



**Directeur d'Établissement Public
Sanitaire et Social**

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **10 décembre 2008**

**« MANAGER LE CHANGEMENT DANS LA CONTINUITÉ :
une nécessité pour les établissements »**

L'exemple de l'Hôpital local de RIEZ (Alpes de Haute Provence)

Marc MORELLI.

Remerciements

J'aimerais en tout premier lieu remercier de la façon la plus vive possible l'École Nationale de la Santé Publique, devenue cette année 2008 École des Hautes Études en Santé Publique, à laquelle nous devons tant, ainsi que l'ensemble de son personnel sans lequel elle ne serait pas ce qu'elle est, une Grande École, pour leur esprit d'ouverture et d'échange ainsi que pour leur entier dévouement à nous soutenir dans la réalisation de notre projet de formation professionnelle.

Je remercie de même aussi vivement l'Hôpital local de RIEZ et son personnel pour l'accueil cordial et professionnel qu'ils m'ont réservé et notamment la Directrice, Madame GARCIN Martine, Directrice Hors Classe, pour la place de choix qu'elle m'a consentie en permettant que j'assiste, pendant huit mois, au quotidien et à ses côtés, à sa pratique professionnelle, pour la confiance qu'elle m'a accordée, pour tous les savoirs qu'elle a pris le temps de me transmettre.

Un grand merci aussi à Madame HÉRISSON Martine, Cadre Supérieur de Santé, pour tout les temps d'enseignement qu'elle a bien voulu m'accorder.

A Madame GUILLEVIC Dominique, Inspectrice au Service des établissements de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Alpes de Haute Provence, chargée des politiques et actions de santé, pour son soutien indéfectible dans ma démarche professionnelle.

J'aimerais encore remercier toutes celles et tous ceux que j'ai rencontrés, chemin faisant vers mes nouvelles missions de directeur, pour tout l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

Enfin, j'adresse une pensée particulière à tous ceux qui ont recours au service public hospitalier pour leur rappeler que toutes les actions entreprises par celui-ci sont destinées à l'amélioration de la qualité de l'accueil et des soins qui leur sont réservés.

Sommaire

MANAGER LE CHANGEMENT DANS LA CONTINUITÉ

Introduction	- 1 -
1 Enraciné dans des siècles d'<i>hospitalité</i>, l'Hôpital local de RIEZ assure la permanence de ses missions sanitaires, sociales et médico-sociales.....	- 7 -
1.1 Approche historique et géographique de l'Hôpital local de RIEZ.....	- 7 -
1.1.1 RIEZ, une <i> cité de caractère </i> aux origines ancestrales	- 7 -
1.1.2 L'Hôpital de RIEZ, un hôpital aux origines médiévales.....	- 8 -
1.1.3 L'Hôpital de RIEZ, un hôpital <i> local </i>	- 9 -
1.2 Les missions sanitaires et sociales de l'Hôpital local de RIEZ.....	- 10 -
1.2.1 Les missions légales et la « légitimité sociale » de l'établissement.....	- 11 -
1.2.2 Les missions réglementaires : un « management du management »	- 12 -
1.2.3 Les missions auxquelles l'hôpital s'oblige : un « management par objectifs » -	13 -
2 Le constat 2007/2008 : la permanence des missions de l'établissement éprouvée par des vicissitudes qui mettent en défaut la qualité des services qu'il rend.....	- 17 -
2.1 La situation actuelle : une « situation difficile »	- 17 -
2.1.1 L'environnement de l'Hôpital local de RIEZ : une « véritable aubaine ».....	- 17 -
2.1.2 La structure physique de l'Hôpital local de RIEZ : un réel besoin d'entretien..	- 20 -
2.1.3 La structure sociale de l'hôpital local de RIEZ : un fort besoin de cohésion....	- 22 -
2.2 Les causes de cette situation difficile	- 24 -
2.2.1 Selon l'hypothèse de « l'absence de direction ».....	- 24 -
2.2.2 Selon les enquêtes et entretiens.....	- 25 -
2.2.3 Après analyse : le défaut de continuité dans la direction et l'absence de management sont les causes premières de la désorganisation des services de l'établissement.....	- 27 -

3	Il convient dès lors de <i>manager le changement dans la continuité</i> pour garantir la permanence des missions de l'établissement	- 37 -
3.1	En développant une stratégie <i>managériale</i>.....	- 37 -
3.1.1	La stratégie managériale : une stratégie participative	- 37 -
3.1.2	Le projet d'établissement : pièce maîtresse de l'organisation de l'action collective	- 40 -
3.1.3	Certification, contractualisation et autres outils de stratégie managériale	- 42 -
3.2	En s'appuyant sur une communication <i>managériale</i>.....	- 46 -
3.2.1	Communiquer pour faire vivre un projet fondé sur des <i>valeurs communes</i>	- 48 -
3.2.2	Pour donner du <i>sens</i> et structurer l'activité.....	- 52 -
3.2.3	Pour obtenir des <i>effets de réalité</i> sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.....	- 53 -
	Conclusion.....	- 57 -
	Sources et bibliographie.....	- 59 -
	Liste des annexes	I

In medio stat virtus

Introduction

Le vocabulaire professionnel utilisé selon les époques est le signe des temps et des évolutions sociales. Notre époque, elle, est notamment marquée par les termes de « manager » et de « changement ».

S'il est bien un nom (masculin) et un verbe (transitif) qui prend tous les sens qu'il véhicule, de façon assez mystérieuse encore aujourd'hui pour les non initiés, c'est bien celui de « manager ». Au point que le Président de la République a lui-même appelé les établissements à une « révolution managériale » par et pour « du dynamisme, des projets, des équipes soudées, concentrés sur la qualité des services rendus, tous tournés vers l'excellence »¹. Même la Haute Autorité de Santé édite depuis 2005 un « Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé ». Le terme est aussi apparu dans le Décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière qui dispose en son article 2 : « le directeur est chargé de la conduite générale de l'établissement (...), de l'animation et de la coordination des actions, du *management* et de la gestion des ressources humaines de l'établissement (...) ». D'où l'importance du sujet.

De même, un autre terme est de rigueur à ce jour, celui de « changement » : réforme générale des politiques publiques, des modes de financements, changements de valeurs, de repères, d'organisation, de culture, voire même *climatiques* (le *climat* explique nombre de comportements). Celui de « continuité » est quant à lui un peu oublié, si ce n'est lorsque nous parlons de continuité du service public. Pourtant, s'il est un fait remarquable, c'est que l'absence de continuité dans les actions entreprises par un directeur d'établissement engendre des conséquences préjudiciables à tous : institutions, établissements, personnels, usagers. Toute entreprise, tout projet, ne trouvent à se réaliser que dans le temps (à moyen terme au moins) dans la mesure où sans suivi ils ne pourront être correctement mis en œuvre et garderont un caractère d'inachevé. Que peut valoir par exemple la réalisation d'un projet architectural si celle-ci ne connaît aucun suivi ? A défaut d'un *continuum* dans les actions envisagées et engagées, leur réalisation sera non seulement compromise, mais surtout elles ne feront que créer du désordre, de la désorganisation et du dysfonctionnement dans l'établissement qui aura la malchance de connaître une telle situation, alors même que le contraire, son fonctionnement harmonieux, était recherché initialement.

¹ Allocution du 16 octobre 2007 à l'attention des personnels hospitaliers prononcée au Centre Hospitalier Universitaire de BORDEAUX et mettant en place la commission LARCHER.

Madame le ministre de la Santé rappelle elle-même que « le principe de continuité doit être au cœur de tout projet. Si les actions évoluent, les missions restent les mêmes² ».

Aussi m'a-t-il semblé important d'attirer l'attention sur ce fait : « la bonne marche de l'établissement³ » repose sur la continuité de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets qui sous-tendent son activité. Or, tel est bien le rôle du directeur : donner le sens de l'action, la direction à suivre en adoptant une vision et une démarche *stratégiques*. Ce qui ne se peut sans prévoyance. Les actions qu'il impulse doivent s'ancrer dans le temps. Et tout changement de cap intempestif ne peut avoir que des conséquences dommageables.

Partant par ailleurs du simple constat que tout est appelé à changer, ne serait ce que pour s'adapter aux évolutions, il est important de dire que le changement doit être managé et managé dans la continuité afin d'avoir toute les chances de réussite. C'est d'ailleurs ce qui nous est appris à l'École : faire ce que nous disons. Ce qui implique de la *continuité*.

Le mot « management » aurait la même étymologie que « ménagement », mot de vieux français, langue de Shakespear, dérivé de « ménager » et signifiant « disposer, régler avec soin et adresse »⁴. Il serait aussi emprunté de l'anglais *to manage*, manier, mener, diriger, et semble importé des mondes de l'entreprise et des sports. *Manager* revêt un accent *dynamique et tonique*. Mais au delà de tout essai de définition, *manager* est un art. « L'art de conduire une organisation, d'en diriger ses personnels, en planifiant, en organisant, en activant et en contrôlant son évolution ». Cela se peut-il sans s'inscrire dans la durée ?

Bien plus qu'une science ou qu'une technique, qui au demeurant doivent être acquises, c'est une manière de faire, une manière d'être, un tour de main, qui permettent d'insuffler à une organisation une sorte d'énergie qui active, dynamise et canalise les forces humaines qui sont à l'œuvre, en lui assurant d'atteindre les buts fixés. Bien sûr, le management n'est qu'une partie de l'activité d'un directeur d'établissement sanitaire et social, mais c'est la partie cachée de l'iceberg. Car ce qui va déterminer la réussite des missions d'une direction est bel et bien sa « main visible du management⁵ » sur l'évolution de l'organisation. Et seul un management adéquat, circonstancié et s'inscrivant dans la durée, permet d'assurer la « bonne marche générale de l'établissement ».

² In Acteurs Magazine de juin 2008.

³ Décret n°2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, article 2 alinéa 2.

⁴ « Le Management », Raymond-Alain THIÉTART.

⁵ A. D. CHANDLER, *The Visible Hand. The Managerial Revolution in American Business*, 1977, cité par R.A. THIÉTART.

Le management adéquat s'entend de celui qui développe des relations chaleureuses et respectueuses entre personnes, qui les écoute et leur assure de participer aux décisions. C'est encore celui qui permet la prise d'initiatives *structurantes* (définir les procédures, gérer les relations de travail) ; celui enfin qui *motive* et qui *stimule*, en étant plutôt tolérant et sensible aux conflits qu'il tend d'ailleurs à neutraliser⁶.

Nous pouvons aussi comprendre ce qu'est le management en nous référant à l'exemple extrême de l'organisation des forces armées⁷. Dans l'armée, quand on parle de management, on parle d'abord de commandement, de discipline et d'obéissance ensuite. Dans ce genre d'organisation, l'obéissance est contrainte en dernier ressort par la force physique à défaut d'être volontairement consentie ou emportée par conviction (le commandement militaire connaissant aussi le *management* des troupes, *régiment* n'empêchant pas *management*). Comme notre univers social est autrement civilisé, une autre pratique de *commandement* est alors nécessaire.

La diffusion du savoir, la redistribution des richesses et le développement des informations ont fait que les personnes ne s'accommodent plus d'être soumises au pouvoir inconditionnel des dirigeants. Et moins encore dans les établissements publics sanitaires et sociaux, car même si les personnels, soignants notamment, ont encore, de par leurs formation et culture, un sens aigu de la discipline et de la hiérarchie, leur activité impose un autre type de direction que simplement *autoritaire*.

Les temps du commandement pur et simple ont fait long feu et les organisations actuelles, les femmes et les hommes qui les font vivre, aspirent à plus de démocratie, à plus de liberté, de dignité, de solidarité, de plénitude de l'être, de réalisation de soi, à plus d'initiative, à plus de responsabilité et de participation, à plus d'individualisme aussi. Si bien que leur encadrement (le mot serait-il lui aussi menacé de désuétude ?) nécessite aujourd'hui de la part des responsables des manières de penser, de faire et des méthodes de commandement adaptées aux situations auxquelles ils sont confrontées. Ce sont ces manières et méthodes que l'on nomme « techniques de management » et qui, mises en pratique, permettent à l'établissement et aux équipes d'atteindre les objectifs et de remplir leurs missions.

Les écoles de management sont très nombreuses et toutes ont des approches et des perspectives multiples. Car le management est une science humaine et il est difficile d'en trouver les lois générales, celui-ci s'apparentant plus à un *esprit, un vent paraclet faisant que tout s'anime*, qu'à une science ou une technique. Chaque théorie apporte sa pierre à l'édifice de la connaissance de l'art de diriger. Cependant, se basant toutes

⁶ d'après Alain BLANCHET et Alain TROGNON, *La psychologie des groupes*, Armand Colin, 2007

essentiellement sur les travaux de la psychologie sociale, nous pouvons tout de même leur trouver quelques dénominateurs communs, car dans tous les cas, manager suppose de suivre plusieurs principes permanents d'organisation : « toute organisation doit être adaptée aux objectifs de la collectivité ; l'autorité conférée à quiconque doit être à la mesure de ses responsabilités ; le manager doit disposer d'informations permettant d'apprécier les résultats de l'activité et d'apporter les actions correctives nécessaires ; il doit enfin à tout moment être en mesure de déterminer ce qui doit être fait, qui doit le faire, contrôler ce qui est fait et rechercher les moyens de mieux le faire encore »⁸. Ces principes ont été posés dans les années mille neuf cent soixante dix (cf. « direction participative par objectifs ») et sont depuis de plus en plus sophistiqués. On parle volontiers aujourd'hui de *stratégie* et de *communication managériales*.

Toutefois, conduire une organisation, diriger les personnels, gérer les ressources, prévoir les évolutions, planifier (le mot ne serait plus à la mode chez les esprits bien pensants) son développement, la contrôler, l'évaluer, nécessite non seulement des techniques, mais aussi quelques savoir-faire et être irremplaçables. Car très précisément, en matière de gestion d'établissement sanitaire et social, la relation humaine est prépondérante et ce sera dans le *relationnel* et dans l'habileté du manager à communiquer aux équipes la bonne direction et le bon sens que la réussite tiendra.

D'ailleurs, le fait qu'il s'agisse de conduire d'abord des femmes et des hommes au service d'autres personnes, de les accompagner dans ce travail difficile, appelle à rester réaliste en mesurant bien toute l'ampleur que revêt la dimension humaine dans ce type d'établissement où tout est *relation humaine*. Et ce qui caractérise le *management hospitalier* est bien le fait que ces établissements sont voués à connaître de la vie, de la maladie, des infirmités et de la mort, partant, plus que tout autre, à connaître de l'humain.

Au-delà de ces particularités, s'ajoutent celles qui proviennent de ce qu'un établissement hospitalier, comme toute organisation, est en perpétuelle évolution. En permanence il doit s'adapter à un environnement qui évolue de plus en plus vite. Et s'adapter implique le plus souvent de changer. Changer d'habitudes, de comportements, de façons de faire, de voir, de penser. En l'occurrence, le secteur sanitaire et social, comme tous les autres secteurs du reste, est à l'heure actuelle en pleine recomposition, ce qui rend le changement encore plus nécessaire.

