait dans chaque unité par le cadre et les médecins souvent de manière informelle et sans concertation. Les informations données et les discours n'ont pas été toujours cohérents entre eux.

L'accompagnement managérial au niveau du pôle, par le CSS de pôle ou le Chef de pôle a été inexistant. En effet, les équipes identifient le cadre de l'unité et les médecins comme les seuls interlocuteurs qui donnent des informations et sollicitent leur avis.

A ce stade, nous pouvons dire que le partenariat et la cohésion entre les différents professionnels responsables de l'accompagnement des équipes, quel que soit leur niveau de responsabilité, stratégique, managérial ou opérationnel, n'a pas été retrouvé dans les propos des personnes interrogées. De plus, à un niveau stratégique, la direction n'a pas su donner du sens à ce projet pour les professionnels directement impliqués.

### Les éléments essentiels à une conduite du changement

Tout projet de restructuration, parce qu'il amène un changement important demande à mettre en place au niveau institutionnel une conduite du changement, une stratégie facilitant l'atteinte des objectifs du projet en mobilisant les ressources et identifiant les obstacles.

Les obstacles, dans le cadre du projet de restructuration de l'hématologie sont bien identifiés aussi bien par les membres de l'équipe de direction que par l'encadrement des services. Le fait que de multiples aspects du projet ne soient pas soutenus par une volonté médicale est un frein majeur à la conduite du changement.

Construire un projet englobant tous les secteurs du service d'hématologie sur la base de principes médicaux représente la ressource espérée et souhaitée par le DS et le CSS de pôle. Dans l'attente, des stratégies intermédiaires et transitoires ont été mises en place par l'encadrement et la direction des soins comme mutualiser au fur et à mesure des départs infirmiers ou accorder quelques moyens supplémentaires sur un temps déterminé dans le but de passer une phase difficile et ne pas bloquer le projet.

Ainsi, une réflexion avec l'équipe médicale sur les modes de prises en charge des patients, le profil des patients accueillis en lien avec les ressources allouées serait une base de travail pour poser de nouvelles organisations en adéquation avec le redimensionnement défini dans le projet. Cette réflexion commune et partagée n'étant pas débutée, l'équipe ne peut que rester figée sur ses acquis et ne peut se projeter sur une autre organisation.

B) Sur le CH

a) *Résultats*

### Le partenariat des acteurs

Sur le CH, les deux directeurs rencontrés, le DRH et le DS, se positionnent en soutien ou en appui pour valider certaines orientations ou prodiguer des conseils. Le DRH exprime « *qu'il valide les effectifs, présente le projet aux instances et à un rôle de conseil dans les formations ou qualifications du personnel* »

Le DS affirme que « *l'accompagnement de ce type de projet, issu d'un projet médical de pôle, est mené par l'encadrement du pôle. Je peux rencontrer le personnel à n'importe*

*quel moment du projet si expression de difficultés, car la mise à distance pour le cadre est alors difficile ».*

Dans ce projet, le chef de pôle, à l'initiative du projet de restructuration, a impulsé l'accompagnement de toutes les unités composant le pôle.

Le CSS de pôle précise que *« c'est la volonté du chef de pôle de structurer l'accompagnement et de donner beaucoup d'informations. Le but est d'être le moins anxiogène possible »*

Le chef de pôle accompagné du CSS a présenté le projet à la Commission Médicale d'Etablissement (CME), réunions de cadres, en bureau et conseil de pôle. Le chef de pôle n'a pu être présent avec le CSS de pôle sur toutes les unités du pôle.

Le cadre de l'unité précise qu'un support écrit est à disposition des équipes dans chaque unité. Ce support contient le projet médical avec les principes de fonctionnement du pôle. Chaque unité peut y trouver le profil des patients qui seront accueillis, les effectifs par catégorie professionnelle, ainsi que les horaires et cycles de travail. *« Ce support a amené des questions qui ont été posées lors de la réunion de service ».*

Pour le cadre, il est important *« de prévoir des temps d'échanges le plus en amont possible mais il faudra aussi en organiser après la mise en œuvre ».*

Pour l'IDE interviewée, c'est bien le cadre et le CSS de pôle qui leur donnent les informations et peuvent répondre à leurs interrogations.

Le calendrier des différentes phases du projet et de la mise en œuvre du redimensionnement d'équipe est connu de toutes les personnes interrogées.

#### Les éléments essentiels à une conduite du changement

Concernant le ressenti des équipes, pour le CSS de pôle et le CS *« il y a eu des résistances de la part des équipes, mais depuis la mise à la disposition des supports écrits, puis des réunions d'information, les professionnels paraissent plus sereins »*

Pour le DS, le personnel ayant la possibilité de choisir sa future affectation, cela a levé certaines appréhensions. *« Pourtant, il faut rester vigilant car si l'écart entre la réalité et les représentations est important, il faudra poursuivre l'accompagnement sur un temps plus long, après la mise en œuvre du projet ».*

Enfin, pour l'IDE : *« nous attendons notre future affectation pour nous projeter sur l'organisation future du service. L'affectation est trop tardive, en septembre ».*

Les freins identifiés sont de différentes natures en fonction des personnes interrogées. Pour le DS et le CSS de pôle, le projet a pris du retard car certaines directions n'ont pas apporté leur soutien et contribution à temps. Elles ont été assez passives et peu dynamiques dans les délais de réponses. Le DS explique également que les freins peuvent venir de la capacité d'un cadre à suivre et à accompagner son équipe dans le projet. *« Il faut qu'il pose les bons indicateurs pour suivre le projet »*

Pour le CS, le fait qu'il n'y a pas de création de postes soulève des peurs comme par exemple pour les ASH qui auront des surfaces plus importantes à entretenir dans les nouveaux locaux.

Pour l'IDE, ne pas être sûre d'obtenir l'affectation choisie est un frein important.

Quant aux leviers, tous les professionnels rencontrés sont unanimes sur le fait que l'investissement du chef de pôle et du CSS de pôle est déterminant. L'IDE et le CS affirment que la rédaction du projet médical et de management du pôle mis à disposition dans les unités a dédramatisé l'avenir et a apporté la confiance. Le CSS de pôle insiste sur la nécessité de prévoir un bilan à moyen terme avec le personnel afin d'entretenir cette confiance.

Pour le chef de pôle : *« Il serait souhaitable de trouver des récompenses surtout si des efforts ont été consentis. C'est là que les directions fonctionnelles doivent être participantes »*

#### *b) Analyse*

##### Le partenariat des acteurs

Au niveau stratégique, les directeurs rencontrés se positionnent comme sur le CHU avec comme mission principale la présentation du projet aux instances.

Néanmoins, le rôle de soutien et de conseil apparaît dans le discours des personnes interrogées, comme un domaine de compétences pour chaque direction fonctionnelle. De plus, le DS insiste sur ce rôle d'appui des directions fonctionnelles vis-à-vis des pôles en précisant que toutes les directions fonctionnelles sont souvent impliquées mais que la direction des soins a un rôle pivot à jouer car l'organisation des soins est déterminante dans ce type de projet.

Au niveau managérial, l'encadrement du pôle a structuré l'accompagnement et la conduite du changement. Cette structuration est présente à l'échelle du pôle comme au niveau institutionnel. Un support écrit préalable aux échanges dans le pôle a été élaboré. Ainsi, cet accompagnement est à la fois verbal et écrit. Le cadre de l'unité est le relais de cette information et accompagne les équipes au quotidien. Le niveau polaire est bien identifié par l'IDE comme étant à l'origine du projet et représentant une source d'information.

La cohésion et la complémentarité à l'intérieur du pôle sont reconnues pour ce projet. C'est l'encadrement du pôle qui pilote le changement et accompagne les équipes. Les différentes directions fonctionnelles sont, ici, en appui, pour la mise en œuvre du projet.

##### Les éléments essentiels à une conduite du changement

Pour ce projet, nous pouvons dire que l'encadrement du pôle a mis en place une conduite de changement structurée qui vise à lever les appréhensions et les craintes des équipes.

Tout changement provoque des incertitudes aussi l'encadrement s'est efforcé de communiquer le plus possible sur le projet, de rendre visible autant que possible l'avenir du pôle et de ses unités. Un support comprenant le projet médical et de management du pôle a été rédigé pour chaque équipe. Des réunions d'informations sont organisées par service. Ainsi, cette stratégie d'accompagnement permet un ressenti des équipes qui bascule de méfiance et crainte vers participation et confiance.

Le projet médical et de management du pôle présente les nouvelles unités du pôle qu'elles émanent de création ou de restructuration. Les équipes sont informées, pour chaque unité, de sa localisation et de son redimensionnement, du type ou profils de patients accueillis, des pathologies prévalentes et des soins requis.

Ainsi, la force de ce projet est qu'il se base sur une réflexion en lien avec les différents modes de prise en charge du patient en fonction de l'évolution de sa pathologie et des soins requis. A l'intérieur du pôle, le patient, en fonction de son état de santé peut être accueilli en hôpital de jour, en consultation, en hospitalisation conventionnelle et dans un secteur intensif si nécessaire. Le profil du patient et les soins requis guident le mode d'hospitalisation.

Cette vision de la prise en charge médicale des patients est la vision du chef de pôle qu'il a réussi à faire partager aux autres médecins du pôle. Cela garantit une cohésion dans l'accompagnement du projet et plus de marge de manœuvre dans la mise en œuvre des objectifs opérationnels.

Néanmoins, certains freins existent. Ils sont différents en fonction des personnes interrogées mais sont toujours en lien avec des incertitudes majeures pour la personne. Ainsi, nous voyons bien l'obligation de prendre en compte les aspirations individuelles, les capacités de chacun à comprendre et à s'approprier le projet pour ensuite, aller vers des objectifs collectifs.

Dans ce projet, l'accompagnement des équipes permet de lever les résistances pour aller vers la participation. Néanmoins, cet accompagnement basé sur une communication claire et adaptée aux personnes rencontrées est réalisable du fait d'une forte présence de l'encadrement du pôle et d'un partenariat solide autour du projet en lien avec le parcours des patients athéromateux au sein du pôle.

## C) Synthèse CHU et CH

### Le partenariat des acteurs

Pour les deux projets, nous voyons bien que les modalités d'accompagnement des équipes sont déterminées par la fonction et les missions des professionnels rencontrés. Néanmoins, le niveau de participation, la cohésion des différents acteurs et en particulier l'adhésion de l'équipe médicale au projet, paraissent être des éléments qui conditionnent l'acceptation du changement.

Au regard des éléments apportés par les professionnels rencontrés, nous pouvons prétendre que :

- **Au niveau stratégique**, le DS en tant que membre de l'équipe de direction, a un rôle central notamment par son expertise dans l'organisation des soins et par son soutien dans l'accompagnement du projet. Il se doit de montrer le futur tout en développant la confiance dans ce futur. Il apporte son aide à l'encadrement pour conduire le projet en termes de méthodologie et de management d'équipe. L'équipe de direction doit piloter le changement afin de l'inclure dans une dimension stratégique et d'en donner le sens.

- **Au niveau managérial**, le chef de pôle, a pour mission de créer les liens dans son pôle. Il est, avec ses collaborateurs, le guide et le pilote des changements. D'après une enquête<sup>15</sup> faite par questionnaire auprès des chefs de pôle, conduire le changement dans le pôle, suivre et évaluer des projets sont des missions essentielles de cette fonction.

Quant au cadre d'unité, il se situe souvent au confluent de logiques différentes mais a pour mission de faire en sorte que ça marche. La diversité des situations rencontrées appellent un management qui doit s'appuyer sur des valeurs partagées dans l'unité mais aussi dans le pôle et reconnues par l'institution.

- **Au niveau opérationnel**, la participation des équipes, sous toutes les formes possibles, est recherchée car elle permet de lutter contre les résistances et l'inertie et d'aller vers l'intégration du changement. L'accompagnement individuel le plus en amont possible permet de travailler sur les représentations de chacun avec comme finalité de recréer une identité collective. Les aspirations individuelles entendues créent des identités collectives positives qui développent la solidarité.

Ainsi, le partenariat des acteurs à leurs différents niveaux de responsabilités sur l'établissement est nécessaire pour accompagner les équipes vers l'acceptation et la participation à un projet de restructuration.

#### Les éléments essentiels à une conduite du changement

Nous avons vu qu'un projet de restructuration ayant un impact sur le redimensionnement des équipes est obligatoirement un changement majeur pour les équipes concernées. Dans les deux projets, les résistances du fait d'incertitudes ou d'incompréhensions de la part des équipes sont retrouvées.

Sur le CH, ces craintes ont pu être dissipées par une communication active en termes d'échanges et qui s'appuie sur un projet formalisé concernant les différents modes de prises en charge du patient au sein du pôle, avec, en parallèle les ressources allouées aux différentes unités. L'accompagnement est préparé et structuré, la communication est transparente et appelle à la participation.

---

<sup>15</sup> Cours de LAUDE L., Docteur en sciences de gestion, Professeur, IDM – EHESP, juin 2012

Sur le CHU, un redimensionnement des unités du service d'hématologie a été décidé par la direction, au regard de l'analyse de l'évolution de l'activité puis proposé aux équipes concernées. Cependant, ce redimensionnement ne s'appuie pas sur un travail préalable avec les différents acteurs autour des modes de prise en charge des patients dans les unités qui composent le service d'hématologie. Il n'existe pas de lien visible entre les ressources définies et le profil des patients accueillis. Aucune réflexion partagée ne permet de comprendre et d'intégrer les changements qui sont alors vécus comme imposés.

Aussi, comme cité dans le cadre théorique tout changement doit être accompagné ne serait-ce que pour trouver le plus tôt possible les possibilités de projet partagé à partir d'expériences, de cultures et de vécu différents. Ce projet partagé doit servir de levier pour fédérer et donner du sens à son travail quotidien. Ce projet partagé dans le cadre de restructuration est le plus souvent en lien avec les modes de prise en charge du patient au sein des unités.

De ce fait, nous pouvons dire qu'une réflexion partagée sur l'évolution des modes de prise en charge des patients favorise et facilite la cohésion des acteurs au bénéfice de la conduite du changement.

### **2.3.4 Thème 3 : la prise en charge du patient**

#### A) Sur le CHU

Nous nous sommes attachée à comprendre de quelle manière le patient reste au centre des préoccupations dans le cadre d'un projet de restructuration avec redimensionnement d'équipe.

##### a) *Résultats*

Concernant l'existence d'un projet de prise en charge dans son contenu et sa forme, le directeur du plan n'en a pas connaissance. Le DS dit que la réflexion a débuté car des fiches de poste et de tâches ont été élaborées sur les hôpitaux de jour et le secteur conventionnel. Le DS explique qu'il faut poursuivre en travaillant « *sur le parcours patient avec tous les secteurs d'hématologie. Le profil patient et les soins requis doivent être déclinés par unité pour mettre en adéquation les ressources allouées avec la charge de travail et la file active de patient* ».

Le CS du secteur conventionnel explique que « *l'organisation des soins a été revue notamment la répartition entre les équipes de jour et de nuit. Mais qu'il n'y a pas de réflexion globale sur l'accueil des patients en fonction des soins requis et par rapport aux ressources de chaque secteur. Il n'y a pas que le nombre de patients qui compte, c'est surtout la nature des soins requis* ».

Enfin, le CSS de pôle affirme « *qu'un projet global de prise en charge des patient en hématologie est souhaitable mais non réalisé du fait de la mécontente des médecins sur les différentes unités* ».

Le DRH explique « *que pour les cadres, il s'agit d'un changement de culture majeur de travailler sur l'ensemble d'un parcours patient au sein de plusieurs unités et que c'est encore très difficile* ».

#### *b) Analyse*

Comme vu dans le cadre théorique, nous pouvons prétendre que l'organisation actuelle de l'hôpital se définit à la fois par la présence d'éléments représentant l'organisation formalisée comme les fiches de poste, les protocoles, les projets et par la possibilité de jeux d'acteurs afin de maintenir une liberté relative.

Sur le CHU, à travers le projet de restructuration s'affrontent deux logiques, celle des médecins qui revendiquent un besoin d'autonomie et celle de la direction qui est notamment contrainte par les directives des tutelles. Ainsi, le projet prenant en compte les nouveaux éléments apportés par la restructuration et surtout permettant de mettre en place une organisation formalisée ne peut être écrit puisqu'il n'est pas partagé par l'ensemble des acteurs concernés par cette restructuration.

Pourtant, ce projet représente une opportunité indéniable d'innovation car il prend en considération le parcours du patient sur plusieurs unités d'une même spécialité médicale. Mais innover, c'est changer ses représentations pour pouvoir changer de regard et l'adapter aux nouveaux besoins et contextes. Un travail sur les valeurs et la culture professionnelle paraît nécessaire pour s'approprier la nouveauté et accepter l'innovation.

#### *B) Sur le CH*

##### *a) Résultats*

Le DRH ne sait pas si un projet de prise en charge des patients par unité de soins a été rédigé. Par contre, il a été destinataire du projet médical et de management notamment pour la présentation de ce projet de restructuration aux instances.

Pour le DS et le CSS de pôle, le projet de prise en charge du patient ne peut être écrit que par le cadre de l'unité et son équipe. La réflexion sera donc formalisée avec les équipes lorsque celles-ci seront constituées, soit en octobre 2012. Le CS de cardiologie explique que la réflexion sur le parcours des patients a débuté notamment par l'élaboration de chemin clinique pour certaines pathologies prévalentes. Mais en plus, il nous faudra décliner les organisations et les tâches par qualification. Le CSS de pôle attend par unité « *un projet d'unité qui comprend les organisations, les fiches de tâches et les indicateurs de suivi permettant de faire le bilan d'activités* ».

Pour l'ide de cardiologie, « *il faut que nous ayons à disposition un classeur avec les protocoles de soins et que nous ayons élaboré les fiches de tâches pour toutes les catégories de personnel* ».

Enfin pour le DS, la conception des soins est décrite à partir des principes médicaux, la connaissance des profils de patient est nécessaire pour mettre en parallèle les besoins en formation et les compétences paramédicales. « *Il faut aussi travailler avec les équipes les valeurs et la culture soignante pour donner du sens à un changement d'organisation ou à des requalifications de personnel par exemple* ».

#### b) Analyse

Sur le CH, un projet médical et de management est la base de la restructuration du pôle d'activité de soins. La prise en charge du patient par unité sera formalisée par un projet d'unité comme le nomme le CSS de pôle et le DS. Ce projet d'unité s'appuie sur les principes médicaux déjà formalisés et communiqués aux équipes. Le CSS de pôle annonce les éléments constitutifs de ce projet qui posent l'organisation formelle de chaque unité. Par une communication débutée très tôt, la participation des équipes est recherchée. Cette participation, d'après l'encadrement du pôle et des unités, est obligatoire dans la rédaction du projet d'unité. Elle permet effectivement de lever les résistances par une implication au cœur des changements.

Ce projet de restructuration est innovant par la prise en compte de l'évolution des modes de prises en charge et des activités de soins, comme l'organisation d'un hôpital de jour qui réunit plusieurs spécialités médicales. Sur ces nouvelles activités, un travail d'équipe sur les valeurs professionnelles qui guident les actions permet de donner du sens et ainsi apporte de l'intérêt au projet.

#### C) Synthèse CHU et CH

Sur le CHU, le projet de restructuration du service d'hématologie a pour finalité l'accueil et la prise en charge de tous les patients relevant de cette spécialité médicale dans une des unités la plus appropriée pour le suivi du patient au moment de son hospitalisation. Ainsi, un même patient pourrait être accueilli en fonction de son état de santé et des soins dont il relève en hôpital de jour, en consultation, en hospitalisation conventionnelle ou dans un secteur « protégé » ou intensif si nécessaire. Son médecin « référent » se déplacera auprès du patient, selon son lieu d'hospitalisation mais toujours au sein du service d'hématologie. Ce projet est novateur dans le sens où les liens entre les unités doivent être définis et l'organisation doit faciliter les passerelles entre les unités. Pour mettre en place cette organisation innovante, une réflexion sur le parcours des patients dans le service d'hématologie est un point incontournable. Néanmoins, à ce jour, la construction d'un projet commun et partagé, bien que souhaité et jugé indispensable par l'encadrement et la direction des soins ne peut pas être concrétisée du fait du manque

d'implication des équipes médicales. Cette non-participation s'explique par le fait que le redimensionnement des unités ne résulte pas d'une réflexion préalablement négociée. Aussi, la réflexion sur la prise en charge du patient a été amorcée par unité mais ne peut aboutir pleinement au regard des objectifs posés par le projet de restructuration. Un travail sur les valeurs communes à toutes les unités du service d'hématologie aiderait sûrement à poser une conception du soin et à trouver des principes de fonctionnement commun.

Sur le CH, le projet de restructuration du pôle a pour finalité d'améliorer la prise en charge des patients athéromateux. A l'intérieur du pôle, les missions et le redimensionnement de chaque unité ont été révisés afin de répondre à cet objectif, au service des patients. L'innovation tient de la possibilité d'autres modes de prises en charge que l'hospitalisation traditionnelle. Les principes médicaux et de management formalisés ont permis de donner du sens au redimensionnement proposé. Les équipes connaissent ces principes et leur participation est attendue dans la rédaction du projet d'unité. La communication autour du projet médical de restructuration du pôle a permis de développer la confiance qui reste pourtant suspendue aux affectations dans les unités. Le projet d'unité doit poser les organisations de soins par unité, les indicateurs de suivi et décliner la prise en charge du patient sur la base des principes médicaux.