⁷ cf. V. MEYER, Professeur à l'Université de METZ, dans son cours « Compétences professionnelles et impératifs communicationnels » à l'École Nationale de la Santé publique le 15 mars 2007 aux élèves directeurs d'établissement sanitaire et social.

⁸ Encyclopédie de la psychologie, *psychologie sociale*, Éditions Fernand Nathan, 1972.

Dans une vision *statique* le changement est une modification de l'ordre établi jusqu'alors. De façon *dynamique*, il est adaptation permanente à l'environnement. Nous savons qu'il crée de l'incertitude et cause parfois quelques « résistances ». Pourtant, il est inéluctable et il appartient au directeur d'y accompagner les équipes dont il est responsable et d'y adapter l'organisation qu'il dirige en visant les objectifs fixés. L'avenir de la collectivité qu'il dirige en dépend, au moins pour une large partie. Et gardons nous bien de certains préjugés sécurisants découlant de la logique *interventionniste étatique* (« l'État y pourvoira » !). Car rien ne dure et tout peut basculer d'un instant à un autre.

Certes, l'activité d'un établissement qui offre des services hospitaliers depuis des siècles ne semble pas pouvoir être compromise du jour au lendemain. Mais du jour au lendemain pourtant sa *légitimité sociale* (voir *infra*) peut être remise en cause. Aussi est-il important d'accompagner le changement et de le valoriser dans des conditions optimales afin de faire en sorte de ne jamais atteindre le point de *non-retour*.

Le changement dans les organisations est un thème bien connu du management. Il peut provenir du fait même d'organiser. Il résulte aussi parfois d'une volonté de faire toujours mieux. Il y a aussi des changements de techniques, des changements économiques, culturels et sociaux. Aussi le changement n'est il rien d'autre qu'une adaptation aux évolutions permanentes de nos sociétés. Nous pouvons dès lors entendre par changement, le passage d'un état de fait à un autre.

Quoiqu'il en soit, dans tous les cas, une chose est sûre : le changement n'aura d'effets bénéfiques qu'à la condition de se faire dans la continuité de la mise en œuvre et du suivi de la réalisation des actions engagées pour l'assurer. Cela semble tenir de l'évidence, mais de nombreux exemples de *terrain* montrent que le principe ainsi formulé n'est pas observé. Il en va ainsi tout particulièrement dans le cas de l'Hôpital local de RIEZ où j'ai eu la chance de pouvoir faire mon stage de professionnalisation.

Ledit établissement jouit d'une situation tout à fait confortable et pourtant se trouve depuis fort longtemps déjà confronté à de graves difficultés de fonctionnement qui nuisent à la qualité des prises en charge, sanitaires, sociales et médico-sociales. Et il est consternant de le constater. Car enfin, pourquoi un tel établissement, au riche passé, disposant d'un immobilier spacieux, d'agencements et d'installations satisfaisants, d'un personnel aux nombreuses compétences, de médecins, doté de ressources financières substantielles, ayant un taux d'occupation élevé dû à sa situation géographique privilégiée, connaît-il une telle désorganisation de ses services (désorganisation du travail) et de si graves dysfonctionnements (plaintes en tous genres et de toutes provenances – notamment des usagers, personnels, familles) ? Et peut-il encore à ce jour se permettre de vivre de son passé, au jour le jour, sans mettre en péril son avenir presque immédiat ?

Dans tous les cas, cette situation ne saurait perdurer. Le changement s'impose.

Mais comment réussir alors à modifier l'organisation et le fonctionnement de cet établissement alors même qu'il « s'autogère » depuis si longtemps du fait de l'absence de continuité dans les actions entreprises par les directions successives ?

Les propositions que je formulerai en dernière partie découlent des résultats obtenus par investigation et observation. Après avoir formulé l'hypothèse, qui se révélera en partie inexacte, que la succession trop rapide de directeurs, équivalente à une absence de direction, pouvait être la raison des difficultés rencontrées, j'ai cherché à comprendre les causes profondes de la situation pour tenter d'y remédier. Car cela reste possible. C'est même pour le directeur un devoir et l'essence même de son métier que d'assurer « la bonne marche » de l'établissement.

Nous verrons ainsi tout au long de ce travail de mémoire professionnel comment l'Hôpital local de RIEZ, enraciné dans une tradition millénaire et des siècles d'*hospitalité*, assure la permanence de ses missions (1) malgré les vicissitudes présentes qui mettent à mal la qualité des services qu'il rend (2), qualité que seul un management du changement opérant dans la continuité peut garantir (3).

1 Enraciné dans des siècles d'*hospitalité*, l'Hôpital local de RIEZ assure la permanence de ses missions sanitaires, sociales et médico-sociales

Afin d'illustrer cette première partie et présenter l'établissement, une approche historique et géographique s'impose (1.1) afin d'éclairer la dimension de ses missions (1.2).

1.1 Approche historique et géographique de l'Hôpital local de RIEZ

Le principe d'*hospitalité* est la pierre angulaire des civilisations. A l'âge du bronze déjà, l'*hospitalité* apparaît comme vertu essentielle. Ses devoirs sont sacrés et Zeus punit ceux qui les négligent⁹. Les civilisations ont évolué, se sont développées et le principe s'est quelque peu dilué, laissant ses devoirs à la charge des personnes qui veulent bien y consacrer leur temps. Nous pensons là aux *ordres hospitaliers* puis au *service hospitalier* que nous connaissons encore sous ses formes contemporaines. La commune de RIEZ a des origines antiques qui en font une *cité de caractère* (1.1.1) tandis que les premières traces de l'Hôpital datent de l'époque médiévale (1.1.2). Les données sanitaires et sociales actuelles seront abordées dans un dernier point (1.1.3).

1.1.1 RIEZ, une *cité de caractère* aux origines ancestrales

Au cœur du plateau de VALENSOLE, dans le pays du VERDON, la commune de RIEZ se situe au confluent des vallées de l'AUVESTRE et du COLLOSTRE, affluents du VERDON en aval et voies de communications essentielles en ce pays situé aux pieds des premières montagnes alpines (le Département s'appelait autrefois « Basses Alpes »). Le climat y est rigoureux : froid l'hiver et chaud l'été. Mais ce fût là que le peuple pré-romain des *Reii* installa, sur les hauteurs, le premier habitat. C'est un siècle avant notre ère que l'empereur Auguste fonda la *Colonia Julia Augusta Reiorum Appolinaris*, ce qui en fait le plus ancien chef lieu de cité de l'actuel département des Alpes de Haute Provence. La ville se développe et se pare de monuments, thermes publics, forum, temple, dont nous trouvons encore les vestiges.

⁹ *Odyssée, I*, HOMÈRE

Aux premiers temps de la chrétienté, la cité affirme sa prédominance sur le territoire en devenant le siège d'un évêché dont l'influence rayonne sur toute la Provence. On y trouve encore un baptistère et le vestige d'une cathédrale paléochrétiens. RIEZ connaît son apogée au seizième siècle. Après quoi elle décline. La Révolution de 1789 supprime l'évêché et RIEZ devint alors ce qu'elle est encore aujourd'hui, une petite bourgade rurale de mille sept cents habitants, quelque peu isolée (cf Annexes I), pratiquant essentiellement l'élevage ovin et la culture traditionnelle du blé et du lavandin, subsistant accessoirement d'un tourisme friand du pays du VERDON l'été. L'Hôpital de RIEZ quant à lui a des origines dont les traces sont beaucoup moins anciennes et nombreuses.

1.1.2 L'Hôpital de RIEZ, un hôpital aux origines médiévales

C'est en 1271 que l'évêché fonde le premier hôpital à RIEZ. Dans le même temps, la confrérie du Saint-Esprit y installe aussi le sien¹⁰. En 1411, Durand COGORDE, riche bourgeois, en crée un nouveau, « situé en pleine ville et comptant six lits disposés dans trois pièces » afin d'abriter les malades indigents. En 1502, la ville fait reconstruire une léproserie qui fût transformée en 1586 en une infirmerie pour pestiférés. Est fait mention dans l'historique d'un *Règlement de l'évêque de Tende aux recteurs de l'hôpital Saint Lazare de RIEZ* de 1506. En 1611, un nouvel hôpital, *maison hospitalière des pauvres malades et indigents*, est construit sous la Tour de l'Horloge avec les matériaux tirés de la démolition du château de l'évêque et à ses propres frais. Son exemple et ses invitations incitèrent à de nombreux dons. Il assura la bonne tenue de cet établissement charitable et lui assigna des revenus issus de son patrimoine.

En 1706, l'*Hôtel Dieu* est installé sur son site actuel, dans une vaste demeure, face à la cathédrale, par un nouvel évêque, *ami des pauvres*, qui le dota de rentes considérables. Le plus ancien « registre des délibérations » de l'hôpital a été commencé le 27 août 1719. L'hôpital a abrité une école de filles et un « asile de l'enfance » jusqu'à la création de l'école en 1897 et la pharmacie de RIEZ jusqu'en 1945. Ainsi, pendant plus de deux siècles, l'ensemble a été géré par les sœurs Trinitaires de Valence. Depuis, travaux, reconstructions et agrandissements se sont succédés, les derniers datant de 1993, afin d'améliorer sans cesse les conditions d'accueil des personnes et de travail des personnels. L'hôpital « Saint-Esprit » devînt à cette date récente l'hôpital « Lumière » en raison de la nouvelle construction sur trois niveaux d'un bâtiment agencé autour d'un « puits de lumière ».

¹⁰ Toutes ces données ont été recueillies auprès de Monsieur Maxime AMIEL, 94 ans, président de l'Association des Amis du Vieux RIEZ et ancien maire de la commune qui les a lui-même obtenues lors des travaux de thèse de l'École des Chartes d'Elisabeth PELLEGRIN en 1986.

Jusque dans les années 1970 y a été pratiqué l'obstétrique. On y a compté jusqu'à 45 lits de médecine en 1985. L'évolution des politiques sanitaires et sociales a segmenter les types de prises en charge jusqu'à celles que nous connaissons aujourd'hui.

1.1.3 L'Hôpital de RIEZ, un hôpital *local*

Après avoir été *asile*, puis *hospice* et *hôpital rural*, il est devenu en 1971 (l'arrêté est resté introuvable) *hôpital local*. Le terme « local » désigne bien sa vocation d'hôpital de proximité et s'entend bien aux sens géographique et juridique de « collectivité territoriale ». Il offre ses services (1 « lit-porte » pour des accueils inopinés, 4 lits de médecine, 15 lits de soins de suite et de réadaptation, 64 de maison de retraite, 30 places de service de soins infirmiers à domicile ainsi qu'un service de distribution de repas à domicile) à un bassin de population de presque 10 000 habitants (9 568. Sources : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociale Provence, Alpes, Côte d'Azur – Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Alpes de haute Provence ; nombre qui augmente très fortement l'été en raison de l'afflux touristique), répartis sur treize communes et trois cantons, dits du « bas-verdon ». 16 % de cette population a plus de 65 ans et 12 % plus de 75 ans. Le taux d'équipement en structures sanitaires et sociales est calibré en conséquence : 139 lits d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, pour une moyenne nationale de 122 ; le taux d'équipement en services de soins à domicile atteint 23 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus, contre 16 en moyenne nationale. L'équipement du territoire de RIEZ en lits médicalisés est remis en question dans la mesure où le service de soins de longue durée a été redéfini, entraînant sa disparition dudit territoire.

Se trouvent à proximité de l'hôpital local de RIEZ, la maison de retraite communale (ex-hôpital local) de VALENTOLE, construite en 2004, de 90 lits et spécialisée dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (15 lits), à 15 kilomètres (par une route difficile), mais desservant un bassin de vie totalement différent de celui de RIEZ et une autre à PUIMOISSON (à 7 kilomètres), de 60 places, entièrement refaite en 2008. Ce qui semble propice à de nombreuses coopérations. Mais le caractère communal de ces établissements est tel que chacun souhaite conserver sa plus grande autonomie, ce qui limite les coopérations possibles. Toutefois, les établissements ne sont pas dans une concurrence directe forte. Chacun a sa place et la tient. L'Hôpital local de RIEZ pour sa part affiche un taux d'activité soutenue, sa situation géographique isolée le rendant fort utile aux populations locales.

Ainsi, le service de médecine a plus de 80 % d'occupation de ses lits avec une durée moyenne de séjour de 7 jours. Il reçoit les populations locales. Son activité est confortée par un nombre important de prises en charge sur le « lit-porte » (environ 500 passages annuels pour de « petites » urgences : plaies, traumatismes, morsures, piqûres,

tentatives de suicides, douleurs, malaises...). Dans tous les cas, le service justifie son existence, d'autant plus que 7 médecins libéraux sont autorisés à y exercer. Il en va de même pour le service de soins de suite (85 % d'occupation) qui s'adresse essentiellement aux habitants du canton qui, suite à des interventions en centre hospitalier, viennent à l'hôpital de RIEZ (pour des soins en cardiologie et en orthopédie principalement). La majorité d'entre eux a plus de 65 ans et rarement moins de 30 ans. En général leur sortie se fait à domicile. L'activité de ce service devrait augmenter prochainement en raison de la récente coopération qui se met en place entre le service de soins de suite de l'hôpital de RIEZ et le service de chirurgie orthopédique du nouveau Centre Hospitalier de MANOSQUE. L'unité de soins de longue durée, occupée à plus de 100 %, notamment par des personnes de la commune dont la dépendance est très forte (Groupe ISO Ressources Moyen Pondéré = 927), disparaît cette année en raison de sa redéfinition légale, malgré le fort besoin exprimé par les populations locales. Les lits seront transformés en lits de maison de retraite dont le taux d'activité est lui aussi très satisfaisant (quasiment 100 %) ; la moyenne d'âge y est très élevée (90 ans, bien plus que dans les autres établissements – 85 ans en moyenne) avec une autonomie encore assez importante (Groupe Iso Ressources Moyen Pondéré = 642). La provenance des résidents est aussi principalement cantonale. Enfin, le service de soins infirmiers à domicile prend en charge des personnes âgées et très âgées, pendant de longs mois (plus de deux en général) sur les cantons de RIEZ et MOUSTIERS. Toutes ses places sont occupées.

Si bien que l'hôpital local de RIEZ paraît répondre plutôt bien aux besoins locaux avec des équipements bien adaptés en nombre et qualité. Ce en quoi il paraît bien remplir ses missions.

1.2 Les missions sanitaires et sociales de l'Hôpital local de RIEZ

Les missions de l'hôpital local peuvent être réparties en trois catégories : les missions que la loi lui attribue (1.2.1), celles dont le charge le règlement (décrets, arrêtés, circulaires) (1.2.2) et celles qu'il se donne à réaliser par contrats ou conventions (1.2.3).