Nous voyons donc que quel que soit le nom donné, le projet de prise en charge du patient donne le cadre aux nouvelles organisations, permet l'appropriation du changement notamment par la participation des équipes à sa rédaction mais aussi s'appuie sur des nouvelles valeurs collectives. L'écart qui pourrait apparaître entre la réalité du quotidien et les représentations de chacun sera à mesurer et à prendre en compte dans le suivi du projet. Le projet formalisé représente alors un levier majeur de management car c'est un outil qui permet de savoir où l'on est et où l'on va. Il va permettre au DS d'argumenter auprès des équipes et de s'y référer dans les moments de doutes et d'incertitudes.

### **2.3.5 Validation complète et partielle des hypothèses de départ**

Pour conclure cette deuxième partie, nous pensons pouvoir valider l'hypothèse 2 et l'hypothèse 3. En effet, le redimensionnement des unités, dans le cadre d'un projet de restructuration est toujours un changement majeur pour les équipes. Ce changement devra être obligatoirement accompagné afin que les équipes lui donnent du sens. Nous avons vu à travers les deux projets suivis, que la cohésion entre les acteurs et une démarche rigoureuse de projet sont deux piliers essentiels à la conduite du changement. Enfin, un projet de restructuration prenant appui sur un projet médical pour une amélioration des prises en charge du patient facilite l'acceptation du changement pour les équipes.

Quant à l'hypothèse 1, nous pouvons dire qu'elle est validée partiellement. En effet, nous n'avons retrouvé dans aucun des deux projets suivis d'indicateurs qualité des soins pouvant aider à la définition du redimensionnement. A contrario, les indicateurs économiques et financiers ainsi que la prise en compte des innovations médicales en terme de réponse aux besoins en santé sont toujours mis en exergue. Ainsi, si nous admettons que la performance hospitalière se définit par la qualité des soins, le respect de l'efficacité économique et la réponse aux besoins en santé en fonction de l'évolution des technologies médicales, nous pouvons dire qu'il manque des indicateurs traduisant la qualité des soins dans la définition du redimensionnement des équipes.

Ainsi, il nous semble que le rôle du DS dans le cadre de l'accompagnement des équipes lors d'un projet de restructuration avec redimensionnement des unités peut se décliner en trois axes.

- Structurer la conduite du changement par une démarche rigoureuse de gestion de projet.

- Impulser des exigences de performance hospitalière en veillant au choix d'indicateurs, notamment traduisant la qualité des soins.

- Favoriser l'innovation et la créativité, en s'appuyant sur des valeurs partagées d'équipes et sur la description du parcours patient au sein d'un pôle ou de plusieurs unités.

De plus, le défi pour le DS est de construire son positionnement afin de l'adapter aux évolutions structurelles, organisationnelles et sociales des établissements de santé et pouvoir ainsi répondre aux enjeux des projets de restructuration avec redimensionnement d'équipe.

Dans la dernière partie de ce travail, nous allons présenter certaines propositions d'actions. Elles sont issues des résultats des enquêtes de terrain, des attentes des professionnels rencontrés et de la confrontation avec les données de la recherche théorique.

### **3 Accompagner, impulser et coordonner : les stratégies du DS**

Les enseignements de cette étude nous amènent à élaborer des préconisations qui représentent notre conception des responsabilités et missions de notre future fonction de directeur des soins en gestion. Néanmoins, la prudence reste de mise du fait des limites de cette enquête, notamment du nombre réduit d'entretiens.

Dans une première partie, nos propositions porteront sur le rôle stratégique du DS dans la gestion de projet.

Le DS, membre de droit du directoire, en tant que Président de la CSIRMT, est confirmé au sein du processus décisionnel. Cette position lui confère des prérogatives et des responsabilités qui vont l'engager clairement dans la contribution et le soutien à la stratégie de l'établissement. Il est garant des projets institutionnels et participe au processus décisionnel des projets notamment ceux de restructuration. Le DS a donc un rôle central dans la gestion stratégique des projets de restructuration.

Dans une deuxième partie, nos propositions décriront le rôle du DS dans les enjeux actuels de performance hospitalière. Ces exigences sans cesse renouvelées demandent des capacités d'adaptation constante et appellent à l'innovation. Le DS, du fait de sa connaissance des organisations des activités de soins, des prises en charge du patient est en mesure de montrer l'avenir et de le faire comprendre aux équipes.

Enfin, nous montrerons l'importance pour le DS d'adopter un positionnement cohérent avec les évolutions des établissements de santé et les nouvelles missions des acteurs de la santé.

#### **3.1 La gestion de projet comme démarche formalisée du changement**

La gestion est la compétence ou la pratique qui consiste à planifier, organiser et mobiliser les individus et les ressources pour un objectif donné. La gestion de projet est un outil qui permet d'œuvrer en faveur de changements. Gérer un projet signifie le conduire de l'idée initiale jusqu'à sa réalisation, en s'adaptant à la réalité et en gérant les ressources et les individus tout au long des différentes phases. Cette démarche délicate exige de la concentration et une bonne dose d'endurance sur toute la durée de vie du projet.

Le DS, comme tous les managers de l'équipe de direction, se doit de suivre les projets institutionnels notamment ceux ayant un lien fort avec les organisations de soins et les prises en charge de patients. La première phase d'accompagnement du projet est, pour le DS, la traduction aux équipes de la vision stratégique et institutionnelle du projet. Puis le DS est garant de l'application d'une méthodologie qui optimise la conduite du changement. Enfin, le DS a un rôle d'appui et de soutien des équipes, dans la mise en œuvre du projet.

### **3.1.1 La vision stratégique du DS : un ancrage institutionnel du projet**

La stratégie est l'art de coordonner les actions pour atteindre un but. Clarifier, rendre lisible et concret le plus en amont possible les enjeux du projet et les buts à atteindre permet de susciter l'intérêt des professionnels pour travailler ensuite les phases plus opérationnelles du projet.

Les deux projets de restructuration avec redimensionnement des équipes explorés lors de notre enquête ont pour origine la nécessité de répondre aux attentes des usagers, d'adapter les prises en charge aux évolutions techniques et sociétales mais en respectant des indicateurs médico-économiques. Nous avons démontré lors de nos entretiens que tous les éléments de cadrage du projet ne sont pas forcément identifiés par les professionnels, surtout par les IDE. Quant aux médecins, même si les fondements du projet sont connus, ils ne sont pas toujours acceptés comme pour le projet du CHU.

Ainsi, il paraît nécessaire en préalable à ce type de projet aux enjeux importants pour l'établissement, que le DS s'appuyant sur le projet de soins et le projet d'établissement puisse préciser les orientations stratégiques du projet de restructuration. Le DS doit relier le projet de restructuration à des objectifs d'un projet plus global et institutionnel afin de créer de la cohérence et de donner du sens aux actions de mises en œuvre du projet de restructuration. Cette étape importante mérite d'y consacrer le temps nécessaire afin de mettre en place une dynamique de concertation et d'accompagnement le plus tôt possible.

Ces orientations peuvent être clarifiées en se servant de la méthode des 5 « W ».

Why? What? Who? When? Where?

Pourquoi ? Pour faire quoi? Qui? Quand? Où?

Ce sont les cinq questions classiques qui aident à clarifier le pourquoi et le comment d'un projet. Ces questionnements de base, à poser le plus tôt possible dans la construction du projet, permettent de transformer la stratégie en opérations concrètes, déclinées et reliées entre elles pour atteindre les finalités du projet. Les réponses à ces questions doivent apporter une compréhension plus pratique du projet et une cohérence qui participent à la motivation et la mobilisation des professionnels.

### **3.1.2 L'accompagnement méthodologique du projet : un cadre aux jeux d'acteurs**

Nous avons vu que dans les deux projets, le DS se positionne comme un soutien pour l'encadrement du pôle et de proximité. Ainsi, même si le projet est porté par le pôle, le DS reste garant de la méthodologie de projet, c'est pourquoi, dans le cadre d'un projet de restructuration avec redimensionnement d'équipe, le DS est membre du comité de pilotage qui est une instance de validation et qui garantit la réalisation du projet.

Un projet se compose de plusieurs phases et peut être décomposé en trois grandes étapes principales :

La définition ou la genèse du projet,

La mise en œuvre

L'évaluation.

#### A) La phase de genèse

Cette phase englobe l'ensemble du travail initial de préparation et de planification. C'est en fait tout le travail « invisible » mené avant même le démarrage du projet. Le travail, dans cette première partie, consiste à identifier l'équipe projet, puis à écrire une ébauche du projet avec un calendrier, les premiers objectifs et activités à réaliser et enfin identifier les partenaires et acteurs à associer.

Dans le projet de restructuration du CH, le chef projet est le chef de pôle. L'équipe projet est l'encadrement du pôle qui a écrit puis présenté aux équipes du pôle et aux instances de l'établissement, la genèse de leur projet.

Le DS a validé la méthodologie de projet comme partenaire associé, mais ne fait pas partie du groupe projet.

Pour le projet du CHU, le DS est membre de l'équipe projet, comme chef de projet associé au directeur délégué au pôle car la conception du projet de restructuration est institutionnelle et non polaire.

Ainsi, nous voyons un positionnement différent du DS en fonction de l'origine du projet. Si le projet de restructuration est un projet de pôle, le DS est dans un positionnement d'expertise et de soutien, ne faisant pas partie du groupe projet. Dans le cas où le projet de restructuration est une demande institutionnelle, le DS est alors chef de projet ou à minima membre du groupe projet. Son rôle dans l'élaboration du projet et surtout dans la communication aux équipes et aux autres acteurs sera plus prégnant. L'identification des membres du groupe projet et du comité de pilotage est essentielle à la lisibilité, l'avancement et la coordination des différentes phases du projet. Faire connaître et rendre légitime le groupe projet ajoute de la force et de l'assurance à la conduite de projet.

Dans cette phase de définition du projet de restructuration, les éléments qui vont permettre de définir le nouveau dimensionnement ainsi que les conséquences financières, organisationnelles et en matière de ressources humaines doivent être étudiés. Nous sommes bien ici au cœur des missions du DS qui doit obligatoirement valider le redimensionnement. Il nous paraît important de dire qu'à ce stade, le DS travaille en partenariat avec les autres directions fonctionnelles, Direction des ressources humaines et financières, à minima.

## B) La phase de mise en œuvre

La phase de mise en œuvre est le temps nécessaire pour la réalisation concrète des objectifs fixés. La déclinaison de la stratégie de communication, la manière d'impliquer les individus et les processus d'évaluation et de régulation sont mis en œuvre et adaptés. Par thème de travail, des groupes sont constitués qui font appel à la motivation et implication d'acteurs et notamment du personnel des services concernés. Le DS, en tant que membre du comité de pilotage, valide les grandes étapes de la mise en œuvre du projet.

## C) La phase de suivi et d'évaluation

L'évaluation fait partie du projet et les modalités doivent être prévues dans la phase de mise en œuvre voire même dès la définition du projet. Pourtant, ce n'est pas toujours le cas comme montré dans l'analyse des résultats de notre enquête.

Le DS, garant de la gestion du projet, sera attentif à la définition des modalités d'évaluation. Cette évaluation peut-être à la fin du projet mais peut-être programmée à des moments intermédiaires afin de donner la place à des réajustements éventuels.

Le suivi du projet est assuré par le groupe projet. Cependant, le DS, dans un projet de restructuration avec redimensionnement d'équipes, doit être partie prenante dans ce suivi en veillant à l'utilisation d'outils adaptés. Un diagramme de Gantt permet de visualiser les différentes actions, les acteurs et le déroulement dans le temps. Il permet de contrôler les réalisations, de vérifier le calendrier et de planifier et intégrer des actions correctives si besoin. De plus, un diagramme de Gantt facilite la validation du suivi par le comité de pilotage.

Afin d'assurer le suivi du projet, chaque grand axe, tel que, pour le projet du CH, la création de l'hôpital de jour de 4 spécialités ou la délocalisation du service de cardiologie est décliné dans une fiche projet. La rédaction de fiches projet est un outil de gestion pour contrôler l'avancée du projet. En effet, chaque fiche élaborée pour un grand axe du projet, rappelle le contexte, précise les actions et le calendrier, identifie les acteurs et définit des indicateurs de suivi.

Ainsi, l'accompagnement rigoureux, basé sur le respect d'une méthode apporte un cadre formel. Mais le DS doit y ajouter une autre approche plus sociologique qui est la connaissance et l'analyse des jeux d'acteurs. Comme le disent M. CROZIER et E. FRIEDBERG, les acteurs (groupes ou personnes) ont des objectifs conscients ou non. De ce fait, ils élaborent des stratégies pour les atteindre.

Ces deux démarches formelles et informelles, utilisées conjointement, placent le management du DS dans une dimension stratégique et favorise l'engagement des professionnels.

### **3.1.3 La communication pour donner de la valeur au projet**

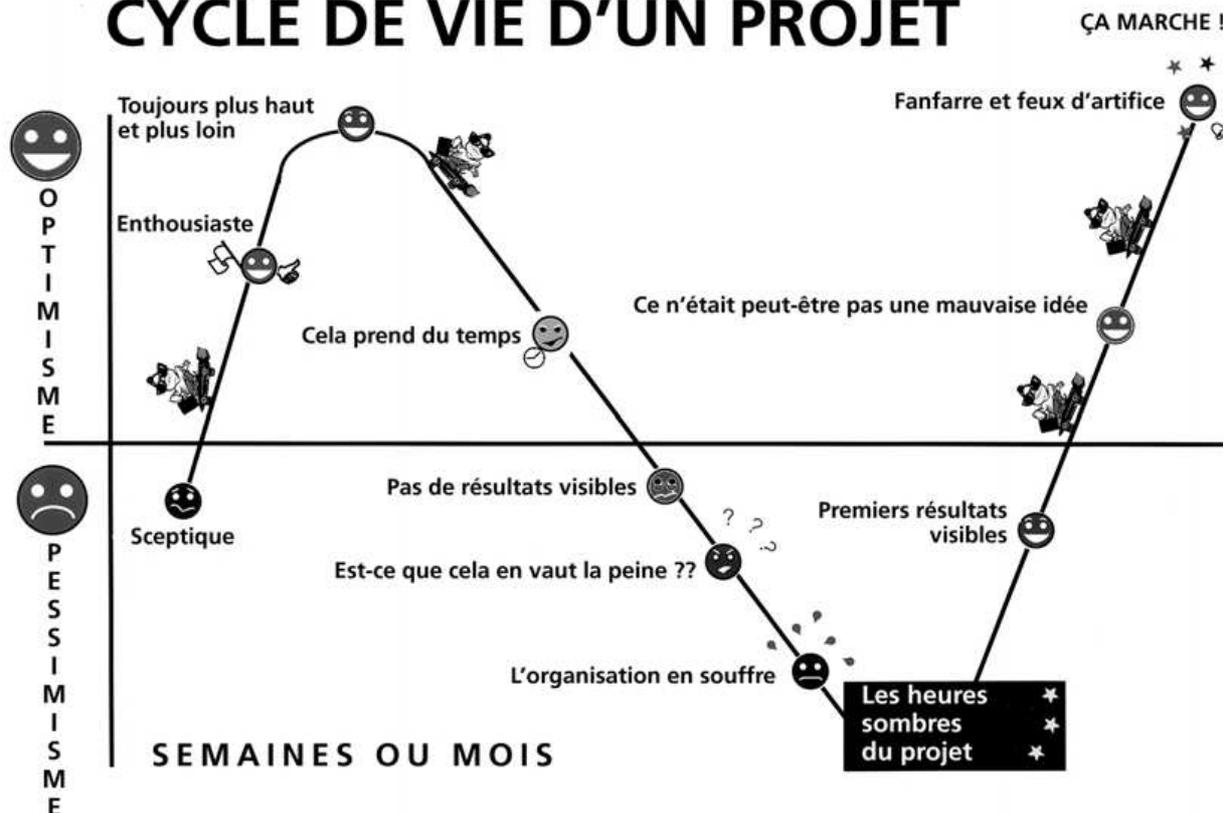
Nous retrouvons à travers tous les entretiens, l'importance de la communication. Une communication nécessaire du fait qu'un projet de restructuration est un changement majeur pour les équipes. Il faut donc expliquer le changement, dédramatiser et faire naître des idées. Un processus de changement demande des efforts constants de dialogue, de communication tout le temps du projet et même après et à tous les niveaux de l'établissement. La communication sur un projet ne se résume pas à transmettre des informations par voie orale ou écrite, elle a pour objectif de faire vivre le projet, le faire comprendre et le valoriser.

Dans les deux projets de restructuration, nous pouvons proposer que le DS organise en lien avec l'encadrement du pôle une première réunion à destination des équipes afin de faire connaître très tôt le cadre du projet c'est-à-dire les enjeux et les buts à atteindre. Il nous paraît important que le DS avec le chef de pôle puissent animer cette première réunion de « lancement » du projet. Cette animation conjointe est un symbole fort pour les équipes qui montre à la fois l'importance du projet au niveau du pôle et de l'institution et est symbole de coordination et de cohérence. La transparence concernant les informations est nécessaire pour éviter plus tard des déceptions et des résistances durables dans le temps. Néanmoins, les informations données doivent être raisonnables et les difficultés pressenties sont annoncées.

Il s'agit aussi pour le DS de faire un premier état des lieux des différentes logiques d'acteurs et des facteurs facilitants comme opposants.

Pour conduire le changement, le DS explique le plus tôt possible la genèse du projet, sa conception. Les acteurs doivent connaître le contexte et les enjeux. Les craintes, réticences et oppositions sont exprimées tout le long du processus. Les échanges se passent également dans les groupes de travail afin de donner sa place à l'expression et l'argumentation. La mobilisation des professionnels passe aussi par de nombreuses possibilités de communication avec les responsables du projet et donc le DS. Parce que le déroulement d'un projet est souvent soumis à des moments de doute, parce que les résultats reçoivent une satisfaction mitigée, parce que la réalité est parfois éloignée de ce qui est espéré, la communication, tout le long du projet doit être forte et portée par la direction.

# CYCLE DE VIE D'UN PROJET



Els van Mourik et Danny Hearty *Knowing me knowing you: an intercultural training resource pack*, Léargas, 1999

## 3.2 La place du DS dans la recherche de la performance hospitalière

La performance hospitalière est devenue une exigence pour les établissements de santé qui doivent répondre de l'utilisation au mieux de leurs ressources, de l'optimisation de leur gestion afin de limiter les dépenses tout en garantissant aux patients sécurité et qualité des soins et en optimisant les conditions de travail des professionnels..

Cet enjeu impose de faire des choix guidés par des outils de pilotage associés à une réflexion éthique et des valeurs fortes.

Créée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, dite Loi HPST, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux, a pour mission de moderniser et de diffuser des outils de pilotage de la performance des établissements.

Le DS a un rôle important de conseiller et d'expert dans les choix organisationnels et de stratégies institutionnelles pour répondre aux enjeux de performance hospitalière. L'ANAP met à disposition des acteurs de santé un outil, Hospi-Diag, qui permet d'explorer la performance en cinq composantes : l'organisation, les ressources humaines et financières, l'activité et la qualité des soins.

### **3.2.1 La qualité des soins mais à partir de quels indicateurs**

« La recherche de la qualité est le meilleur levier de performance collective des professionnels. Elle permet l'émergence d'une culture commune dans un milieu qui a vu croître cloisonnements et corporatisme... »<sup>16</sup>

La Haute Autorité en Santé (HAS) coordonne depuis 2006 le recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Ce recueil est obligatoire pour les établissements de santé, à partir de l'analyse annuelle de dossiers de patients tirés au sort. Il existe deux types d'indicateurs qualité. Les premiers sont transversaux, comme la tenue du dossier patient ou l'évaluation de la douleur. Le deuxième type est dit « de spécialité » et renseigne sur les pratiques professionnelles dans certaines pathologies.

Pour ce type d'indicateurs nationaux, demandés par les pouvoirs publics, le DS veille à l'application de la démarche qui est obligatoire et il la facilite. En effet, le recueil et l'analyse des indicateurs représentent une charge de travail importante et supplémentaire pour les professionnels participant à l'enquête. Le DS a donc un rôle essentiel à jouer afin de faire accepter la démarche, d'en faire comprendre le sens et l'intérêt et d'instaurer une culture nouvelle de mesure de la qualité, notamment en se comparant à d'autres établissements afin de mettre en œuvre une politique continue d'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

La qualité des soins représente un des objectifs du DS, il est donc partie prenante avec d'autres acteurs institutionnels, comme le Président de la CME, depuis la Loi HPST.