1.2.1 Les missions légales et la « légitimité sociale » de l'établissement

Établissement public de santé par dénomination de la loi¹¹, il dispense d'une part, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine et sous convention avec les centres hospitaliers voisins de DIGNE et MANOSQUE ; des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ; des soins de longue durée (jusqu'en 2008), comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Il accueille aussi et d'autre part des personnes âgées en maison de retraite – une unité sociale et médico-sociale voit le jour suite à la signature de la « convention tripartite » (article L.313-11 et D.313-15 du Code de l'action sociale et des familles) qui fusionne l'unité de soins de longue durée et la maison de retraite, comme demandé par le législateur¹² - et leur apporte à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie ainsi que des prestations de soins et des repas. Il participe également à des actions de santé publique et médico-sociales coordonnées ainsi qu'aux actions de maintien à domicile en liaison avec les professionnels de santé locaux. Il s'agit là de la description légale des activités de l'établissement. Et nous pouvons constater à quel point le respect de la loi est assuré sur ce point. Ajoutons que c'est par cet aspect *légal* que l'établissement trouve sa *légitimité*. Nous entendons par *légitimité sociale* le fait pour l'établissement de remplir les fonctions déterminées par la société et traduites dans la loi. Le concept est utile pour comprendre que si la société, par son environnement, remet en cause à un moment donné l'existence d'un service, plus rien ne peut garantir sa survie, sauf à lui de s'adapter et démontrer son utilité.

Les aspects légaux sont très complexes en matière sanitaire et sociale, surtout pour les hôpitaux locaux qui pour partie de leur activité sont soumis au code de la santé publique et pour l'autre relèvent de celui de l'action sociale. A quoi s'ajoute le fait que pour chaque partie nous avons un domaine législatif et un autre réglementaire.

¹¹ Code de la Santé Publique, articles, L.6111-1, L.6141-2 et R.6141-8 et suivants.

¹² article 46 de la loi n° 2005 – 1579 du 19 décembre 2005 modifié par l'article 84 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale.

1.2.2 Les missions réglementaires : un « management du management »

Pour ajuster l'activité des établissements sanitaires et sociaux, la loi se complète de règlements (décrets, arrêtés, ministériels, préfectoraux, d'exécutifs régionaux, départementaux et locaux, circulaires). Ce qui explique la façon dont l'établissement s'insère dans les différents plans, programmes, schémas et actions à mettre en œuvre. Les plus importants seront brièvement abordés ici.

Après la promulgation des lois sanitaires et sociales, le pouvoir exécutif met en œuvre les politiques arrêtées. C'est à partir de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qu'a été redéfini le système sanitaire français. A priori, plus de place doit être faite à la prévention ; l'échelon régional est devenu le niveau pertinent d'organisation et des objectifs prioritaires avec indicateurs de suivi ont été fixés. Un cadre de référence a été posé après consultation de conférences régionales de santé des acteurs en la matière (cf. technique de démocratie participative) : le plan régional de santé publique (2005/2009 pour la région Provence Alpes Côte d'Azur dont relève l'hôpital local de RIEZ). A partir de ce plan, des programmes sont définis (ex. prévenir les risques liés au vieillissement) et les établissements sont invités par les autorités à les mettre en œuvre. Parallèlement, un schéma régional d'organisation sanitaire est arrêté par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation après avis des conférences de territoire (2006-2011 pour ce qui concerne l'hôpital de RIEZ) et, par territoires de santé, les autorités déconcentrées veillent à ce qu'il soit suivi par les établissements par la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Il s'agit ensuite de tenir compte de la réglementation qui découle de l'action sociale et notamment du programme inter régional d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie et du schéma gérontologique départemental qui complètent, autant que faire se peut, les dispositifs sanitaires.

Ainsi, tout au long de l'année, l'activité des établissements est ajustée par les règlements qui se fondent sur les dispositions légales : décrets et circulaires relatives aux missions des hôpitaux locaux, à leur fonctionnement ; arrêté du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixant les limites des territoires de santé pour la région, arrêté du préfet de région fixant le calendrier de dépôt des demandes d'autorisation en vue de leur examen en comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, circulaire relative à la prise en charge des urgences, circulaire relative aux décrets réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation, ou relatifs à la mise en place de filières et réseaux gériatriques... Bref, rien n'est laissé au hasard et il appartient au directeur de veiller à ce que l'activité de l'établissement soit bien conforme à ce qui est attendu. Ainsi les établissements peuvent-ils être dans un premier temps *pilotés à distance*. C'est sur ces points que l'on retrouve la dimension managériale.

En effet, c'est par ces dispositions que l'État contrôle les activités afin d'atteindre les objectifs régionaux et nationaux qui ont été fixés, ce qui laisse à penser que les *managers sont managés*. Sur place, le directeur dirige. Mais l'établissement est bel et bien inclus dans un système *cybernétique* (au sens de *cyber, gouver, gouverner* et de *mécanismes de rétro-actions, feed-backs*) qui nous permet de parler de *direction assistée*. Lois et règlements sont ainsi les *outils premiers* du directeur, en ce sens qu'ils donnent les orientations à suivre et permettent de fonder les actions à mettre en œuvre pour conformer l'établissement aux normes en vigueur. Le travail de *veille juridique* est à ce titre une tâche principale du directeur d'établissement qui doit organiser et faire fonctionner les services conformément à la réglementation. De plus, la *législation* applicable aux établissements de santé sert de fondement et souvent d'argument pour défendre l'établissement dans ses missions et positions. Encore doit-elle être non seulement respectée, mais aussi connue, car sa densité masque parfois des principes importants qu'il s'agit pourtant de connaître.

Par suite, la réglementation permet de manager, dans son sens le plus étroit d'organiser et de contrôler, les directions d'établissements. Ce qui ne limite pas pour autant l'autonomie des directeurs dont l'une des plus importantes missions qui lui sont confiées consiste justement à garantir le respect de la réglementation en vigueur.

Ce dispositif législatif et réglementaire complexe se complète d'un autre que nous nommerons *conventionnel*.

1.2.3 Les missions auxquelles l'hôpital s'oblige : un « management par objectifs »

Les missions auxquelles l'établissement *s'oblige* (au sens du droit des obligations et de la théorie des contrats) complètent celles que la législation souhaite voir accomplies. Par la technique de la contractualisation, les établissements s'engagent avec les autorités administratives déconcentrées et décentralisées, à mettre en œuvre les actions déterminées après concertation, en suivant les plans, programmes et schémas cités au point précédent. En contre partie de quoi les autorisations et moyens nécessaires à leurs activités pourront être révisés. Des pénalités sont prévues pour l'établissement en cas d'inexécution de ses engagements. Ce mécanisme est particulièrement intéressant, tant au niveau pratique que conceptuel. En pratique, il permet de s'assurer que les établissements vont bien dans le sens souhaité par le législateur grâce aux indicateurs fixés par les établissements eux-mêmes et permet à ceux-ci de rester utilement opérationnels, meilleur gage de leur pérennité (par exemple, s'engager à former les personnels aux soins palliatifs, à l'évaluation de la douleur, action qui correspond aux objectifs déclinés par le plan régional de santé publique).

En théorie, ce sont des contrats de droit public et nous renvoyons là au droit public le soin de les étudier. Mais pour ce qui nous intéresse, *le management de l'évolution dans la continuité*, nous pouvons reconnaître dans ce procédé contractuel une méthode de *management participatif et par objectif*, elle-même dérivée des principes de démocratie participative. C'est l'établissement lui-même qui fixe ses objectifs et s'engage à les atteindre. Et tout l'art du manager-directeur d'établissement consistera à les faire partager par l'ensemble du personnel dont l'adhésion sera recherchée notamment sur ces points.

Par ailleurs, ces contrats peuvent aussi permettre d'innover et de participer à des actions de santé publique qui intéressent particulièrement les hôpitaux locaux, par exemple « prévenir les risques du vieillissement ». La participation à ce programme va présenter l'opportunité pour l'hôpital d'organiser des séances d'éducation et de prévention en santé à l'attention des personnes vieillissantes de la commune et de créer ainsi du *lien social*. Sans l'existence du contrat, peut-être que nul n'aurait pensé adopter une telle démarche.

Nous trouvons ainsi le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens¹³ par lequel l'hôpital local de RIEZ s'est engagé par exemple à assurer la continuité de la prise en charge des personnes au sein de la filière de soins, avec pour indicateur le nombre de personnes entrant en maison de retraite et ayant suivi la filière organisée. A noter aussi que des volumes d'activité minimale et maximale sont fixés. Ledit contrat fait l'objet d'un suivi annuel. Peut venir s'y ajouter un contrat de retour à l'équilibre financier¹⁴ pour les établissements en difficulté et dont les modalités sont identiques : l'établissement s'engage à mettre en œuvre les actions correctives qui s'imposent et l'autorité concernée accompagne financièrement l'établissement. Cela concerne le volet de l'activité sanitaire.

Pour ce qui concerne l'activité médico-sociale, est utilisé aussi un mécanisme contractuel, mais en l'occurrence, nous parlons plutôt de convention. C'est par convention en effet que l'établissement s'engage, avec le préfet et le président du conseil général, après auto-évaluation de sa situation selon un référentiel en principe librement adopté, à atteindre les objectifs fixés, après détermination des moyens à mettre en œuvre et des indicateurs qui permettront, par suivi, d'évaluer leur réalisation. A l'instar des contrats « sanitaires », nous avons là la même méthode à l'œuvre. L'établissement est invité à fixer lui-même les objectifs qu'on lui souhaite voir atteindre en fonction des principaux attendus des autorités qui ne font que retransmettre les aspirations de la majorité des citoyens (notamment plus de respect des personnes et de leurs droits, meilleure qualité et à

¹³ Articles L.6114-1 et suivants du Code de la Santé Publique et L.313-11 et suivants du Code de l'Action sociale et des Familles.

¹⁴ Article L.6143-3 du Code de la Santé Publique.

moindre coût). Ce qui relève aussi du *management par objectifs*. On s'assure de l'adhésion des établissements aux orientations déterminées.

Nous verrons *infra* que ces contrats et conventions sont de premiers outils de stratégie managériale que le directeur utilise pour manager les équipes. Leur efficacité sera d'autant plus grande que leur finalité aura été bien comprise par tous. Car leur utilisation doit se charger de sens, de significations, afin de permettre à tous d'agir et d'ordonner le travail vers un but commun. Les objectifs ainsi fixés, *objectifs officiels* qui se compléteront d'*objectifs opérationnels*, donnent la direction à suivre afin de faire fonctionner l'établissement de façon efficace. Ils aident ainsi l'établissement à s'adapter aux évolutions de la société, garantissant par là sa « légitimité sociale » et la pérennité de son activité¹⁵. Et c'est une chance pour les établissements que de disposer de tels *instruments*. Bien utilisés, ils permettent non seulement d'ordonner l'activité de l'établissement, de mettre à jour ses techniques et procédures, mais surtout de rester au travail avec les équipes, à leur contact et partant, d'améliorer la qualité des services qu'elles rendent avec l'établissement par le climat de confiance et de collaboration qui est ainsi induit¹⁶. A partir de ces modes de *conduite, de management, de direction*, les principales missions sanitaires et sociales sont confiées à l'établissement, selon des principes de démocratie participative qui se retrouvent dans les pratiques de *stratégie managériale* utilisées dans les établissements.

Nous avons ainsi vu dans ces premiers points que l'établissement qui nous intéresse ici accomplit ses missions sanitaires et sociales depuis des siècles, semblant répondre de la sorte à des besoins qui perdurent quelles que soient les époques et quelles que soient leurs formes. Sûrement, certaines périodes sont plus favorables que d'autres pour garantir des conditions de prise en charge hospitalière de la meilleure qualité possible et celle que nous connaissons en est certainement une de la sorte. Il s'agit dès lors d'en profiter à bon escient.

Toutefois, les temps présents ont aussi leurs lots de variations dues à de nombreuses évolutions, *les vicissitudes*. Parfois favorables, d'autrefois plus malheureuses et mettant à mal la qualité de l'activité d'un établissement, il s'agira dans tous les cas d'assurer sa bonne marche, quoiqu'il advienne.

¹⁵ Sur ce passionnant sujet voir le remarquable ouvrage de Mary-Jo HATCH, *Théorie des organisations*, chapitre IV, éditions De Boek Universités, 2005.

¹⁶ Cf. « *Recherche-Action* », E. CHRISTEN-GUEISSAZ

2 Le constat 2007/2008 : la permanence des missions de l'établissement éprouvée par des vicissitudes qui mettent en défaut la qualité des services qu'il rend

L'objet d'étude du présent travail est issu des premières observations faites sur place. En juin 2007, lors du premier stage de direction, la situation semblait grave et délicate à gérer en raison des nombreux dysfonctionnements signalés chaque jour à la direction (2.1). Organiser les services semblait s'imposer. Mais il fallait déterminer d'abord quelles étaient les causes de cette situation (2.2).

2.1 La situation actuelle : une « situation difficile »

Afin de procéder à son analyse, le modèle conceptuel des organisations¹⁷ a été utilisé en considérant que l'établissement, comme toute autre organisation, est une interaction entre ses structures sociale (2.1.3) et physique (2.1.2), interaction ayant lieu dans un environnement (2.1.1) qui le façonne et qu'il contribue à façonner¹⁸.

2.1.1 L'environnement de l'Hôpital local de RIEZ : une « véritable aubaine »

Outre les données sanitaires et sociales évoquées précédemment et celles qui nous plongent au cœur de l'actualité des évolutions socio-économiques contemporaines, nous verrons de l'environnement dudit hôpital les principales composantes.

D'abord, son climat méditerranéen l'été et montagnard l'hiver, rendent les gens du pays quelque peu rudes, comme les *bas-alpins* d'autrefois, avec une nette tendance au tempérament méridional, plus préoccupés par le temps qu'il fait que par les dégradations irrémédiables que subit la cathédrale de RIEZ par exemple. Ce qui a un impact certain sur les modes de management à préférer. Devenu territoire attractif en raison notamment de son climat ensoleillé, les personnels sont recrutés localement assez facilement, qu'ils soient médicaux, paramédicaux, techniques ou de services. Ainsi, sept médecins libéraux dont un spécialisé en cardiologie interviennent dans l'établissement et assurent une garde médicale vingt quatre heures sur vingt quatre, sept jours sur sept. Un cabinet de kinésithérapie loue des locaux à et dans l'hôpital même et seront bientôt installées des consultations de psychiatrie. Les infirmières libérales sont en nombre suffisant pour couvrir le territoire d'activité du service de soins infirmiers à domicile. Nous verrons un peu plus loin que l'hôpital dispose aussi en interne de nombreuses compétences professionnelles.

¹⁷ Id. MJ HATCH, *Théorie des organisations*.

¹⁸ Id. E. CHRISTEN-GUEISTAZ, *Recherche-Action*.

Pourtant, aux dires mêmes des autorités de tutelles et des directeurs des établissements voisins, l'hôpital local de RIEZ est réputé *difficile et ses agents, incontrôlables*. Nous allons voir en quoi.

Pour trouver à s'approvisionner, même si la commune est quelque peu excentrée, l'hôpital local de RIEZ est bien desservi. C'est un peu plus problématique quand il s'agit d'équipements ou de travaux. Le véritable *hic* est celui qui concerne les retards de paiement des fournisseurs. D'après les analyses comptables et financières¹⁹ ces retards atteignent jusqu'à 241 jours pour certains fournisseurs (cf. Annexe n°3). Il en va de même pour le paiement des cotisations sociales qui accuse un retard important. Comme par ailleurs les recettes de l'établissement se réalisent avec d'aussi longs délais, il est inutile de faire de longs discours pour comprendre que l'établissement n'a plus de trésorerie et les conséquences néfastes que cela entraîne dans les relations avec les fournisseurs, les clients, les organismes sociaux, le comptable de l'établissement et au sein même du fonctionnement de l'hôpital ainsi entravé dans ses marges de manœuvre réduites à néant. Hormis cette difficulté et bien qu'elle soit de taille, l'établissement entretient de très nombreuses relations avec de très nombreux partenaires (fournisseurs, consultants...), usagers, familles... d'autant plus facilement qu'il se situe dans les murs de la cité, au cœur du village. Toutefois, comme nous le verrons aussi, l'image qu'a la population de l'établissement est loin de faire l'unanimité.

L'hôpital développe aussi, avec plus ou moins de réussite (tant les difficultés d'organisation de la coopération sont nombreuses et coûteuses), des relations avec les établissements de VALENSOLE et de PUIMOISSON dont il partage la direction et trois agents administratifs (pour la paie, la facturation et les finances) avec le premier et le cadre supérieur de santé avec le second. Bien que ces coopérations soient intéressantes, elles compliquent la situation plus qu'elles ne l'arrangent (ex. la *facturation* de l'hôpital de RIEZ se fait à VALENSOLE, ce qui cause de nombreux désagréments, à commencer par les retards). De bonnes relations sont aussi entretenues avec les centres hospitaliers et les autres cliniques du département et des départements limitrophes (Var et Bouches du Rhône principalement). Des filières de prise en charge sont ainsi organisées, mais selon une *culture très orale* (alors même que nous sommes en pays de droit romain !). Ce sont les médecins, avec le cadre de santé et les secrétaires médicales qui assurent au mieux les hospitalisations nécessaires en fonction des cas qui se présentent. Toutefois, obligation est faite de formaliser, notamment dans le cadre de l'organisation de la filière de soins gériatriques, les parcours ainsi suivis.

¹⁹ Tableaux de Bord des Indicateurs Financiers des Établissements Publics de Santé du Ministère des Finances (TBFEPS) et d'Analyse Financière de l'École des Hautes Études en Santé Publique (ANAPEPS / EHESP).

De la sorte, l'établissement se trouve au sein d'un vaste réseau de relations de toutes natures dont il s'agit de prendre en considération le moindre des éléments sachant que des effets sur un seul d'entre eux vont se propager à travers l'ensemble (ex. la restructuration récente des services du Trésor public a aggravé indirectement la situation financière de l'établissement, ce qui retentit sur l'ensemble de ses fournisseurs et l'ambiance de travail).

La partie sociale de l'environnement se distingue peu de ce qui est connu ailleurs dans l'Hexagone si ce n'est une démographie un peu plus vieillissante qu'en moyenne et un style de vie méridional. Il y a peu de relation, pour ainsi dire aucune, avec le système éducatif (si ce n'est la livraison de repas aux cantines scolaires et la présentation annuelle des métiers hospitaliers au collège) et très peu de pratique religieuse, au grand dam du seul prêtre de la paroisse dont le siège est situé face à l'entrée de l'établissement. Rien de spécifique au commerce local, sauf ce que l'on dit quand l'établissement est le premier employeur du territoire : à défaut de contribuer à son développement, il contribue au moins à son maintien économique. Les professions sont quasiment toutes représentées à RIEZ.

L'environnement culturel est marqué par l'hôpital local du fait de sa longue histoire dans la commune et de l'empreinte qu'il laisse encore aujourd'hui dans la cité. Comme partout, la plupart des traditions ont évolué, les comportements ont changés et les valeurs sont devenues ce qu'elles sont ailleurs : richesse matérielle, irrationalité, renforcement des droits et libertés individuelles, problèmes de qualité, d'environnement.

Quoiqu'il en soit, nous savons à quel point l'environnement est important et combien il faut le prendre en considération et le *ménager*. De fait, l'activité du directeur ne s'arrête pas aux murs d'enceinte de l'hôpital et se déploie sur tous ses environs, celui-ci devant parfois, même souvent, *manager* à l'extérieur (par exemple, il devra montrer beaucoup d'habileté pour assurer de bonnes relations entre les personnels de l'établissement et ceux de la trésorerie publique alors que les tensions se font vives de part et d'autre et que les désaccords peuvent se révéler tout bonnement catastrophiques (par exemple, le non-règlement des salaires avant la fin des mois) ; de même, il s'agira encore de faire preuve de beaucoup de *ménagement* pour expliquer aux médecins et aux infirmiers libéraux pourquoi cela fait deux ans que le paiement de leurs honoraires se fait avec huit mois de retard ; ou encore pour *brief* (analyser en commun et exposer précisément la situation) les fournisseurs en situation monopolistique qui seraient tentés d'en abuser.

Dans son ensemble, hormis les contraintes environnementales que toute personne connaît au quotidien, l'établissement se situe dans un environnement qui lui est favorable et dont il peut tirer le plus grand profit.

Sauf que sa situation actuelle lui impose de régler au préalable des priorités internes plus importantes avant que de pouvoir commencer à s'intéresser et développer des relations plus profitables avec son environnement, bien qu'il s'agisse de faire les deux en même temps. En attendant, il lui appartient quand même de veiller à avoir des *effets structurants* bénéfiques pour l'ensemble, comme tout un chacun, afin de ne pas aggraver la situation et l'améliorer autant que possible.

2.1.2 La structure physique de l'Hôpital local de RIEZ : un réel besoin d'entretien

L'intérêt qui doit être porté à la structure physique de l'établissement est primordial tant son influence est grande, aussi bien sur la formation de l'identité des personnes, des groupes et de l'établissement même, que sur leurs comportements et l'organisation du travail. Les éléments de la structure physique sont les bâtiments, leur localisation, leurs mobiliers et équipements, mais aussi et surtout, le style et la décoration, le tout véhiculant de fortes valeurs symboliques qui imprègnent les esprits (il suffit pour s'en convaincre d'observer le respect qui est porté par exemple à un palais de justice multiséculaire et au personnel qui y travaille). C'est pourquoi nous devons être attentifs, en tant que directeur, à ce que la structure physique de l'établissement soit dans le meilleur état d'entretien possible. A quoi auraient servi toutes les campagnes d'humanisation des hôpitaux si nous nous retrouvons quelques temps après face à un hôpital qui tombe en décrépitude ? Or la capacité de l'établissement à assurer l'entretien de son bâti dépend directement de sa gestion et de la sensibilité des agents à cet aspect des choses. En l'occurrence, depuis le dernier agrandissement de 1993, quasiment plus rien n'a été fait pour l'entretenir comme il devrait l'être, faute de prévisions et de provisions calculées et effectuées réellement. Nous verrons plus loin pourquoi. Mais tant et si bien que l'hôpital fait aujourd'hui *grise mine* alors que son patrimoine constitue une véritable richesse (cf. annexe 2). Pour certaines personnes interrogées il présente « une image contraire à ce que doit être celle d'un hôpital ». L'effet sur les usagers est tout aussi assuré : « si dedans c'est comme dehors, mieux vaut éviter d'y aller ». Quant au personnel : « on pourrait faire quelque chose quand même ! », laissant sous entendre « presque la honte d'y travailler ». Nous voyons là les conséquences d'un simple défaut de crêpi. Les répercussions sur l'ambiance de travail et sa qualité sont directes. Et faute d'argent en caisse à ce jour, les murs restent tels qu'ils sont devenus. Hélas, ce n'est pas tout. Le bâti représente aussi presque cinq mille mètres carrés de surface pour quatre vingt trois lits. Et pourtant il reste des chambres à deux lits et pire, trois chambres sont réquisitionnées pour servir de local à archives.

La dernière construction pourtant, avec son « puits de lumière », paraît être une tentative architecturale osée. Mais, outre les nombreuses malfaçons qui l'entachent (le défaut de suivi n'ayant pas permis de les repérer à temps), le bâti n'est pas du tout

ergonomique²⁰. Pour finir de brosse le tableau (j'aurais préféré dépeindre la maison de retraite idéale) il reste à signaler que le service de médecine n'est plus aux normes (ni architecturales, ni techniques), que la vétusté du bâti central rend son entretien difficile et coûteux, que les cuisines ne répondent pas aux normes applicables depuis le jour de leur mise en service même (absence de vide sanitaire), ainsi que sont laissées à l'abandon depuis de nombreuses années, pour raison de coûts exorbitants, des installations de balnéothérapie qui n'en finissent plus de moisir, causant par là de réels risques sanitaires. Les vestiaires du personnel, particulièrement exigus au regard du nombre d'agents, sont dans un état déplorable, tout comme leur salle de repos. De là, quel impact peut avoir la structure physique de l'établissement sur les personnes et leur état d'esprit ? Pourtant, ledit hôpital à tout ce qu'il faut pour être en état de marche. Pourquoi semble-t-il laissé à l'abandon ? Et quelle influence tout cela peut-il avoir sur le moral des équipes en particulier ? Au vu de l'état général du bâti, les éléments de mobilier semblent de peu d'importance, hormis les installations techniques et médicales. Des éléments comme la signalétique et la décoration sont négligés. On ressent bien à la visite des lieux que plus personne ne s'est préoccupé de ces aspects là, pourtant primordiaux pour la qualité de vie dans l'établissement, non seulement en termes d'image ou de représentations symboliques. Un plan de restructuration avec un programme pluriannuel d'investissements devrait être élaboré dans les plus brefs délais. Le dernier retrouvé date de 2005 et n'a pas été mis en œuvre. Pire, il ne prévoyait rien pour les gros travaux. Pourtant, les non conformités majeures des services de médecine et de cuisine menacent directement les autorisations de fonctionner de l'établissement qui, du jour au lendemain peut se retrouver en fâcheuse situation s'il se les voit retirées. Il aura pourtant été prévenu à maintes reprises, tant par les services vétérinaires que par ceux de la direction des affaires sanitaires. En somme, la structure physique de l'hôpital local de RIEZ présente de graves carences pesant directement sur la qualité des prises en charge. C'est une grande faiblesse pour l'établissement qui par ailleurs n'a pas directement les moyens d'y faire face dans l'immédiat, même s'il dispose budgétairement de quoi (cf. annexe financière, taux de vétusté et les autres ratios), n'ayant plus de trésorerie suffisante. Il s'agira pourtant de trouver ces moyens en accomplissant toutes les démarches nécessaires auprès des organismes compétents (Agence Régionale de l'Hospitalisation, Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie, Fonds de Modernisation des Établissements de Santé, Caisses d'Assurance Maladie, Collectivités Territoriales...) ou en passant un « contrat local pour l'amélioration des conditions de travail » (ce que ne peut faire du reste à ce jour l'hôpital local de RIEZ dans la mesure où il doit au préalable mettre en place un

²⁰ Cf. le rapport d'inspection de la Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Alpes de Haute Provence des 22 et 23 avril 2008.

Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, qui n'a toujours pas été créé). Nous allons voir que de la même façon que la structure physique de l'établissement est laissée à son triste sort, sa structure sociale n'est guère mieux lotie.

2.1.3 La structure sociale de l'hôpital local de RIEZ : un fort besoin de cohésion

Nous viserons ici principalement ce qui a trait aux relations qui existent dans l'établissement entre le personnel, ses fonctions et les services auquel il se consacre.

La poursuite du stage de direction, de novembre 2007 à juin 2008, m'a permis de comprendre à quel point la qualité des prises en charge est tout d'abord intrinsèquement liée à la qualité des conditions de vie et de travail des personnes accueillies et du personnel. Il faut savoir que les produits de l'activité de l'établissement ont représenté (tous budgets consolidés) quatre millions huit cent mille euros en 2007, en augmentation constante d'années en années. Ce qui lui permet de mettre en œuvre des prises en charge avec des moyens conséquents : 74 Equivalents Temps Plein, 80 agents, (tableau des effectifs arrêtés après signature de la convention tri-partite le 31/12/2007), dont 1 d'animation, 1 de kinésithérapie, 0.4 de médecin coordonnateur, 0.25 de psychologue, 1 de pharmacien praticien hospitalier (temps partiel 5/6) et 1 préparateur en pharmacie temps plein, 10 d'infirmiers diplômés d'État et un Cadre supérieur de santé, 24 aides-soignants dont 1 aide médico psychologique, 16 agents des services hospitaliers (dont 2 agents d'entretien qualifiés), 7 agents de cuisine, une diététicienne (pour 0.5), 3 pour les services techniques et 2 pour le service de ménage centralisé, le reste (6.5) pour les services administratifs. Ce qui donne un ratio global de 0,89 équivalent temps plein par lit. Nous avons vu que les ratios concernant le corps médical sont de 1 médecin pour 12 lits. Ils sont de 1 infirmier pour 8 lits et de 1 aide-soignant pour 4 lits. Ce qui est très légèrement supérieur à ce qu'a déterminé la Fédération Hospitalière de France qui préconise 1 infirmier pour 9500 points *Groupe Iso Ressources* et moindre pour les aides-soignants pour qui est préconisé un ratio de 1 pour 2500 points²¹. Les effectifs étaient de 71 équivalents temps plein en 2002 et de 76 en 2005. Les logiciels de gestion du personnel utilisés nous fournissent un très grand nombre d'informations relatives aux indicateurs démographiques et sociaux utiles à la gestion : en l'occurrence, la pyramide des âges et le calcul de la moyenne d'âge expriment une tendance au rajeunissement du personnel. Mais bien d'autres statistiques utiles à la prospective peuvent être utilisées. L'étude de l'absentéisme traduit bien les difficultés de fonctionnement et d'organisation : 2718 jours d'arrêts en 2007 (soit 37 jours par équivalent temps plein), contre 1902 en 2002 (27 jours par équivalent temps plein). Ce qui était déjà beaucoup, la moyenne haute des établissements se situant autour de 20.

²¹ Base de données 2003 de la Fédération Hospitalière de France.

Nous notons dans cet intervalle une augmentation continue du nombre de jours d'absence et une explosion du nombre d'accidents de travail (de 105 en 2002 à 745 en 2007) et de maladie ordinaire (de 599 à 1236). Par quoi s'expliquent ces augmentations sensibles (respectivement x7 et x2 en cinq ans) qui indiquent peut être des conditions de travail dégradées²² ?

Bien que l'établissement soit bien doté en personnel et compétences, avec toutes les opportunités que cela représente en terme de ressources humaines, l'atmosphère de travail était encore à la fin de l'année 2007 moins que passable : mauvaise communication, mauvaise coordination, mauvais fonctionnement, mauvaise organisation, comme le révèlent les entretiens avec le personnel, les disputes et les discussions incessantes, les plaintes des personnes prises en charge et celles de leurs familles.