Le DS a aussi comme rôle d'amener les professionnels à poser et à utiliser leurs propres indicateurs qualité afin de construire un système d'évaluation favorisant la mise en application d'actions d'améliorations adaptées. En effet, dans le cadre d'un projet de restructuration, les indicateurs qualité peuvent être multiples et variés en fonction des objectifs fixés. Le DS peut apporter son éclairage sur le type d'indicateurs à privilégier. Il ne s'agit pas de multiplier les indicateurs mais d'en utiliser un ou deux qui paraissent le plus pertinents par rapport à l'objectif recherché. Par exemple, si l'objectif est la prise en charge de la douleur du patient dans un pôle, les indicateurs permettant l'évaluation de la qualité pourront être un indicateur national, la traçabilité de la douleur sur le dossier patient mais aussi un indicateur choisi par le pôle ou l'unité comme l'utilisation du même outil d'évaluation de la douleur sur le pôle.

### **3.2.2 La mesure objective de la satisfaction du personnel**

La satisfaction du personnel à son poste et plus globalement dans l'établissement est un élément de la performance hospitalière. L'outil de mesure de la performance « Hospi-Diag » dans sa branche Ressources Humaines permet des indications sur la satisfaction

---

<sup>16</sup> DEBROSSE D., 2006, « l'émergence d'une culture collective », revue hospitalière de France, n°13, p1

du personnel en recherchant notamment le taux d'absentéisme, le turn-over global des équipes et l'activité rapporté à la constitution de l'équipe.

Dans le projet du CH, le CSS de pôle indique qu'une évaluation de la satisfaction des équipes sera recherchée. L'équipe de ce pôle vit des changements importants, il devient donc légitime de se préoccuper de leurs conditions de travail après cette restructuration. Néanmoins, cette évaluation doit être mesurable, fiable et la plus objective possible. Le ressenti ne peut suffire à mesurer la satisfaction du personnel.

Le DS qui porte les choix organisationnels de l'institution, veille aux conditions de travail du personnel sous sa responsabilité. Aussi, il facilite et encourage l'évaluation de la satisfaction du personnel. Il guide donc l'encadrement dans la méthodologie d'évaluation afin de s'appuyer sur des mesures fiables, solides et reproductibles. Par exemple, le taux et les causes d'absentéisme peuvent être recherchés comme le suggérait le directeur du plan sur le CHU.

### **3.2.3 La recherche d'organisation innovante des soins**

L'organisation est une des cinq branches de la performance hospitalière. Dans les projets de restructuration, les enjeux ne sont pas uniquement architecturaux, ils sont surtout devenus organisationnels. Le DS est l'acteur incontournable pour proposer de nouvelles organisations. La recherche et l'application de nouvelles organisations font appel à la créativité de la direction des soins et sont souvent le reflet d'innovations technologiques qui permettent une amélioration des conditions de travail, un confort optimal pour le patient et parfois aussi un gain de productivité. Des organisations de soins innovantes peuvent être proposées aux équipes, comme la préparation des soins dans les chambres plus tôt qu'en salle de soins. L'informatisation du dossier patient est à prévoir car ce système participe à la sécurité des soins notamment en mettant l'accent sur la traçabilité des actions.

L'innovation dans le cadre des deux projets de restructuration est bien présente. Elle se traduit par le projet de mise en place d'organisation décloisonnée, au profit d'une prise en charge globale de patient.

Par exemple, il s'agit de créer pour le CH, une unité d'hospitalisation de jour réunissant quatre spécialités médicales. Cette organisation répond au développement de l'activité ambulatoire mais demande un travail préparatoire sur le profil des patients, le type de soins prévalent, l'organisation de l'activité en lien avec les médecins et les compétences soignantes nécessaires. L'implication du DS pour répondre à ce mode de prise en charge en étant garant de la qualité et de la sécurité des soins est obligatoire. Le mode de management du DS va influencer sur les possibilités pour les équipes d'être créatives et innovantes. L'innovation pour émerger demande à la fois une curiosité et une plasticité mentale ainsi qu'une souplesse de management. Le DS adopte un mode de management

qui maintient le cap sur l'objectif mais autorise une part d'autonomie sur les modalités d'atteinte de l'objectif. Le DS crée et alimente un réseau qui lui permet de s'informer et de s'inspirer des expériences des autres établissements et des autres professionnels. Il reste en veille et ouvert sur l'extérieur de l'établissement. Il incite l'encadrement à adopter une attitude de vigilance positive vis-à-vis du contexte évolutif, de l'environnement sanitaire afin de mobiliser des ressources nouvelles.

Cependant, des organisations innovantes avec un redimensionnement d'équipe efficient sont au service du projet de prise en charge du patient.

### **3.2.4 Du projet de prise en charge au parcours de soins du patient**

Comme le dit Jules Renard : « Le projet est le brouillon de l'avenir »

Le terme projet est un terme du vocabulaire courant, nous parlons tous de projets dans la vie de tous les jours C'est un ensemble d'actions que nous souhaitons entreprendre, pour atteindre un but (projet de vacances, de carrière..). Il existe de nombreuses définitions du terme « projet » assez proches les unes des autres. Nous retiendrons celle de l'Association Francophone de Management de Projet :

“Le projet est un ensemble d'actions à réaliser avec des ressources données, pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début, mais aussi une fin ”<sup>17</sup>.

Cette définition a le mérite de bien faire apparaître l'aspect fondamental du projet qui se situe dans l'analyse critique qui précise ce qu'il faudra faire, avant de commencer la mise en œuvre.

Un projet se caractérise par :

- Un ensemble d'actions coordonnées faisant appel à diverses compétences et ressources pour atteindre un but

- La satisfaction de besoins spécifiques et identifiés

- Un ou des objectifs mesurables et autonomes en ce sens qu'il y a un début et une fin

- Généralement, une innovation, même partielle qu'elle soit technique ou organisationnelle

- De plus, un projet présente le plus souvent une certaine complexité, et fait intervenir des disciplines multiples, dont il faut coordonner les actions

Dans le cadre de restructuration avec redimensionnement d'équipe, le projet de prise en charge du patient est un outil qui recentre les professionnels concernés sur le patient et donc leur cœur de métier. Il s'agit d'élaborer un projet dont le patient est placé au cœur des organisations collectives.

---

<sup>17</sup> L'organisation et le management « par projet » [visité le 13. 09.2012], disponible sur internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/298337.PDF>

#### A) Le patient au cœur du projet

Le projet de prise en charge du patient a été défini pour la première fois par l'ordonnance du 02 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Ce projet qui fait partie intégrante du projet d'établissement implique un travail de coopération entre les équipes médicales et paramédicales.

Le projet de prise en charge du patient peut également être rédigé au niveau d'une unité de soins, de plusieurs unités ou d'un pôle. Il s'agit de négocier avec les équipes médicales, les grandes orientations médicales qui serviront de support à l'élaboration d'objectifs communs pour décliner la prise en charge des patients. L'encadrement et les DS rencontrés durant notre enquête précisent que la connaissance du profil des patients, les soins requis et l'évolution de l'activité sont des éléments déterminants pour formaliser la prise en charge du patient.

De plus, les différentes composantes du dimensionnement qualitatif et quantitatif d'une équipe, c'est-à-dire la qualification, les compétences des personnels et le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) par catégorie professionnelle, sont essentielles dans la déclinaison de la prise en charge du patient.

Ainsi, l'organisation de la prise en charge du patient est décrite dans un projet à partir des principes médicaux corrélés au dimensionnement d'équipe défini à partir du profil patient et des soins requis. L'organisation des soins et le dimensionnement d'équipe sont sous la responsabilité du DS qui, au final, valide les propositions faites par l'encadrement de pôle et des unités.

L'organisation centrée sur le patient est formalisée par des fiches de poste et de tâches, des protocoles de soins et également des chemins cliniques élaborés à partir de pathologies prévalentes. La Haute Autorité en Santé définit le chemin clinique comme une méthode d'amélioration de la qualité des soins. « Il décrit pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'établissement »<sup>18</sup>.

Des indicateurs de suivi déclinés dans le projet de prise en charge du patient permettent notamment d'établir le rapport d'activités de l'unité. Ils portent sur la qualité et la sécurité des soins, l'activité du service, la satisfaction des patients et du personnel, ils reflètent donc la mesure de la performance hospitalière. Par exemple, pour l'hôpital de jour de quatre spécialités, les indicateurs de suivi pourraient être :

#### Indicateurs d'activités :

- File active de patients accueillis par mois
- File active par spécialités médicales
- Taux d'occupation par mois

---

<sup>18</sup> Chemin clinique – Une méthode d'amélioration de la qualité, juin 2004, [visité le 13. 09.2012], disponible sur internet : <http://www.has-sante.fr>

-les 10 diagnostics les plus cités

#### Indicateurs d'organisation

- Taux de patients étant mutés sur un service après le séjour en hôpital de jour
- Nombre de jours où le ratio 1 IDE pour 5 patients n'est pas respecté
- Nombre de personnel formé à 2 spécialités – à 3 spécialités – à toutes les spécialités
- Nombre de personnel formé à l'éducation thérapeutique

#### Indicateurs de qualité et sécurité des soins

- Nombre de protocoles de soins réalisés et utilisés
- Traçabilité de la douleur sur le dossier
- Nombre de questionnaire de satisfaction rempli par le patient
- Sortie du patient organisée en début de séjour
- Nouveaux chemins cliniques élaborés

Le DS veille aux choix des indicateurs afin de poser les bases pour l'évaluation du projet. De même, les chemins cliniques comme outil d'amélioration de la qualité des prises en charge et d'évaluation des pratiques professionnelles peuvent être mis en place dans les unités si le DS en fait un axe institutionnel de sa politique de soins. Pour cela, la mise en place de chemin clinique peut être un objectif décliné dans le projet de soins institutionnel et faire l'objet d'une fiche projet.