Il y a aussi absence totale de bilan social et d'évaluation du personnel depuis des années, de protocole d'accord 35 heures, d'enquête et d'étude, de projet social. Existe à peine un comité technique d'établissement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail n'ayant toujours pas été mis en place, pas plus que la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. En bref, à l'instar du bâti de l'établissement qui n'est pas entretenu, la structure sociale de l'établissement semble se déliter, alors même que l'une comme l'autre constituent de véritables richesses pour l'établissement. Le lecteur est-il alors en train de se demander, comme je me le suis aussi demandé, comment et pourquoi un tel établissement, si bien situé, si bien doté, en moyens, en personnel, obtient-ils de si piètres résultats en termes de qualité de travail, de service et de soins, alors même que les besoins sanitaires et sociaux des usagers du territoire s'expriment clairement par le niveau élevé de son activité ? et le lecteur commence-t-il à entrevoir en quoi se situe la cause de cet état de fait qui appelle avec insistance à un changement quasi radical ?

Je m'abstiendrai de relever ici l'ensemble des plaintes de toutes natures qu'engendre une telle situation, mais en résumé le personnel s'est plaint d'abord d'une charge de travail trop importante, irrégulière et mal répartie entre services, d'un manque d'entente et de coordination entre les services et d'une organisation du travail trop chaotique ainsi que de la mauvaise ambiance. Les patients et les résidents n'ont cessé de relever des problèmes en restauration et en matière d'hébergement (traitement du linge notamment). Quant aux usagers et aux familles, certains vont jusqu'à payer des personnes tierces à l'établissement pour faire manger leurs parents aux heures des

²² Cf. V. MEYER, Professeur des Universités, *L'absentéisme : mal être ou bien être dans l'institution ?* Les Cours de l'École Nationale de Santé Publique, module « Communication », filière des directeurs d'établissement sanitaire et social, 2007.

repas, se plaignant essentiellement des défauts du personnel dans la qualité des prises en charge et du travail d'accueil et d'accompagnement des personnes.

En somme, la structure sociale de l'établissement, à l'image de sa structure physique (et financière), présente de nombreuses défaillances auxquelles les missions de directeur appellent à remédier, l'hôpital local de RIEZ ne pouvant ignorer plus longtemps les exigences de son environnement qui lui est pourtant favorable encore à ce jour. Aussi, une (ré)organisation des services s'impose afin de garantir la bonne qualité des prises en charge et des conditions de travail qui déterminent la bonne qualité de vie dans l'établissement. Mais quelles sont les causes de cette situation ?

2.2 Les causes de cette situation difficile

Il semble aller de soi que face à une telle situation nous ne puissions éviter d'en rechercher les causes afin d'y porter remède. Chacun peut avoir son idée. Aussi ai-je tâché de les trouver de façon *objective* par enquêtes et entretiens (2.2.2) après avoir formulé l'hypothèse de travail selon laquelle « l'absence de direction » pouvait être à l'origine de cette situation (2.2.1). Les résultats révèlent que plus que l'absence de direction, c'est l'absence de continuité dans les actions engagées par les directions successives et le défaut de management qui sont les véritables causes de cette situation (2.2.3).

2.2.1 Selon l'hypothèse de « l'absence de direction »

C'est en mars 2007 que fut mise en place la direction actuelle après presque deux années d'intérim qui faisaient suite elles-mêmes à une succession très interrompue de directions et d'intérim (on a compté jusqu'à huit directions différentes au cours des dix dernières années). A se demander pourquoi les directeurs nommés à RIEZ restent-ils si peu de temps. Que se passe-t-il donc dans cet établissement ? et que se passe-t-il aussi au niveau de la « gestion déconcentrée des directeurs d'établissement²³ » ? Nous précisons aussi qu'il en est allé de même pour le poste de Cadre de Santé. Si bien que suite à la question de savoir pourquoi l'établissement connaissait de telles difficultés d'organisation et de fonctionnement, je posai l'hypothèse immédiate selon laquelle l'absence chronique de directeur et de cadre de santé était la cause de la désorganisation

²³ Décret n°2001-1343 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissement sanitaire et social dont la disposition relative à leur mode de gestion n'a pas été reprise par le nouveau statut.

des services de l'établissement. Cette hypothèse correspond par ailleurs à celle qui fut émise lors d'un cours de droit des établissements sanitaires et sociaux²⁴ : « si les établissements et les autorités estiment qu'il n'y a pas besoin de directeur, qu'ils nous le disent ! ». Car en fait, l'exemple de l'Hôpital local de RIEZ en témoigne, et c'est ce que j'entends montrer, en l'absence de direction, un établissement perd ses repères, quelle que soit la qualité d'une éventuelle « auto-gestion » qui se mettrait en place. Pour en avoir confirmation, je me suis donc mis en quête d'informations.

2.2.2 Selon les enquêtes et entretiens

Pour réaliser cette enquête, j'ai d'abord effectué de multiples recherches auprès de différents services, comme ceux de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales – Service des Actions de Santé ou du Comité Départemental pour l'Education à la Santé, et, après instructions²⁵ et recherches auprès de ce qui a été déjà fait, après lecture de *bons ouvrages*, au regard de la problématique posée et par raisonnement, réflexion et intuition, les guides d'entretien ont été élaborés et testés avant d'être utilisés (cf. Annexes 4). Toutefois, après mûre réflexion et maints conseils, j'ai opté pour « l'entretien préparé semi-directif » afin d'obtenir des réponses contextuelles et m'assurer d'un minimum de contenu d'entretien en prévoyant quelques questions-guide. Ce choix semblait préférable, les questionnaires, même à questions ouvertes, n'offrant pas toute la liberté nécessaire à l'expression des opinions. D'ailleurs, avant même de me préparer à réaliser des entretiens, j'ai envisagé d'utiliser des questionnaires. Mais en les concevant je m'apercevais que les questions élaborées ne faisaient qu'amener les personnes interrogées à dire ce qu'on aimerait les entendre dire. J'ai donc cherché à faire autrement pour obtenir d'elles des réponses et des observations plus subjectives, des informations qui soient d'une autre nature que celles attendues, de l'inattendu pour ainsi dire. C'est ainsi que j'ai élaboré les guides d'entretien, par le truchement desquels j'espérais obtenir les informations recherchées, après avoir conceptualisé la question (pourquoi l'établissement rencontre-t-il tant de difficultés dans l'accomplissement de ses missions ?).

²⁴ Jean-Marc LHUILLIER, cours de droit des établissements et services sociaux et médico-sociaux du 7 mars 2007, « définition de la notion d'établissement », sur la recomposition en cours du secteur social et médico-social, notamment la mise en place de directions communes. École Nationale de la Santé Publique.

²⁵ Le Protocole d'enquête – F. QUIDU – ENSP 2007

Les objectifs de cette enquête étaient de connaître les points de vue et les opinions des personnes sur les principales caractéristiques et problématiques de l'établissement, selon leur propre opinion, sous le couvert des guides élaborés, afin d'en déduire les principales réponses à nos questions et faire ressortir éventuellement les principaux défis que l'établissement doit relever selon leurs avis. C'est la méthode qui m'a paru la plus adaptée aux cadres du présent mémoire et de la réalité difficile du terrain. Les personnes entretenues ont été les personnels, les patients des services de médecine et les résidents de l'unité sociale et médico-sociale, les citoyens (usagers). Les principes de confidentialité des données et d'accord de participation ont été posés.

A été aussi prévu de recueillir leurs propositions sur les orientations qu'ils aimeraient voir prises et suivies et de lister leurs doléances.

La démarche a présenté de nombreuses limites : d'abord, au près des usagers qui ont bien voulu m'accorder un instant d'entretien. Ils sont tous différents et tous placés dans des situations différentes. L'analyse des entretiens le montre, il est impossible de dire « x % des personnes pensent que... » et « y % que... »²⁶. On ne peut relever que les avis qui paraissent importants au regard du questionnement.

Auprès des résidents ensuite : d'une part, leur grand âge a sa propre cohérence et ils ne semblent pas exiger de véritable changement si bien que, sauf exception, tout leur paraît bien.

Enfin, par rapport aux entretiens effectués auprès des personnels, est ressorti d'abord le discours officiel ambiant : qualité de la prise en charge, des pratiques professionnelles, respect des personnes... (précisons que l'établissement est en pleine convention tripartite, contrat d'objectifs et de moyens, projet d'établissement et certification, le tout en même temps, depuis le début de l'année 2008). Disons aussi que, outre le paramètre temporel qui a fait qu'il était difficile de prendre un peu de temps à des professionnels déjà surchargés de travail, au même moment où j'ai commencé les entretiens, une inspection de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de deux jours est venue de surcroît compromettre ma propre investigation, en ce sens qu'il m'a été bien difficile par suite de la poursuivre dans le nouveau climat qui s'est fait alors.

L'immense impact sur le personnel de l'établissement d'une telle inspection est à signaler. Bien qu'elle *légitimise* le travail de tous, le personnel comprend mal son sens et se focalise sur l'aspect inquisiteur de l'inspection, alors qu'elle n'est qu'une « méthode de management » (cf. contrôle).

²⁶ Voir sur ce point le cours d'analyse de processus du Professeur des Universités C. LEMOENNE, du 18 juillet 2007 à l'École des Hautes Études en Santé Publique.

A noter aussi que l'arrivée puis le départ dans la même année 2007 d'un cadre de santé et la nouvelle arrivée début 2008 d'un nouveau cadre supérieur de santé ont quelque peu brouillé les pistes de ma démarche que j'ai dû adapter pour en tirer le plus grand profit, les façons d'encadrer le personnel de l'ancien Cadre puis du nouveau Cadre Supérieur de Santé ayant confirmé mon analyse et justifié le présent discours qui a trouvé de ce fait à connaître son application pratique en même temps que je le concevais.

Ajoutons que l'ensemble de mon investigation a eu lieu pendant la période de remise du rapport LARCHER, ce qui l'a rendue beaucoup plus attractive pour les personnels et les usagers qui s'y sont prêtés.

Tels ont été les principaux éléments qui ont limité et dépassé ainsi la portée de mon *enquête*. J'ai ensuite procédé au traitement des informations recueillies à partir d'une grille d'analyse type qui a consisté à croiser les informations recueillies avec les éléments du sujet qui nous occupe. Nous exposons les résultats de l'analyse des entretiens au point suivant.

2.2.3 Après analyse : le défaut de continuité dans la direction et l'absence de management sont les causes premières de la désorganisation des services de l'établissement

Qu'ont révélé les entretiens ? D'abord les entretiens avec les personnels. J'aurais aimé pouvoir m'entretenir avec tous, mais c'était impossible (quatre-vingt personnes). Aussi ai-je dû me contenter de seize entretiens qui semblent avoir dégagé les principales problématiques auxquelles est confronté l'établissement.

De façon générale le personnel est assez satisfait d'y venir travailler, même si tout n'y est pas parfait « c'est un bel outil de travail, dont l'image longtemps décriée doit être réhabilitée ». Même s'il sait qu'il est voué à prendre en charge de plus en plus souvent de personnes âgées, il reste très attaché à l'activité « sanitaire » (services de médecine) de l'établissement. L'image qu'il en a est celle d'une situation quelque peu dégradée, mais garde espoir de retrouver des jours meilleurs (*il en a vu d'autres !*).

Ce qui marque le plus le personnel est la direction « changeante ». Il faudra d'ailleurs beaucoup d'enthousiasme et de patience au prochain directeur pour restaurer l'image que les personnels se sont fait des directeurs et montrer qu'il n'y a pas lieu à généraliser. A leurs yeux, l'établissement leur servirait de *tremplin professionnel* et *ils ne se seraient pas consacrés au bien de l'établissement depuis fort longtemps*.

Le président de la commission médicale de l'établissement, présent depuis vingt ans, ne veut plus entendre parler de projet d'établissement, ayant été sollicité trop

souvent pour *rien*. Pourtant, tous s'attachent à reconnaître qu'il en faut un et tous espèrent pouvoir retrouver la *confiance* qu'ils cherchent auprès de la nouvelle directrice.

Cette mauvaise image qu'ils ont de ces directeurs qui *passent sans s'attarder*, se *servent de l'établissement comme d'un tremplin*, est pourtant pour eux ce qui semble le mieux expliquer les difficultés de l'hôpital local de RIEZ qui présente toutefois un *fort caractère*. Son organisation et son fonctionnement sont décriés : problèmes continuels de planning, d'entente entre les personnes et les services. Alors que tous se préparent à la certification de novembre 2008 par la Haute Autorité de Santé, ils constatent à quel point l'accréditation par l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé, en 2004, n'a pas été suivie d'effets : toujours la même absence de règles et de procédures, de définition des postes et d'organigramme, de livret et de procédure d'accueil, de dossier individuel des patients, de contrat de séjour, des registres du personnel et des résidents, de projet d'établissement... Ce qui consternent notamment les personnels de soin les plus jeunes qui ont appris de nouvelles techniques. Pour autant, à part le président de la commission médicale qui suggère de faire preuve d'un autoritarisme intransigeant, aucun ne voit vraiment ce qu'il faudrait faire pour remédier à la situation. Un nouveau cadre de santé a enfin été nommé en janvier 2007. Ayant imposé dès son arrivée de nouveaux plannings, alors que les équipes avaient pris l'habitude de les réaliser elles-mêmes, il s'est retrouvé confronté d'emblée à l'échec et a dû quitter l'hôpital le trente et un décembre suivant. Ce qui a profondément ému le personnel qui pourtant avait recherché son départ.

Les agents sont conscients de la nécessité « d'entente ». Mais *ceux sont toujours les mêmes qui font des concessions et d'autres valoir leurs droits*. Ils attendent de la direction que les conflits soient tranchés. Le cadre et les horaires de travail semblent leur convenir. Peu nombreux sont ceux qui cherchent à l'améliorer, paraissant résignés à faire avec ce qu'ils ont. Quand on leur parle de carrière professionnelle, ils sont contents d'être à RIEZ et regrettent de ne pas voir leurs souhaits de formation réalisés.

Ils sont quasiment ignorants des dispositifs législatifs, réglementaires et contractuels dans lesquels s'insère l'activité de l'établissement. Il y a eu une tentative de projet d'établissement en 2005 qui n'a pas abouti et la convention tripartite a été signée en dernière minute le trente et un décembre 2007. Une nouvelle procédure de certification est mise en œuvre dans le plus grand scepticisme, faute d'être comprise comme elle devrait l'être et semble ne pas donner beaucoup d'espoir même si elle vient à bon escient rappeler *ce qui devrait être fait*.

Si leurs missions leurs semblent assez bien définies, celles de l'établissement le sont vaguement. Les agents rappellent assez souvent la *charge de travail* qu'ils ont, trop lourde et trop irrégulière, pensant par là remplir la leur.

Tous sont d'accord pour *une bonne qualité des prises en charge, le respect des personnes et des droits, la bienveillance*. Mais la bonne qualité des *relations personnelles au travail* ne fait pas l'unanimité. Des groupes se sont formés : ceux des cuisines, ceux des services de soins à domicile, ceux des services techniques, administratifs, entre lesquels la communication est devenue difficile. D'où de sempiternelles plaintes et de nombreux dysfonctionnements découlant principalement de défauts d'entente et de coordination entre les services et les agents. Les manières de parler, le ton sur lesquels les choses sont dites, la qualité des transmissions, sont révélateurs d'un climat social tendu.

Très rares sont ceux qui se préoccupent de l'avenir de l'établissement. Pourtant, l'exemple du centre hospitalier voisin de DIGNE où 50 emplois sont supprimés cette année pose questions. La diffusion des informations leur paraît insuffisante et il y aurait défauts de communication. Selon leurs perceptions, l'établissement ne véhicule pas une bonne image à l'extérieur et les agents montrent du doigt *la zizanie* qui y règne depuis longtemps. Les horaires de travail semblent convenir aux besoins des usagers. Ils aimeraient voir les locaux *renovés* et *adaptés* aux évolutions.

A leur avis, même si « l'absence de direction » n'explique pas tout, elle apparaît quand même la cause principale des nombreux maux qui accablent l'établissement. Ils attendent essentiellement de *l'autorité, du cadrage et des directives*, d'une direction avec laquelle ils puissent *travailler en confiance, qui reconnaisse leur travail, qui soit à leur écoute, leur accorde des responsabilités et qui règle les procédures de travail*.

Ils demandent surtout *de la continuité* dans les actions entreprises. Ne pas toujours *tout recommencer* pour les services de soins, *du suivi*, notamment dans les travaux, pour les responsables des services techniques et d'entretien, de la *cohérence dans les actions* pour le service diététique et du *sérieux* pour le chef de cuisine qui, depuis 1993 n'a toujours pas réussi à obtenir une cuisine *conforme*. Ce qui désespère tout le personnel, personne ne semblant s'occuper de rien.

Après s'être attaché à savoir ce que pensait le « personnel » de l'établissement, il s'agit de voir aussi, pour le cas où de nouveaux éléments puissent être apportés, ce qu'en pensent ceux qui y sont pris en charge, patients et résidents. Pour ces derniers, les choses sont bien différentes et rares sont ceux qui ont connaissance des difficultés profondes de l'établissement. Ils sont très âgés, avec les limites que cela pose en terme de *raison* et les rares qui présentent un degré de conscience suffisant pour savoir ce qui se passe dans l'établissement sont des personnes *handicapées vieillissantes* de moins de soixante-cinq ans qui ne trouvent pas la place qui leur conviendrait ailleurs. Toutefois, seront remarqués ici les éléments qui nous intéressent le plus au regard de notre étude sur la nécessité d'un management continu.

Rares sont ceux, mais il y en a, qui sont contents d'être *mis en institution*. Les résidents désavouent le fait d'être à *l'hôpital*. Ils aimeraient être *en maison de retraite*. Ce qui provient du fait que s'il existe un service de maison de retraite, celui-ci dépend quand même de l'hôpital local au sein duquel il se trouve, les personnes âgées assimilant le fait d'être en maison de retraite à celui d'être à *l'hôpital*.

Ils n'ont rien à redire de leur accueil ou de leur hébergement, ni des soins qui leurs sont apportés, trouvant les personnel *d'une gentillesse remarquable*. Tous ne sont pas de cet avis et sur la trentaine de personnes interrogées quelques unes sont particulièrement remontées : une qui est restée des heures à appeler, la nuit, par terre après avoir chuté de son lit en se levant, tonitruant qu'elle ne se sent désormais plus en sécurité dans cet établissement, et quelques perpétuels insatisfaits qui remplissent chaque jour plusieurs pages du « registre des doléances et réclamations » : déçus des repas, de l'ambiance déplorable chez les résidents, du mauvais traitement de leur linge...

Mais ils sont bien plus nombreux à faire passer des messages de remerciement à l'adresse du personnel. Leur séjour se passe bien, leurs besoins sont satisfaits par un personnel qui se rend disponible, les conditions d'hébergement leur conviennent.

Dans leur très grande majorité ils n'ont rien à redire. Même le repas du soir à dix-huit heures en été ne leur semble pas devoir être déplacé. Alors que je demandais à la doyenne des résidents (cent quatre ans) comment c'était ici, elle me répondit *c'est bien*. Les plaintes sont ponctuelles : *on est dérangés par les « alzheimer » qui crient la nuit*, et dépendent plus des attentes individuelles de chacun : ainsi se seront toujours les mêmes qui viendront se plaindre du service de restauration ; d'autres, ayant connu l'hôpital en 1982 avec ses dortoirs, s'estiment tout à fait satisfaits de leur sort. Certaines remarques toutefois doivent entraîner des réactions immédiates : *le brossage des dents ne serait pas régulier... on se sent parfois un peu abandonné...*

Pour ce qui concerne les personnes utilisant les services de médecine, les patients, ceux-ci ont été plus difficilement entretenus et ce fût plutôt dans la vie de tous les jours que je les ai rencontrés en procédant aux entretiens avec les « usagers et citoyens » rencontrés à RIEZ.

Si bien que les entretiens menés avec les résidents nous montrent que ceux-ci semblent vivre une autre réalité que celle qui nous occupe et s'accommoder des désagréments. Que leur importent les méthodes de management ? l'essentiel pour eux semble être de bien manger, d'être bien soigné, d'avoir de l'animation et de ne pas éprouver de sentiment de solitude. Dans l'ensemble ils sont satisfaits. N'y aurait-il donc rien à modifier ? ou leur situation de « dépendance » les empêche-t-elle d'être trop exigeants ?

Par opposition, les entretiens avec les familles et les usagers montrent les graves problèmes engendrés par la désorganisation et les dysfonctionnements des services. J'ai là aussi réalisé une trentaine d'entretiens avec des personnes de tous âges, de toutes conditions et de toutes provenances : touristes, riezois plus ou moins jeunes, gens de passage, commerçants... Ma démarche a présenté d'autant plus d'intérêts chez eux que les entretiens ont eu lieu en pleine période « rapport LARCHER sur l'avenir de l'hôpital » (avril 2008). Bien que les hôpitaux locaux ne soient pas tout à fait les établissements visés par le rapport, (ils en suivront pourtant indirectement la logique d'évolution), l'assimilation hôpital local / centre hospitalier est totale chez les usagers qui connaissent peu l'organisation sanitaire de leur territoire alors même qu'ils redoutent la suppression des services, notamment à RIEZ où l'hôpital paraît *vital*.

Les personnes interrogées et entretenues ont toutes en commun d'avoir des points de vue différents sur l'existence de l'hôpital. La mère de famille qui s'est trouvée bien heureuse d'avoir pu emmener son bambin aux urgences le jour où il a chuté aura un regard proche de celui du boucher qui a été bien content de pouvoir se faire soigner le jour où il s'est entaillé le doigt, ou du jardinier mordu par une vipère, mais sera différent de cet homme âgé qui y a passé plusieurs mois après infarctus du myocarde et qui s'est senti *chouchouté* pendant ses séjours et encore plus différent d'un autre qui y sera venu pour être soigné des suites de sa maladie des yeux et qui tempeste de ne pas l'avoir été comme il faut.

Pour la majorité d'entre eux, l'hôpital local est synonyme quand même de prise en charge de personnes âgées, voire de *mouroir*. Nettement moins nombreux sont ceux qui connaissent précisément l'ensemble de ses activités (seuls ceux qui y ont été et leurs proches). De même, on rencontre parfois des personnes qui diront le plus grand bien de l'hôpital alors que d'autres seront hostiles au fait même d'en parler, en passant par de très désagréables qui, à la question « qu'attendez-vous de l'hôpital local » répondent sèchement « rien ».

D'une manière générale, peu de choses semblent sortir de l'hôpital. Il faudrait interroger les dix mille personnes du territoire pour le savoir. Ses difficultés internes comme ses services sont mal connus à l'extérieur (ce qui est un bien en terme de discrétion professionnelle, mais moins bien en termes de *communication*), sauf des personnes qui ont un lien direct avec lui (parents de personnel ou de résidents), seules à pouvoir nous dire ce que nous cherchons à savoir. Si bien que l'établissement est plutôt mal connu des populations, sauf encore de celles qui en ont besoin et qui ont compris que c'est une *ressource médicale* pour le territoire, de laquelle ils ne veulent pas être défaits, estimant ses services *valables*, conscients toutefois des limites existantes au développement des équipements en cet endroit éloigné.

Il y a donc beaucoup de personnes contentes et rassurées d'avoir *cette unité à proximité*. C'est d'ailleurs un argument touristique, les plaquettes de l'Office du Tourisme mentionnant la « proximité de l'hôpital ».

Certes, la plupart aimerait plus d'équipements médicaux (radio, ophtalmologie), mais plus que tout, souhaite *le conserver, car il est reconnu, et, qu'il demeure en bon état de fonctionner*.

Des autres témoignages recueillis ressortent aussi des exemples qui peuvent être cités à bon escient. Ainsi celui de cette personne qui a eu à hospitaliser sa mère bien âgée il y a peu et qui exprima toute son aversion pour la situation actuelle alors même qu'elle se souvenait y avoir accouché en 1976 dans des conditions exceptionnelles dont elle garde un très bon souvenir, qui s'oppose, comme le blanc au noir, à ce qu'elle a découvert il y a peu : d'abord, la *mauvaise considération des personnes de la part du personnel* qu'elle a ressentie de façon fort décevante, *comme dans tous les établissements hospitaliers*, a-t-elle ajouté. Et surtout, de relever le *manque d'humanité avec lequel les personnes sont traitées*, thème qui est revenu plusieurs fois au cours des entretiens, notamment avec le prêtre de la paroisse, polonais d'origine, qui se déplore de le constater en signalant *qu'en Pologne, nos infirmières sont des anges comparées aux vôtres*. D'après lui cela viendrait du fait de leur recrutement et de leur formation : *en Pologne, elles sont formées à la dimension humaine pendant quatre ans, alors qu'ici tout n'est affaire que de techniques*. Il s'agirait donc de questions de vocation. D'ailleurs, *ces métiers, où il s'agit de prendre en charge des personnes, impliquent de l'humanité dans les gestes, ce qu'on ne retrouve pas dans les manières mécaniques et inhumaines de prise en charge suivies ici*.

Le fait que *l'hôpital ne soit qu'un passage obligé* n'arrange rien à son image. On lui demande surtout plus d'*humanité*. Et malgré tout, qu'il soit *conservé*. *Regrouper les établissements* ne paraît pas être judicieux. *Dans une cité, même petite, de l'hôpital on en a tous besoin, comme du boulanger*. D'autres usagers se sont plaints de la qualité des services (parents en tenue vestimentaire *négligée, mal peignés, mal soignés*; *on ne trouve jamais personne à qui s'adresser, il n'y a jamais personne dans les couloirs, le personnel ne marque aucun intérêt à son travail et encore moins au travail bien fait...*).

Mais alors, que se passe-t-il à l'hôpital local de RIEZ ? Pourquoi cette perte de qualité ? (*qualité*, au sens premier de, *manière d'être*, du grec *poiotês*, « *qui est de l'ordre de la qualité, de l'être et non des choses mesurables* »)²⁷ ?

²⁷ Dictionnaire Petit ROBERT

Les entretiens corroborent les observations. La situation est difficile : l'établissement n'a plus aucune marge de manœuvre financière, le déficit cumulé atteint 16 % du budget, et celui de l'exercice 2007, même si en légère baisse, est devenu chronique (article R.6145-53 du Code de la Santé Publique) et dépasse encore les 3,5 % (critère de dégradation financière, article R.6145-63).

L'erreur serait de croire, comme le préjugent trop souvent encore de trop nombreuses personnalités et l'opinion publique, *qu'il en a toujours été ainsi, qu'il en va de même pour tous les hôpitaux, que l'État y pourvoira encore une fois* (car il n'en est pas toujours allé ainsi, tous les établissements ne sont pas dans cette situation et rien ne garantit que l'État y pourvoira encore une fois²⁸). Car s'il s'avère que les coûts de fonctionnement d'un établissement dépassent ce que *légitimement* la société attend de tel ou tel service, celui-ci risque de perdre les ressources qui jusqu'à présent lui ont été octroyées.

De même pour la partie « coûts d'entretien et d'équipement ». Par exemple, les dispositifs de distribution d'oxygène dans les chambres des services de médecine ne sont plus aux normes. Cela est signalé à l'établissement une première fois par des experts qui font autorité en la matière. L'établissement souhaite y remédier mais s'aperçoit qu'il n'en a pas les moyens financiers. Le temps passe, les équipements ne sont pas mis aux normes (avec les conséquences *risquées* que cela peut entraîner). Lors de la prochaine inspection, l'autorisation de fonctionner pourra être retirée et les services de médecine fermés en ces lieux, la société exigeant plus de sécurité. Et cela simplement parce que l'établissement n'aura pas eu la prudence, la prévoyance, de provisionner ce qu'il aurait dû pour travaux à venir, ou que s'il l'a fait, ayant dépensé plus que ce qu'il disposait, il a dépensé du même coup les provisions pour charges futures.

Et malgré un environnement favorable (*passage obligé* pour une partie de la population), l'établissement périssant risque sa disparition.

Certes, on ne supprime pas du jour au lendemain un établissement hospitalier de cette sorte. Mais quand bien même les autorités administratives resteraient favorables à son activité, sa suppression pourrait être contrainte de fait, par raréfaction des ressources nécessaires à son activité. Ainsi financièrement acculé, l'établissement se retrouve en sérieuse difficulté et peu nombreux sont ceux qui se rendent compte de ce que cela implique.

De même, les taux de vétusté du bâti et des équipements ayant atteint leurs limites sans être renouvelés aggravent la situation. Ainsi en va-t-il aussi des cuisines : jusqu'à quand les services vétérinaires accepteront-ils ses dysfonctionnements hors normes ?

²⁸ cf. M. LEGROS, Président du Conseil Scientifique de l'ANAESMS, table ronde consacrée à l'avenir du secteur, « Rationalisation et amélioration de la qualité ». EHESP, septembre 2008.

Sur quoi s'ajoutent les effets néfastes de ce manque de moyens sur les esprits et l'ambiance de travail qui de plus est minée par l'impossible entente entre personnels qui découle de la mauvaise organisation du travail qui remonte elle-même à l'absence de *plannings* conçus avec souplesse pour pouvoir satisfaire tout le monde, en commençant par les intérêts premiers de l'établissement et de ses usagers, défaut trouvant son origine dans l'absence chronique de cadre de santé et de direction.

L'étude de la situation a montré qu'il y avait rupture dans la continuité de l'encadrement des personnels depuis 1998 au moins. Les causes sont multiples mais relèvent essentiellement de concours de circonstances qui les uns après les autres, dans une spirale de successions malheureuses, ont entraîné l'établissement au bord de la faillite, le renouvellement répété de cadres de santé d'abord et de directeurs ensuite ayant eu des effets dévastateurs, notamment sur le personnel qui a fini par s'habituer à cet état de fait en adoptant des modes « d'autogestion ».

De la sorte, il est devenu difficile de remettre en ordre de marche l'ensemble. Et devant la difficulté à réorganiser les services, les cadres, jusqu'à présent, n'ont pas tenu.