#### B) Des valeurs partagées pour une cohésion d'équipe

Un projet institutionnel ou de pôle renvoie à la notion de collectif, d'équipe. Une organisation, au service des patients, fonctionne car un ensemble de personnes y adhère et la décline au quotidien pour remplir leur mission auprès du patient. Lorsqu'un projet appelle à réviser l'organisation connue de tous, c'est tout le collectif qui doit se remettre en question. Les changements induits par le projet obligent le collectif à se reconstruire sur des bases nouvelles. Les questions comme « Pourquoi nous sommes là, Pour faire quoi, Que voulons – nous pour les patients ? » se posent au soignant comme à l'équipe. Un travail sur les valeurs professionnelles de toute l'équipe, y compris médicale, qui doivent être revues et renégociées dans le cadre d'un projet de restructuration permet de définir des principes communs de fonctionnement et de donner une direction. « La valeur n'est ni un objet, ni un concept, elle ne peut être connue que si elle est vécue, c'est-à-dire mise en actes ». <sup>19</sup>

L'identification de valeurs communes peut se faire en groupes pluridisciplinaires à partir de situations de soins réelles, vécues dans le service et reflétant une prise en charge complexe ou réussie. Ce travail permet de reconstruire une identité collective, une appartenance à un groupe. Ce travail de groupe est conduit par le cadre de l'unité avec le

---

<sup>19</sup> BARBIER J.M., 2004, « préférences d'engagement, représentations finalisantes et valeurs signifiées, p.139 cité dans le rôle des valeurs dans l'activité de soins, [visité le 13. 09.2012], disponible sur internet : <http://www.cadresante.com>

cadre de pôle. Cependant, le DS apporte sa contribution par son engagement à soutenir le projet de restructuration et à en donner du sens pour l'équipe. La gestion stratégique du projet de restructuration par le DS va montrer aux équipes le soutien fort de la direction des soins et de l'équipe de direction. Ce soutien est essentiel au moment des doutes, des aléas, des problèmes rencontrés par l'équipe. La posture du DS relayée par l'encadrement est à la fois décideur, soutien, pédagogue et accompagnateur.

C) Un projet innovant : de la prise en charge globale au parcours de soins

Le projet de prise en charge du patient peut devenir un projet innovant en le faisant évoluer vers un projet du parcours du patient. Le parcours de soins du patient peut se définir comme un ensemble d'étapes que la patient va suivre tout le long de sa maladie depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par différentes unités de soins et plusieurs équipes de soins. Par exemple, pour le CHU, il s'agit d'organiser la prise en charge du patient dans le service d'hématologie, en décloisonnant les unités de soins et en créant une collaboration entre les équipes de professionnels. L'organisation de parcours de soins est devenu un enjeu majeur actuel au regard des prises en charge de plus en plus longues et complexes du fait de l'augmentation des maladies chroniques, du vieillissement de la population et en parallèle des progrès médicaux. Les parcours de soins doivent être pensés à l'intérieur d'un établissement mais aussi à l'extérieur, soit avec d'autres structures de santé ou soit avec des partenaires libéraux. L'hôpital peut s'inscrire dans des dispositifs comme les réseaux ou les filières de soins existantes.

« Le concept de "parcours de soins du patient", ou plus particulièrement du parcours personnalisé de soins (PPS) avec ses différentes déclinaisons et traductions, se situe au cœur des missions fondamentales d'une direction des soins ».<sup>20</sup>

Le rôle du DS n'est pas d'organiser seul le parcours patient mais c'est de savoir convaincre les professionnels, médicaux et paramédicaux de travailler ensemble au service d'une qualité de prise en charge du patient. Il s'agit d'éviter les soins redondants, les séjours hospitaliers trop longs ou pas adaptés à l'état de santé du patient. Il s'agit bien sûr en priorité d'associer les médecins car le parcours patient est déterminé par les orientations médicales et les axes médicaux du projet médical.

Le risque, non négligeable de cloisonnement par unité ou par pôle, dans un établissement de santé, fait qu'une vision transversale est nécessaire afin de veiller à une cohésion institutionnelle pour une prise en charge performante du patient. Le DS associé au Président de la CME sont les acteurs transversaux, garants de la cohérence institutionnelle et de la qualité.

Dans la mise en place d'organisations de ce type, le DS est le soutien de l'encadrement et des équipes soignantes notamment pour faire aboutir des propositions novatrices et

---

<sup>20</sup> BONATO A., novembre 2009, « la direction des soins, garante du parcours personnalisé de soins », Revue Soins Cadres n°72- p 26-27

facilitantes de la coordination des acteurs dans le parcours du patient. La création d'un poste d'infirmière coordonnatrice pour les flux des patients entre les unités ou d'un poste d'IDE programmatrice des entrées et sorties en hôpital de jour peuvent être envisagés. Enfin, le DS peut-être à l'initiative de l'implication des représentants des usagers dans l'élaboration de ce type de projet, notamment en les associant aux groupes de travail.

### **3.3 Le positionnement évolutif du DS**

Nous avons vu, par ce travail, la nécessité mais aussi la difficulté pour le DS à trouver un positionnement juste et adapté aux enjeux des pôles mais aussi de l'institution. Depuis la nouvelle gouvernance hospitalière et la Loi HPST, la place du DS est à façonner en fonction du contexte et de la complexité des enjeux. Le DS est à la fois facilitateur de projets créant du lien et de la cohérence mais aussi force de propositions sachant impulser et provoquer les idées novatrices.

Nous avons noté pour les deux projets, un travail de construction avec le CSS de pôle afin de poser les ressources et les contraintes qui vont permettre la définition du redimensionnement des équipes. Le DS se positionne toujours comme un soutien pour l'encadrement de pôle et de proximité.

Nous avons vu, surtout dans le projet du CH, que la plupart des directions fonctionnelles interviennent dans le projet. Le DS, membre de l'équipe de direction peut également être considéré comme un directeur fonctionnel dont le champ de compétences l'autorise à être le pivot dans les projets de restructuration. Le partenariat entre les différentes directions fonctionnelles paraît être un élément facilitateur de la mise en œuvre des deux projets étudiés.

Le DS est, dans les deux projets, garant du respect du cadrage institutionnel du projet. Le DS a alors un rôle plus politique qui est de faire comprendre et respecter le plus possible les orientations stratégiques validées par la direction. Pour cela, Il doit alors développer une coopération constructive avec les chefs de pôle et le Président de la CME afin d'être un des acteurs assurant la cohésion et cohérence institutionnelle.

#### **3.3.1 Le soutien à l'encadrement toujours renouvelé**

Depuis le 31 décembre 2006, les établissements de santé proposent une offre de soins organisée en pôle d'activité. La majorité des projets de restructuration intègre ce niveau d'organisation. Le CSS de pôle étant au quotidien à côté du chef de pôle pour le fonctionnement et l'organisation des services du pôle, le positionnement du DS doit s'adapter.

Le DS « participe, en liaison avec le corps médical et l'ensemble de l'encadrement, à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins ». <sup>21</sup> Le DS a donc toute sa place auprès de l'encadrement dans les projets de restructuration avec redimensionnement d'équipe. Même si les modalités d'accompagnement sont différentes en fonction de l'origine du projet, le DS se positionne toujours en soutien aux cadres. Il apporte conseils notamment sur les outils du projet, il aide pour faire des choix et prendre des orientations et enfin il valide certaines décisions.

De plus, le DS intervient auprès des équipes si difficultés afin de faciliter la prise de recul pour les cadres devant une situation complexe ou conflictuelle.

### **3.3.2 La coordination naissante avec les chefs de pôle et le Président de CME**

Le DS « coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement »<sup>22</sup>. Mais il ne peut décider seul sans consulter les équipes médicales tant l'organisation des soins est liée aux activités médicales. La capacité du DS à faire évoluer sa fonction vers celle de conseiller est fondamentale pour un travail en collaboration avec les chefs de pôle. La qualité et la sécurité des soins, l'évolution des organisations en lien avec le parcours du patient sont les domaines où le DS et les chefs de pôle doivent travailler ensemble.

Comme nous l'avons vu dans les deux projets de restructuration, la qualité et sécurité des soins est une exigence qui accompagne ces projets. La politique continue d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques associés aux soins est une démarche transversale qui est déclinée dans le projet médical et le projet de soins. Le DS comme le Président de la CME sont garants de cette transversalité, de l'équilibre des ressources par pôle et de la coordination des activités en application du projet médical. Le Président de la CME et le DS doivent donc œuvrer ensemble sur des dossiers transversaux afin d'assurer la cohérence institutionnelle et éviter le clivage polaire.

### **3.3.3 Le partenariat obligatoire entre les directions fonctionnelles**

La place de chaque direction fonctionnelle dans le projet doit être précise et connue afin que tous puissent s'investir à la bonne mesure et en bonne cohésion avec tous les acteurs du projet. Le niveau d'intervention est à définir pour tous les professionnels concernés par la gestion du projet.

Ainsi, un partenariat décliné grâce à un calendrier de mise en œuvre du projet et par la description des différentes actions à réaliser préviendrait des retards, des incompréhensions ou des erreurs. La réalisation d'un diagramme de GANTT est un outil de base de la gestion de projet au service du partenariat de tous les acteurs du projet. Il

---

<sup>21</sup> Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, article 4

<sup>22</sup> Ibid

nous semble notamment, que dans le cadre d'un projet de restructuration avec redimensionnement des équipes, le partenariat DS et DRH est essentiel comme le partenariat DS et Direction services économiques.

#### A) Le partenariat DS-DRH

Comme nous l'avons vu dans les deux projets, le redimensionnement d'unité implique de prévoir la qualification du personnel nécessaire aux prises en charge de patients, d'organiser les mouvements internes des professionnels avec modification des affectations et de planifier les formations nécessaires. La démarche est alors obligatoirement collective, à minima entre la direction des soins et la direction des ressources humaines mais implique également la participation des médecins et des partenaires sociaux. Une collaboration DS en gestion et DS en formation peut également s'envisager afin d'adapter les compétences des professionnels par des actions de formation organisées par l'institut de formation en soins infirmiers.

Il s'agit, pour le DS, de définir une stratégie qui vise à analyser les besoins au regard des ressources qualitatives et quantitatives déjà existantes. Les écarts analysés devront alors être résolus au moyen de formations, mobilités, recrutements, départs. Nous sommes aussi au cœur de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). Il s'agit d'un outil qui, dans le cadre des projets de restructuration à organiser sur un temps suffisamment long, permet de manager le changement. Cette démarche prospective implique la participation des médecins et partenaires sociaux en plus des directions concernés afin de réduire au mieux les différentiels constatés et de prévoir une adéquation des besoins en matière de ressources humaines. Les conditions de réussite sont une vraie volonté politique et stratégique et un rapport au temps adapté. Le facteur temps est un élément important car il faut laisser le temps aux équipes de s'approprier le projet mais aussi de prendre en compte les contraintes réglementaires et les contraintes individuelles.

#### B) Le partenariat DS- direction services économiques

Un projet de restructuration avec redimensionnement d'équipe concerne très souvent les services économiques du fait de changements de locaux qui s'accompagnent de nouveaux équipements et mobiliers médicaux. Entre la direction des soins et la direction des services économiques, un partenariat paraît donc incontournable afin de mettre en adéquation l'organisation des soins avec l'environnement technique. L'implication des équipes médicales et des cadres de santé favorise la définition du juste besoin au service des prises en charge de patient.

L'objectif est de définir une politique d'achats de matériel ou de mobilier qui s'appuie sur les compétences de chacun dans une stratégie partagée.