Chacun, sur sa période s'est attaché à régler les problèmes. Mais, à défaut de suivi et de continuité dans les actions entreprises, de nombreuses incohérences sont apparues (ex. le système d'information est ce qui se fait de mieux en la matière mais, d'abord le personnel n'en utilise pas les potentialités par manque de formation et par ailleurs les usagers se plaignent de ce qu'il n'y a même pas de capiluve dans l'établissement et les personnels demandent en vain à ce que des bassines en plastique puissent être achetées en guise de pédiluve !). Sans parler de ce qu'est devenue l'administration générale de l'établissement : sur 6,5 emplois permanents prévus, trois seulement sont occupés normalement. Les trois autres et demi sont tous vacants pour raisons de maladie et sont occupés pour l'heure par des agents contractuels pour des durées déterminées mais dont l'absence de compétence (par exemples, les fonctions d'un agent de « bureau des entrées – facturation » ne s'improvisent pas ; *idem* pour l'agent « responsable » des ressources humaines) empêche d'assurer un service efficient.

Si bien que tout est à *la mer*, comme les agrées d'un voilier qui a dessalé plusieurs fois durant la tempête le sont. Il est dès lors difficile de tout reprendre. Et les cadres qui ont essayé, jusqu'à la présente direction, y ont échoué, ce qui a aggravé un peu plus chaque fois la situation. Ce qui complique d'autant plus la reprise de l'établissement qui, confronté à tant de bouleversements, part dans toutes les directions, sauf dans celle dans laquelle il devrait partir, faute de continuité dans les actions entreprises.

Le symptôme le plus révélateur de cette situation dégradée est certainement le défaut de projet d'établissement qui traduit bien le manque de prévision et de projection de l'établissement dans le futur.

Il est grand temps dès lors pour l'Hôpital local de RIEZ de se ressaisir et d'être ressaisi, car il ne peut plus se contenter de son inertie passée ni de vivre ainsi au jour le jour : son avenir est en cause et en dépend. Certes aussi, les évolutions de notre propre société agissent au sein de l'établissement qui ne fait que les intégrer et les refléter. Mais quoi qu'il en soit, la situation doit être redressée. D'abord, en garantissant un minimum de stabilité dans la direction (à ce titre d'ailleurs, ce n'est pas tant la durée qui doit servir de critère, mais la réalisation des missions confiées au directeur lors de sa nomination). Ensuite et surtout en garantissant un *management du changement dans la continuité* pour qu'enfin les équipes de l'établissement soient assurées de ce que l'activité va retrouver la normale et qu'enfin elles puissent placer leur confiance dans la nouvelle direction qui se met en place pour atteindre l'objectif d'un retour à une situation équilibrée. Car ce qui fait essentiellement défaut dans cet établissement, c'est *la relation humaine*, l'absence de confiance et de valeurs partagées, d'objectifs à atteindre ensemble. En fait, la confiance s'acquiert dès lors qu'il y a *prévisibilité* et *lisibilité* notamment des comportements adoptés par les responsables dont on attend toujours qu'ils montrent l'exemple.

Mais la confiance ne s'acquiert aussi que dans la durée. C'est la croyance en la *possibilité de l'autre*, la clarté, le contrat, l'engagement et leur respect, la protection des personnes et l'empathie, la reconnaissance et l'équité. La confiance devient alors source de sécurité, de motivation, d'initiative, de détermination et d'endurance, de réalisation de soi, de fierté individuelle et collective. Or, la motivation du personnel a disparu ici par absence de *direction*. La méfiance s'est installée à tous les niveaux. Les responsabilités se sont diluées à défaut d'être pleinement assumées et plus personne ne se sent impliqué dans son travail. Pour autant, avec la dernière démission du cadre de santé, le personnel a commencé à faire sentir son exaspération. « Cette fois, c'est assez ! », laissant alors place à un réel besoin de « direction » et d'encadrement.

Sachant qu'existe une relation étroite entre qualité de l'activité, relations sociales et pratiques managériales, la seule façon de redresser l'établissement, outre les nécessaires interventions purement techniques (gestion des ressources), va alors consister à (re)mobiliser les équipes. Comment ? Par un *management* qui développe cette confiance, qui assure des confrontations constructives, la coopération, un sens plus équilibré de la hiérarchie et qui s'inscrit dans la durée. L'adhésion et l'engagement du personnel doit remplacer les conflits d'intérêts individuels, chacun doit être responsabilisé dans ses missions. Les mentalités et les pratiques ont besoin de changer. La responsabilité de chacun et de tous est engagée.

3 Il convient dès lors de *manager le changement dans la continuité* pour garantir la permanence des missions de l'établissement

Nous l'avons vu, ceci est devenu un impératif pour l'Hôpital local de RIEZ tant sa situation est critique et cela semble sans autre échappatoire possible tant les directions successives suivies ont été discontinuées, avec l'impact négatif que cela a eu sur le personnel qui s'est replié sur lui-même, engendrant immobilisme, fonctionnement routinier n'intégrant aucun aspect d'amélioration continue de la qualité ni de respect des normes, absence d'inventivité, de curiosité (échanges avec d'autres établissements), d'initiatives (recherche de formations, de solutions). Pour changer cet état de fait, peu de remèdes sont envisageables. Comment alors y procéder ? Outre la nécessaire stabilité des cadres à restaurer (et qui dépend non seulement des politiques de gestion des services déconcentrés du ministère de la santé en lien désormais avec les services du Centre National de gestion des personnels de direction, mais aussi de la propre responsabilité des directeurs), deux axes d'action seront privilégiés : la stratégie (3.1) et la communication (3.2) managériales qui sont toutes deux destinées à remettre collectivement en ordre l'organisation et le fonctionnement de l'établissement.

3.1 En développant une stratégie *managériale*

Nous verrons dans cette section ce que nous devons entendre par *stratégie managériale* (3.1.1) puis son principal outil, le projet d'établissement (3.1.2) avant de s'intéresser aux autres outils utilisables et utilisés pour organiser les activités, notamment les procédures de certification, de contractualisation et de conventionnement (3.1.3).

3.1.1 La stratégie managériale : une stratégie participative

Nous entendons par *stratégie*, la coordination d'un ensemble d'actions et la mise en œuvre de moyens définis comme nécessaires par ses concepteurs, afin d'atteindre des objectifs fixés dans le seul but d'assurer la bonne marche et l'avenir de l'établissement. Elle consiste « en la prise en compte des moyens d'action destinés à maintenir ou atteindre la concordance entre les besoins de l'environnement et la capacité opérationnelle de l'établissement²⁹ ». Ce sont encore les orientations qui seront suivies et les intentions de la direction qui se traduisent par une prise de décisions formalisée dans divers outils destinés à leur mise en œuvre.

²⁹ Marie-Jo HATCH, *Théorie des organisations*, citée supra.

La stratégie se retrouve aussi dans les concepts de planification et de contrôle tels que les principes de gestion avancés par Henri FAYOL³⁰ et repris depuis. De simples stratégies peuvent être conçues par imitation de ce qui se fait de mieux dans d'autres établissements par application de modèles. Selon le modèle rationnel, le processus stratégique débute par une analyse de l'environnement (évaluation externe, permettant de découvrir les opportunités et les menaces que l'établissement connaît) et une appréciation des compétences existantes (évaluation interne, révélant les forces et faiblesses de l'établissement). Ce qui permet de déterminer les besoins et les exigences de l'environnement, d'évaluer les compétences de l'établissement et de mesurer l'écart existant entre ce qui est et ce qui devrait être. Écart à partir duquel sera formulée la stratégie retenue par la détermination d'objectifs et d'actions à mettre en œuvre pour le réduire, voire le faire disparaître. Une fois ceux-ci arrêtés, les moyens sont octroyés aux personnes chargées de leur mise en œuvre. Celle-ci est alors associée à des mécanismes de contrôle et d'évaluation destinés à fournir aux gestionnaires, par *feedbacks*, des relevés de situation. Complémentairement, la mise en œuvre de la stratégie s'adosse notamment sur des politiques de ressources humaines (essentiellement en terme de recrutement, de formation, de rémunération et d'avantages le cas échéant³¹ pour assurer « l'apprentissage continu » du personnel³²) mais concerne aussi tous les aspects « ressources » de l'établissement (politiques des achats, budgétaire et financière, logistique et investissements). Selon ce modèle, les activités de formulation et de mise en œuvre de la stratégie doivent être distinguées (il y a d'un côté ceux qui planifient et de l'autre ceux qui mettent en œuvre). Ce qui ne va pas sans engendrer de problème, de communication notamment. De plus, cette séparation des tâches n'est pas propice à l'engagement des personnels dans la démarche. Or, nous savons que les personnes qui ne sont pas impliquées dans l'élaboration des objectifs seront moins motivées pour les atteindre que celles qui l'auront été³³. Dès lors, un nouveau modèle stratégique s'impose. C'est celui qui consiste à assurer la participation des personnels au processus stratégique et qui se nomme « management stratégique » ou « stratégie managériale » ou « stratégie émergente » (pour signifier que les décisions sont prises, non pas seulement par le *haut* de la hiérarchie, mais aussi et surtout en considération des informations exprimées et recueillies à sa *base*). Dans tous les cas, la stratégie reflète les orientations que l'établissement décide de prendre. Elle peut-être planifiée, mais doit *émerger* des activités développées par les personnels pour être pleinement efficace.

³⁰ Henri FAYOL, *Administration industrielle et générale*, 1918.

³¹ Le concept « d'intéressement » est appelé à se développer dans le monde hospitalier aussi. « Hospimédia » du 13/02/2008 / Ressources humaines / Techniques de management.

³² *Le management des valeurs en santé*, dossier des Cahiers Hospitaliers n°240, décembre 2007.

³³ R.V JOULE, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, 2002.

Ainsi, seront d'abord définis les objectifs à atteindre de façon générale (objectifs officiels) afin qu'il puissent s'accommoder d'une grande variété de propositions venant des échelons inférieurs, tout en conservant l'aperçu des lignes directrices. De la sorte, les propositions émises pourront être mises en correspondance avec les objectifs retenus. Partant, la stratégie émerge dans le respect de son cadre général. Et ainsi, les actions, précédées de discussions au sein de l'établissement, seront mises en œuvre dans le plus grand consensus, dans le cadre d'une stratégie qui, devenue collective, offre une bien plus grande richesse de solutions. Ce qui permet de travailler ensemble, de façon constructive et participative et de favoriser des interactions continues entre les agents, source de stimulations et de dynamisme.

Car ce qui prévaut au sein d'un établissement, notamment sanitaire et social (entreprise de *main d'œuvre* – cf. 70 % des ressources de ces établissements sont consacrées au personnel), ce sont les coopérations et les interactions entre les personnes, la coordination de leurs activités, leur organisation, partant, la communication et les relations humaines, non seulement entre agents mais aussi entre eux et les usagers. Comme nous le faisons remarquer, la dimension humaine doit être considérée dans toute l'ampleur de son importance et les relations qui en découlent, travaillées, jusqu'à en être *policées* (polissez et repolissez sans cesse, cents fois sur le métier remettez votre ouvrage) afin d'atteindre le fonctionnement harmonieux des services. Bien sûr, nous ne pouvons pas faire abstraction de tous les aléas environnementaux qui pèsent sur un établissement et qui en dévient parfois le cours. Mais plus l'ambiance de travail sera solidaire, confiante et rassurante, mieux les vicissitudes seront surmontées. Ainsi, pour établir un climat social constructif et coopératif, la stratégie managériale doit être utilisée, tant ses méthodes tendent à influencer le comportement des agents dans le sens attendu. La stratégie toutefois doit être utilisée comme un puissant levier d'action et surtout comme un outil riche de significations, porteur de sens et de valeurs qui permettent au personnel d'agir ensemble en vue de la réalisation des objectifs fixés et structurer ainsi de façon cohérente son activité. De nombreuses limites s'opposent souvent à la réalisation du processus, notamment les contraintes de temps. Mais c'est justement au regard de ces limites que ledit processus doit acquérir toute sa valeur. Très coûteux, il s'agit de l'appliquer sérieusement et l'opportunité qu'il offre d'organiser collectivement les activités doit être saisie comme toute chance qui ne se représentera pas de sitôt.

C'est essentiellement par le projet d'établissement que la stratégie managériale va trouver à opérer.

3.1.2 Le projet d'établissement : pièce maîtresse de l'organisation de l'action collective

C'est la loi du 31 juillet 1991, modifiée depuis, qui a introduit dans la gestion hospitalière une logique de projet, substituée à la seule logique budgétaire. Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement (article L.6143-2 du Code de la Santé Publique). Par exemple, « consolider son statut d'hôpital de première proximité ». Il prend en compte les objectifs de formation et de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte le projet de prise en charge des patients, prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement dont l'établissement *doit* disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend aussi les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel. Il est établi pour une durée maximale de cinq ans et peut être révisé avant terme. Malgré son caractère obligatoire, nous avons vu que l'Hôpital local de RIEZ n'en avait point établi et les conséquences fâcheuses qui en découlent. Son élaboration est aussi prévue pour les services sociaux et médico-sociaux afin de définir leurs objectifs, notamment en matière de qualité des prestations, ainsi que leurs modalités d'organisation et de fonctionnement (article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles). Dans les deux cas il correspond bien à la nécessité de déterminer la politique institutionnelle, de fixer des objectifs et des programmes afin d'organiser le travail et d'allouer les ressources. C'est une prévision, stratégique, à cinq ans, qui va permettre de structurer méthodiquement et progressivement l'organisation et le fonctionnement de l'établissement. D'où son importance capitale et opérationnelle. Il doit en outre répondre à la qualité de service attendue et renforcer les compétences de ceux qui vont être chargés de le mettre en œuvre (manager, c'est aussi « faire grandir » les agents). Il permet ainsi la modification du contexte par les orientations qu'il fixe et qui implique de nouvelles adaptations, partant, des modifications de comportement. Par les nouvelles compétences d'adaptation qu'il génère, il entraîne un changement des représentations et des perceptions de l'identité professionnelle des agents. La logique du projet est celle du progrès : à quoi servons-nous ? où voulons nous aller ? et comment y parviendrons-nous ? Ainsi, le projet d'établissement est un outil fédérateur et structurant. Il rassemble les personnels dans l'action et dans l'être. Et son utilisation va permettre de conduire le changement nécessaire vers de meilleurs comportements et de meilleures pratiques. C'est un outil de dialogue constructif et de participation. En développant le consensus sur des valeurs communes, il va s'ancrer dans le temps et acquérir une force structurante.

C'est pourquoi tout doit être fait pour assurer le succès de sa mise en œuvre, dès le début, en impliquant le personnel dans la définition et le choix des valeurs qu'il souhaite afficher pour l'établissement.

Il s'agira toutefois de bien expliquer au préalable au personnel quels sont les tenants et aboutissants du projet d'établissement : travailler ensemble avec les mêmes valeurs.