Ainsi, nous pouvons en déduire que le DS, dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de restructuration intervient moins directement auprès des équipes au profit du CSS de pôle mais doit participer et faciliter le partenariat avec les différentes directions fonctionnelles pour garantir la cohésion des actions dans les différentes étapes du projet.

L'expertise du DS en matière d'organisation des soins et sa responsabilité en matière de qualité de soins le placent au centre du partenariat entre les directions fonctionnelles. Dans le même temps, ses missions évoluent vers le conseil vis-à-vis des chefs de pôle et des équipes médicales. Enfin, le DS reste garant avec le Président de la CME de la cohésion institutionnelle à travers la coordination des activités dans une vision de parcours patient.

## Conclusion

Depuis plusieurs années, un nombre important de changements sont intervenus dans le monde de la santé. Sur le plan sociétal, le citoyen, futur usager du système de santé, demande à être davantage associé aux décisions qui le concerne. Il souhaite disposer d'informations et prendre une part active dans un processus décisionnel qu'il soit individuel ou collectif. Sur le plan politique, le système de santé a connu de grandes réformes telles que la loi HPST du 21 juillet 2009, ou la loi du 09 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Sur le plan économique, les demandes en soins augmentent et engendrent par la même occasion un accroissement des dépenses. L'offre de soins évolue du fait des progrès médicaux considérables mais elle doit aussi s'adapter aux contraintes économiques, à la chronicisation des malades et des maladies et au vieillissement de la population.

Ces évolutions amènent dans le même temps à intégrer ces contraintes économiques et à repenser les organisations dans une logique de prise en charge globale du patient dans l'établissement de santé mais également en lien avec des structures extérieures.

Les projets de restructuration avec redimensionnement d'équipe s'intègrent dans ce paysage hospitalier afin d'adapter les organisations au mieux à l'offre de soins, notamment en proposant d'autres modes de prise en charge que l'hospitalisation complète.

Le DS, en tant que responsable de l'organisation des soins et de la qualité de prise en charge du patient, est donc légitime pour initier et suivre ce type de projet. Il accompagne les équipes dans la compréhension et l'acceptation de ces nouvelles organisations et modes de fonctionnement. Le développement des hospitalisations de jour, des plateaux techniques, des durées moyennes de séjour plus courtes et une technicité de plus en plus prégnante sont des changements structurels, organisationnels et culturels à conduire. Pour cela, le DS a notamment comme mission de s'assurer de l'adéquation des ressources et de disposer en continu des compétences et des qualifications nécessaires. De ce fait, la sécurisation des prises en charge et l'engagement des professionnels dans la construction d'une nouvelle dynamique et culture d'équipe devient possible. Le rôle du DS est de donner du sens à ces changements, de montrer les intérêts pour les professionnels à prendre en charge le patient dans un processus de transversalité et donc de parcours patient.

Dans un but d'optimiser les parcours de soins des patients, surtout en aval et en amont de l'hospitalisation complète, le DS veille à élargir son champ de communication vers l'extérieur de l'établissement afin de favoriser des partenariats avec d'autres structures au niveau du territoire de santé et rendre ainsi totalement opérationnel le dispositif de parcours de soins.

---

## Sources et Bibliographie

---

### TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation Journal officiel, n°206 du 06 septembre 2003, p15391

REPUBLIQUE FRANCAISE Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires Journal officiel n°167 du 22 juillet 2009 page 12184

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel, n°227 du 30 septembre 2010

### OUVRAGES

ALTER N., 2000, l'innovation ordinaire, Paris : PUF, 278 p

BERNOUX P., 1985, La sociologie des organisations, quatrième édition. Paris : Edition du seuil, 382 p

BOUTINET JP., 1993, Anthropologie du projet, 2ème édition, Paris : PUF, 405 p

CLEMENT JM., BERNARD J., 2001, 1900-2000 : la mutation de l'hôpital, Bordeaux : les études hospitalières, 218 p

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1992, l'acteur et le système, Paris : Edition du seuil, 500 p

CARRICABURU D., MENORET M., 2004, Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies, Paris : Armand Colin, 235 p

GROFF A., 2009, manager l'innovation, Paris : Afnor éditions, 178 p

MARCON E., GUINET A., TAHON C., 2008, gestion et performance des systèmes hospitaliers, Paris : Hermès science publications, 268 p

MINTZBERG H., 1982, structure et dynamique des organisations, Paris : Editions d'organisation, 434 p

SAINSAULIEU R., 1993, l'identité au travail, Paris : presse de la fonction nationale des sciences politiques, 477 p

## **ARTICLES DE PERIODIQUES**

BERFELD G., février 2003, « l'hôpital et son évolution architectural », Gestions hospitalières, n°423, pp 108-114

BONATO A. ; novembre 2009, « la direction des soins, garante du parcours personnalisé de soins », Revue Soins Cadres n°72, pp 26-27

DEBROSSE D., 2006, « l'émergence d'une culture collective », revue hospitalière de France, n°513, pp1 – 5

DUBROCQ G., MOLLARD C., ROMATET J., septembre –octobre 2006, « Innovations pour les usages d'un hôpital de demain » Techniques hospitalières, n°699, pp18-27.

Groupe LAENNEC, avril 1999, « Accompagner les restructurations », Gestions hospitalières, n°385, pp 261-266.

JANVIER E., BIRLENBACH S., LEMOINE M., février 1998, « réorganiser un hôpital pour améliorer sa performance »; Gestions hospitalières, n°373, pp 96-99.

RAVEYRE M., UGHETTO P., juillet-septembre 2003, « le travail, part oublié des restructurations hospitalières », Revue française des affaires sociales, n°3, pp 97-119.

RULFO C., février 2003, « Construire: rapporter une expérience personnelle » Gestions hospitalières, n°423, pp 132-134.

NOBRE T., MERDINGER-RUMPLER C., 2011, « Pilotage des changements architecturaux et changement organisationnel », Journal d'économie médicale, vol 29, n°4, pp 154-159.

## **THESES ET MEMOIRES**

### **Thèses**

TEIL A., 2002; défi de la performance et vision partagée des acteurs ; Doctorat es sciences de gestion : Université de Lyon 3, 414 p

### **Mémoires**

LAMOUR J., 2010, Les indicateurs d'activités et de charge en soins dans le dimensionnement des équipes : place du directeur des soins, mémoire DS : EHESP, 34 p

CAILLAVET-BACHELLEZ V., 2010, Le parcours de soins du patient : un dispositif fédérateur pour les Communautés Hospitalières de Territoire, mémoire DS : EHESP, 38 p

CHEVILLARD M., 2008, L'accompagnement des équipes soignantes dans la période de post délocalisation d'un hôpital, mémoire DS : EHESP, 33 p

BORETTI F., 2007, Stratégies d'accompagnement des équipes soignantes lors de restructurations hospitalières, mémoire DS : ENSP, 56 p

SEBERT C., 2007, Activités de soins et projet architectural : quelle stratégie pour le directeur des soins ?, mémoire DS : ENSP, 59 p

## **RAPPORTS**

Rapport de recherche réalisé pour la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE) L.E.S.T.- CNRS – UMR 6123, Université de Provence (U1) et Université de la Méditerranée (U2) Philippe MOSSE N. GERVASONI M. KERLAU Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies. Aix en Provence, 1999, 84p

## **CONFERENCES**

BAUBEAU D., PEREIRA C., Mesure de la performance dans le domaine de la santé, 10e Colloque de Comptabilité Nationale, 22 janvier 2004, Paris,

## **SOURCES ET DOCUMENTS**

Cours de LAUDE L., Docteur en sciences de gestion, Professeur, IDM – EHESP, filière Directeur des Soins, UE Sociologie des organisations et des relations sociales à l'hôpital, juin 2012

## **SITES INTERNET**

Plan hôpital 2007\_mesures\_0211.pdf. [visité le 15.02.2012], disponible sur internet : [www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc](http://www.parhtage.sante.fr/re7/als/doc)

Lancement du Plan Hôpital 2012. Au cœur de la modernisation du paysage hospitalier français. [visité le 15.02.2012], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Conférence nationale sur l'investissement hospitalier. Du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012. [visité le 11.04.2012], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Anticiper la mise en service d'un bâtiment. Février 2012. [visité le 02.05.2012], disponible sur internet : [www.anap.fr](http://www.anap.fr)

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative – DHOS. Eléments stratégiques à prendre en compte dans l'élaboration d'un projet de construction ou de modernisation d'un établissement de santé. guide 68 p. [visité le 02.05.2012], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative – DHOS. Nouvelles organisations et architectures hospitalières. Guide 243 p. [visité le 25.06.2012], disponible sur internet : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Enquête sur les valeurs du service public [visité le 29.07.2012], disponible sur internet : [https://www.ira-lyon.gouv.fr/Pages/.../depliant\\_valeurs\\_def.pdf](https://www.ira-lyon.gouv.fr/Pages/.../depliant_valeurs_def.pdf)

Qu'est-ce qu'un projet ? [visité le 25.08.2012], disponible sur internet : [http://youth-partnership\\_eu.coe.int/youthpartnership/documents/Publications/T\\_kits/3/French/2\\_projet.pdf](http://youth-partnership_eu.coe.int/youthpartnership/documents/Publications/T_kits/3/French/2_projet.pdf)

Présentation de l'outil Hospi-Diag [visité le 07.09.2012], disponible sur internet : [www.anap.fr/fileadmin/user.../06.../Presentation\\_Hospi\\_Diag.pdf](http://www.anap.fr/fileadmin/user.../06.../Presentation_Hospi_Diag.pdf)

L'organisation et le management « par projet » [visité le 13.09.2012], disponible sur internet : <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/298337.PDF>

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE I** : guides d'entretien P II

**ANNEXE II** : grilles d'analyse des entretiensP VIII

## **GUIDE D'ENTRETIEN 1 niveau stratégique**

### **Généralités**

Elève Directeur des Soins, je vous remercie de me recevoir et d'accepter cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Le sujet de mon mémoire est la place du DS dans le redimensionnement des équipes dans le cadre d'un projet de restructuration.

### **Présentation de la personne interviewée,**

Fonction

Ancienneté sur l'ETS :

Expériences professionnelles antérieures

### **Présentation du projet**

**1 Pouvez-vous m'expliquer le(s) dernier(s) projet(s) de restructuration aux quel(s) vous avez participé ?**

La date

La durée

Les raisons du projet

### **Thème 1 : le redimensionnement des équipes**

**2 Quelles ont été les conséquences de ces projets en termes de redimensionnement d'équipe**

Nombre de lits Le type de restructuration (suppression ou création de lits, chambre seule)

Nombre d'unités ou de pôles concernés

Caractéristiques des unités-mode de prise en charge de patients (HC-HS-HJ)

Qualification personnel- compétences

Nombre de personnel

Les enjeux

Autres

**3 Quels éléments ont été pris en compte pour définir les redimensionnements d'unité ?**

Indicateurs RH (ratio personnel/patient)

Indicateurs médico- économique (DMS - taux d'occupation)

Indicateurs soins (charge en soins)

Indicateurs qualité

Autres (besoin en santé –architecture)

**7 Pour vous, d'autres éléments seraient – ils nécessaires pour définir le redimensionnement des unités de soins ?**

## **Thème 2 : L'accompagnement des équipes**

**4 Quel a été l'accompagnement pour les équipes ?** (modalités d'accompagnement – les accompagnateurs – Le calendrier)

Réunion d'information

Par qui

Quelle périodicité

A quel moment du projet

Les points positifs

Les freins

**5 Pouvez-vous me décrire votre niveau d'implication?**

Participation à des réunions — toute la durée du projet ou intervention sur des points précis

Information à distance de l'avancée du projet

Prise de décision (sur quels éléments)

**6 Pour vous, quels acteurs de l'institution ont participé à cet accompagnement ? Et à quel niveau d'implication ?**

**7 D'autres acteurs auraient-ils pu être associés et pour quelles plus-values ?**

(Les modalités et niveau de participation -- la prise de décision - information)

**8 D'après vous quel a été le vécu des équipes par rapport au redimensionnement ?**

## **Thème 3 : La prise en charge du patient**

**9 Une réflexion d'équipe sur la prise en charge du patient dans l'unité a-t-elle été conduite?** (réunion d'équipe – temps passé - projet formalisé – participants)

Contenu et forme

**10 De manière générale, quel que soit le projet,**

**- Quels sont les éléments indispensables pour mener à bien un redimensionnement d'équipe ?**

**- Quels sont les points de vigilance que vous retiendriez ?**

Remerciement

## **GUIDE D'ENTRETIEN 2 niveau managérial**

### **Généralités**

Elève Directeur des Soins, je vous remercie de me recevoir et d'accepter cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Le sujet de mon mémoire est la place du DS dans le redimensionnement des équipes dans le cadre d'un projet de restructuration.

### **Présentation de la personne interviewée,**

Fonction

Ancienneté sur l'ETS :

Expériences professionnelles antérieures

### **Présentation du projet**

#### **1 Pouvez-vous m'expliquer le projet de restructuration auquel vous avez participé ?**

La date

La durée

Les raisons du projet

### **Thème 1 : le redimensionnement des équipes**

#### **2 Quelles ont été les conséquences de ce projet en terme de redimensionnement d'équipe** Le type de restructuration (suppression ou création de lits, chambre seule)

Nombre d'unités ou de pôles concernés

Caractéristiques des unités-mode de prise en charge de patients (HC-HS-HJ)

Nombre de lits

Qualification personnel- compétences

Nombre de personnel

Les enjeux

Autres

#### **3 Quels éléments ont été pris en compte pour définir les redimensionnements d'unité ?**

Indicateurs RH (ratio personnel/patient)

Indicateurs médico- économique (DMS - taux d'occupation)

Indicateurs soins (charge en soins)

Indicateurs qualité

Autres (besoin en santé –architecture)

#### **4 Pour vous, d'autres éléments seraient – ils nécessaires pour définir le redimensionnement des unités de soins ?**

## **Thème 2 : L'accompagnement des équipes qui ont connu un redimensionnement**

**5 Quel a été l'accompagnement pour les équipes ?** (modalités d'accompagnement – les accompagnateurs – Le calendrier)

Réunion d'information

Par qui

Quelle périodicité

A quel moment du projet

Les points positifs

Les freins

**6 Pouvez-vous me décrire votre niveau d'implication dans cet accompagnement ?**

Participation à des réunions — toute la durée du projet ou intervention sur des points précis

**7 Pour vous, quels acteurs de l'institution ont participé? Et à quel niveau d'implication ? D'autres acteurs auraient-ils pu être associés et pour quelles plus-values ?**

(Les modalités et niveau de participation -- la prise de décision - information)

**8 D'après vous quel a été le vécu des équipes par rapport au redimensionnement ?**

## **Thème 3 : La prise en charge du patient**

**9 Une réflexion d'équipe sur la prise en charge du patient dans l'unité a-t-elle été conduite?** (réunion d'équipe – temps passé - projet formalisé – participants)

Contenu et forme

**10 Avez-vous participé à d'autres projets de restructuration avec impact sur le dimensionnement ? Sur d'autres établissements ?**

- Pour vous, quels sont les éléments indispensables pour mener à bien un redimensionnement d'équipe ?

- Quels sont les points de vigilance que vous retenez ?

Remerciement

## **GUIDE D'ENTRETIEN 3 niveau opérationnel**

### **Généralités**

Elève Directeur des Soins, je vous remercie de me recevoir et d'accepter cet entretien dans le cadre de mon mémoire. Le sujet de mon mémoire est la place du DS dans le redimensionnement des équipes dans le cadre d'un projet de restructuration.

### **Présentation de la personne interviewée,**

Fonction

Ancienneté sur l'ETS :

Expériences professionnelles antérieures

### **Présentation du projet**

#### **1 Pouvez-vous m'expliquer le projet de restructuration auquel vous avez participé ?**

La date

La durée

Les raisons du projet

### **Thème 1 : le redimensionnement d'équipe**

#### **2 Quelles ont été les conséquences de ces projets en terme de redimensionnement d'équipe**

Le type de restructuration (suppression ou création de lits, chambre seule)

Nombre d'unités ou de pôles concernés

Caractéristiques des unités-mode de prise en charge de patients (HC-HS-HJ)

Nombre de lits

Qualification personnel- compétences

Nombre de personnel

Les enjeux

Autres

#### **3 Quels éléments ont été pris en compte pour définir les redimensionnements d'unité ?**

Indicateurs RH (ratio personnel/patient)

Indicateurs médico- économique (DMS - taux d'occupation)

Indicateurs soins (charge en soins)

Indicateurs qualité

Autres (besoin en santé –architecture)

## **Thème 2 : L'accompagnement des équipes**

**4 Quel a été votre accompagnement?** (modalités d'accompagnement – les accompagnateurs – Le calendrier)

Réunion d'information

Par qui

Quelle périodicité

A quel moment du projet

Les points positifs

Les freins

**5 Quel est votre vécu par rapport à cet accompagnement ?**

## **Thème 3 : la prise en charge du patient**

**6 Une réflexion d'équipe sur la prise en charge du patient dans l'unité a-t-elle été conduite?** (réunion d'équipe – temps passé - projet formalisé – participants)

Contenu et forme

**7 Pouvez-vous me décrire votre participation à cette réflexion?**

Participation à des réunions — groupes de travail - Prise de décision (sur quels éléments)

**8 Diriez-vous que les résultats de ce projet correspondent à vos attentes ou y-a-t-il des écarts avec l'attendu – Si oui, lesquels ?**

**9 L'avenir du projet, pour vous ?**

Remerciement

### Grille d'analyse d'entretien par personne (grille 1)

Entretien de .....

		Les données de l'entretien	Commentaires	Concepts
Présentation de la personne	Fonction Ancienneté Expérience			
Présentation du projet	Date –durée – objectifs			
<b>Thèmes</b>	<b>Sous Thèmes</b>			
Le redimensionnement d'équipe	Les modalités de définition			
	Les enjeux			
	Le suivi			
L'accompagnement des équipes	Les modalités			
	Le calendrier			
	Les acteurs			
	Les freins			
	Les leviers			
	Le ressenti			
Prise en charge du patient	Le contenu La forme			

## Grille d'analyse des entretiens par thème

Thème 1 : le redimensionnement d'équipe

Sous-thèmes : les modalités de définition,

Le redimensionnement d'équipe	Les modalités de définition	Commentaires
Directeur du plan		
DRH CHU		
DS CHU		
CSS de pôle CHU		
CS hôpitaux de jour CHU		
CS secteur conventionnel CHU		
IDE CHU		
Synthèse établissement CHU		
DRH CH		
DS CH		
Chef de pôle		
CSS de pôle CH		
CS cardiologie CH		
IDE CH		
Synthèse établissement CH		
Synthèse transversale CHU et CH		

Sous-thèmes : les enjeux,

Le redimensionnement d'équipe	Les enjeux	Commentaires
Directeur du plan		
DRH CHU		
DS CHU		
CSS de pôle CHU		
CS hôpitaux de jour CHU		
CS secteur conventionnel CHU		
IDE CHU		
Synthèse établissement CHU		
DRH CH		
DS CH		
Chef de pôle		
CSS de pôle CH		
CS cardiologie CH		
IDE CH		
Synthèse établissement CH		
Synthèse transversale CHU et CH		

Même construction de grille pour les thèmes 2 et 3 : l'accompagnement des équipes et la prise en charge de patient

## Grille d'analyse des entretiens par établissement

Etablissement le CHU

Thèmes	Sous thèmes	Directeur du plan	DRH	DS	CSS de pôle	CS secteur conventionnel	CS hôpitaux de jour	IDE	Commentaires – éléments théoriques, concepts
Le redimensionnement d'équipe	Les modalités de définition								
	Les enjeux								
	Le suivi								
L'accompagnement des équipes	Les modalités								
	Le calendrier								
	Les acteurs								
	Les freins								
	Les leviers								
	Le ressenti								
Prise en charge du patient	Le contenu								
	La forme								

Même construction de grille pour le CH

CHADEFFAUD

Nathalie

Décembre 2012

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2012

Indicateurs de performance et projet de prise en charge des patients : deux leviers stratégiques pour l'accompagnement des équipes dans leur redimensionnement.

### **Résumé :**

Les projets de restructuration avec redimensionnement d'équipe représentent un des moyens pour les établissements de santé de répondre à l'évolution des modes de prises en charge de patients. Ces projets sont une opportunité pour revoir les organisations, repenser le parcours du patient tout en intégrant la recherche de la performance et les différentes contraintes auxquelles sont soumis les établissements de santé. A partir de l'étude de deux projets de restructuration, sur un CHU et sur un CH, nous pouvons confirmer que définir le redimensionnement qualitatif et quantitatif à partir d'indicateurs partagés par tous, décliner un projet de prise en charge du patient participent à l'acceptation des changements vécus par les équipes. Ainsi, les stratégies du directeur des soins pour accompagner les équipes, sont en lien avec son rôle dans la gestion stratégique du projet, avec sa place dans la dynamique de recherche de performance hospitalière et d'organisations innovantes et enfin, avec la nécessité de faire évoluer son positionnement au regard des nouveaux enjeux des établissements de santé.

### **Mots clés :**

restructuration, performance hospitalière, indicateurs, organisation, innovation, accompagnement, changement, gestion de projet

*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.*