La complexité du processus d'élaboration du projet d'établissement est devenue telle que même un hôpital local recourt à des intervenants extérieurs pour leur confier la responsabilité de mener à bien la démarche. Certes, ledit projet y gagne alors en qualité grâce à l'expertise de la méthodologie suivie (constitution du comité stratégique de pilotage, des groupes projet et de travail, organisation et planification des travaux). Du reste, le directeur d'établissement aurait-il le temps à lui tout seul de tout organiser ? Nous pouvons en douter, tant la tâche est complexe (des dizaines de journées de réunion de groupes à planifier sur douze mois au moins, les synthèses après audits croisés...) et tant le directeur doit conserver sa place *politique* dans le processus. Toutefois, la réalisation du projet par un intermédiaire présente l'inconvénient de distancier les personnels de la direction qui manque alors une occasion unique de communiquer avec. Par ce biais, les valeurs véhiculées par cet outil perdent de leur force d'action et symbolique. Certes, tous les aspects techniques des pratiques professionnelles seront passés en revue et modifiés comme il se doit. Mais le fond du projet s'estompe et risque de demeurer un exercice formel. Il va de soi que dans les très grandes structures le recours à des experts en la matière est obligatoire. Mais selon la taille de l'établissement, selon ses problématiques et ses difficultés, en fonction des compétences du personnel, tous les avantages attendus du projet d'établissement seront acquis par son élaboration *en directe*, sans intermédiaire. La situation complexe de l'hôpital local de RIEZ a justifié le recours à des consultants extérieurs. La difficulté pour la direction, par suite, consiste à s'assurer de l'adhésion des équipes à la démarche, ces dernières, se sentant isolées face à un interlocuteur nouveau (ce qui risque aussi de porter atteinte au principe de l'*unité du commandement*), ayant tendance à négliger l'importance de la démarche. Aussi le directeur doit-il veiller en pareil cas à bel et bien expliquer la démarche, à bien rester à l'écoute des personnels, à le leur montrer, et à intervenir lui-même sur les points fondamentaux du projet (son sens, son utilité, *travailler ensemble dans la cohésion et le but commun de bien organiser le travail pour rendre des services de bonne qualité*) tout en gardant la distance nécessaire pour se réserver le choix parmi les solutions possibles, en négociant les *moyens* d'atteindre les objectifs, sans transiger sur leur contenu.

Tel est notre *credo* : le projet d'établissement est un outil de travail remarquable. Il permet de mobiliser les personnels et de les impliquer dans une nouvelle dimension de leur travail tout en structurant la complexité de leur activité. Mais ils doivent être auparavant convaincus de son utilité et de sa raison d'être à défaut de quoi la démarche resterait vaine. D'ailleurs, on pourra penser que les personnels se seront appropriés la démarche quand ils auront fini de prendre le temps de la critiquer, le but du projet

d'établissement étant d'abord de parvenir à ce que tous les personnels travaillent ensemble dans le même sens³⁴.

Dès lors, le projet d'établissement de l'hôpital local de RIEZ apparaît comme la pièce manquante de l'organisation, la clef qui va permettre aux arcs de voûte de se consolider.

C'est par le projet d'établissement que pourront être remis aux normes les services de médecine et de restauration, que pourra être organisé le travail, améliorées la coordination des actions, la communication et la qualité des services, en adaptant pleinement l'établissement aux évolutions de son environnement.

Outil stratégique nécessitant quelques précautions d'emploi, nous allons voir à présent qu'il en va quasiment de même des autres outils de la stratégie managériale.

3.1.3 Certification, contractualisation et autres outils de stratégie managériale

De la même façon que le manager va utiliser principalement le projet d'établissement afin d'organiser le travail dans un but précis, il utilisera aussi, à de mêmes fins, différents outils tels que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et les référentiels de certification pour améliorer l'organisation et la qualité des services de l'établissement qu'il dirige. Nous verrons en fin de paragraphe qu'au delà de tous ces outils *obligatoires* et indispensables, leur méthode peut-être retenue et utilisée de façon empirique pour assurer de même une réorganisation et un nouveau fonctionnement des services.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont prévus par la loi (articles L.6114-1 et suivants du Code de la Santé Publique et L.313-11 du Code de l'Action Sociale et des Familles) et sont conclus avec l'autorité sanitaire (Agence Régionale de l'Hospitalisation). Ils visent des objectifs de qualité et de sécurité des soins après avoir déterminé les orientations stratégiques de l'établissement. Principalement, ils prévoient des engagements précis et mesurables en vue d'améliorer les services rendus aux patients et de renforcer l'efficacité de la gestion. Ils peuvent même prévoir des actions d'accompagnement et des mesures d'intéressement aux résultats constatés. Ils fixent enfin des objectifs quantifiés relatifs aux activités de soin et prévoient une évaluation annuelle des engagements. De même, pour la partie sociale et médico-sociale, de tels contrats peuvent être passés afin de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale et notamment la mise en œuvre du projet d'établissement. Nous constatons ainsi que la démarche suivie par lesdits contrats est fort semblable à la démarche stratégique examinée ci-dessus. Conclut aussi pour une durée de cinq ans, ils s'ajoutent au paysage institutionnel de l'établissement sans pour autant se confondre. Néanmoins, le parti qu'en retirera le manager sera de même nature que celui tiré du projet d'établissement. Les deux servent de soutien, par la

³⁴ cf. Professeur MISPELBLUM-MEYER, *Impératifs communicationnels en milieu institutionnel*.

mobilisation induite des acteurs, à l'activité. C'est de surcroît une forme de contrôle des orientations de l'activité des établissements par les autorités sanitaires et sociales. Mais c'est surtout un outil de management supplémentaire qui permet de communiquer aux équipes les enjeux de la situation de l'établissement qu'il s'agit de faire évoluer. En pratique ces dernières doivent être associées à la détermination des objectifs et des engagements dans la mesure où elles seront chargées de la réalisation des actions nécessaires pour les atteindre. L'engagement de tous est recherché afin que tous participent, ensemble, autour de la même cause, à atteindre les objectifs visés. Pas moins que le projet d'établissement, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit être utilisé de façon à produire un maximum d'effets bénéfiques sur la situation en y associant les personnels. Il s'agit pour cela de les informer correctement de la nature du processus et de s'assurer de leur adhésion bien comprise. L'établissement ne peut en tirer que des bénéfices. Aussi sera-t-il utilisé pour accentuer l'implication des équipes dans l'accomplissement des missions de l'établissement.

La procédure de certification (tout comme les procédures qualité) quant à elle ne concerne pas directement la stratégie. Mais au regard de l'évaluation des compétences de l'établissement qu'elle fournit, elle va servir de guide à la détermination des actions à mettre en œuvre par l'établissement. Prévue elle aussi par la loi (articles L.6113-1 et suivants du Code de la Santé Publique et L.312-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles), elle a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées en tenant compte de l'organisation des services et de la satisfaction des usagers. Basée sur des « constats par référentiels », la procédure aboutit à des propositions d'amélioration qui seront ensuite programmées et mises en œuvre par l'intermédiaire de *fiches-actions* et d'échéanciers. Cette procédure permet tout d'abord aux autorités sanitaires et sociales de s'assurer que l'établissement se conforme bien aux prescriptions légales et réglementaires qui sont reprises dans les références (ex. la Référence Gestion des Ressources Humaines : « l'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, missions et stratégies » reprend de fait l'article L.6143-2-1 du code de la santé public qui impose aux établissements de le faire), par *auto-contrôle interne*. Elle permet ensuite de diffuser dans tous les établissements les *bonnes pratiques* à mettre en place par les recommandations y afférentes et d'harmoniser ainsi, autant que faire se peut, celles-ci sur l'ensemble du territoire.

Et, chose tout à fait remarquable, elle permet de structurer, point par point, méthodiquement, la complexité de l'activité des services selon des principes d'organisation qui ne laissent rien au hasard, tant la méthode est éprouvée. Ce qui représente pour l'hôpital local de RIEZ une véritable chance d'organiser ses services comme il se doit, « l'auto-organisation » qui s'est mise en place présentant trop de dysfonctionnements nuisibles aux prises en charge. C'est pourquoi une fois encore l'outil

« certification », comme les précédents, doit être compris comme une véritable opportunité d'amélioration des pratiques et utilisé à plein par le directeur qui souhaite ordonner correctement son travail et celui des équipes dans l'établissement.

La procédure de certification représente un surcroît de travail considérable et la nécessité de recourir (à nouveau) aux services d'un intervenant extérieur n'est pas discutable. Mais, convaincu de l'intérêt de la démarche (outre le fait qu'elle soit obligatoire), le directeur aura tout intérêt à démontrer au personnel sa grande utilité pour améliorer non seulement la qualité des prises en charge mais aussi celle des conditions de travail. Tout le monde y trouvera son compte. Et il serait dommage de réduire le processus à un simple exercice formel. L'engagement de chacun et de tous à améliorer l'existant détermine la bonne ambiance de travail et le dynamisme de l'établissement.

Une dernière façon tout aussi efficace pour redresser la situation de l'Hôpital local de RIEZ et y réorganiser le travail consistera à utiliser les méthodes et principes de la stratégie managériale réduits à leur plus simple expression (ouverture d'espaces de collaboration et engagements des acteurs) et appliqués à la résolution des difficultés rencontrées et ce, de façon tout à fait *empirique*³⁵. En réunissant tout d'abord les personnels par corps (les infirmiers, puis les aides-soignants, puis les agents de services hospitaliers) lors de réunions voulues solennelles. Leur est expliqué alors qu'il y a une charge de travail importante à fournir (tout le monde en est bien conscient) pour réorganiser les services et que celle-ci va être répartie par groupes afin de réussir à y parvenir (par exemple, un premier groupe sera chargé d'étudier les plannings, un second les questions d'hygiène, un troisième les relations entre services de restauration, de diététique et de soins, et ainsi de suite pour chaque problème repéré). De préférence, les équipes se constitueront volontairement et par centre d'intérêt avec un référent par équipe pour assurer le suivi dans l'avancement du travail. On obtiendra ainsi des groupes de travail par thème et constitués de référents des infirmiers, des aides-soignants et des agents des services, en vue d'une implication et d'interrelations maximales et de la plus grande diffusion possible au sein des personnels des résultats des travaux obtenus par les groupes. On précise encore que le travail se fait dans un climat de confiance et qu'on ne remet pas en cause les résultats obtenus. On demande alors si tout le monde approuve cette façon de faire (qui est contre ? qui s'abstient ? à l'unanimité !). On rappelle au passage qu'il s'agit de faire équipe et que nous sommes des *hospitaliers*, là pour offrir un service qui n'est rendu nul part ailleurs et par personne d'autre (*on se sert les coudes*). On fera observer de plus que si l'établissement connaît une situation difficile cela provient essentiellement de la qualité de l'entente entre personnes. Tous doivent accepter de faire des concessions (il n'y a pas que des avantages à travailler à l'hôpital, il y a aussi les

devoirs et la conscience professionnelle) pour créer une véritable dynamique de groupe (*je fais aux mieux, pour tout le monde*), l'esprit d'équipe stimulant l'activité dans une dynamique d'entraide. On précisera enfin les *manières* de travailler : dans le respect, la confiance mutuelle et la conscience professionnelle. S'il y a confiance, nous ne serons pas obligés *d'être dans le contrôle* dans la mesure où les choses seront bien faites, chacun étant responsable de sa mission. On précisera enfin que nous avons conscience de la difficulté du travail et que nous allons travailler tous ensemble pour améliorer les conditions de la situation. Des réunions mensuelles pour suivi seront programmées, par exemple tous les premiers jeudis du mois, auxquelles pourront éventuellement s'ajouter des réunions pour formation sur des thèmes spécifiques en fonction des besoins ressentis.

Il s'agit donc de motiver et de responsabiliser les équipes à partir d'une simple constitution de groupes, de la désignation de référents et de délégations, pour créer une dynamique en valorisant le travail des équipes.

D'expérience, on s'aperçoit d'ailleurs que celles-ci ont la solution quasi-immédiate aux problèmes soulevés. Là, ensemble, elles déterminent qui fait quoi, comment, et il n'y a plus qu'à mettre en œuvre (ex. la procédure « linge sale » qui pose des problèmes depuis si longtemps peut être résolue par simple accord entre personnels ; idem pour la distribution des produits d'incontinence). D'où l'immense intérêt du management participatif, de l'association du personnel aux décisions et de le rendre garant de celles devenues collectives.

Tous ces outils de management stratégique sont donc des supports particulièrement utiles à l'action et au pilotage de l'établissement. Mais ils ne peuvent se développer que sur des durées assez longues (deux, trois, voire quatre ans et plus – il faut bien donner du temps au temps) supposant une réelle continuité dans les actions engagées et la réelle implication de tous les professionnels. Toutefois, il est devenu difficile, voire impossible, dans notre société contemporaine, de *tirer des généralités* et de proposer des solutions toutes faites (existe-t-il des certitudes de cette nature ?) qui garantissent l'efficacité totale d'une méthode. Nous savons très bien que toutes ne sont pas forcément transposables. Cela va dépendre du contexte.

Mais c'est là que nous nous apercevons que l'utilisation préconisée (et obligatoire) des outils stratégiques qui tendent à impliquer les personnels dans leurs activités ne peut être efficacement mise en œuvre sans utiliser par ailleurs une communication adéquate, une communication qui permettra cette implication de tous, une communication dite *managériale*.

³⁵ cf. « *Recherche-action* » d'Eliane CHRISTEN-GUEISSAZ.

3.2 En s'appuyant sur une communication *managériale*

Pourquoi une communication managériale ? Pour agir, faire changer et évoluer les conditions de la situation. La stratégie se rapporte ainsi au « quoi faire » et la communication au « comment dire ce qu'il s'agit de faire ». Organiser le travail, coordonner les acteurs, affirmer l'identité des personnes et des services, se porter garant de leur légitimité, là est le cœur du métier de directeur. Mais pour cela, les outils de management stratégique ne suffisent pas. Il doivent encore être *animés*. Et cette animation ne se peut que grâce à une communication développée et perfectionnée (comme toute autre technique), une communication dite « managériale », qui communique pour *agir* en modifiant l'imaginaire et les représentations de la réalité (la réalité pouvant être la résultante de représentations socialement forgées), en augmentant les ressources cognitives (idées, croyances, opinions) des agents (par l'apprentissage, la formation, l'information et l'éducation) afin de modifier le cours des choses par un changements des comportements.

Communiquer sert aussi à prescrire les règles d'action à observer et obtenir des *effets de réalité*³⁶ sur l'organisation du travail. Ainsi la communication (comme les outils stratégiques étudiés) est au service du management. Et le métier de directeur est bien de communiquer et sa sphère d'action réside d'abord dans le langage (*quand dire c'est faire*³⁷). Il y a dans la communication la nécessité première de *communier*, de *partager*, notamment du sens et des valeurs. Ce qui explique que les règles sont plus facilement adoptées lorsqu'elles sont *coproductes* après une analyse de la situation en commun. Communiquer signifie alors « la victoire, ensemble ». Communiquer, c'est aussi « être en relation avec, échanger, donner, recevoir », « rendre commun », « transmettre, écouter, répondre, se mettre en relation, correspondre, être en relation avec ». C'est aussi une transmission d'informations, mais ce ne doit pas être que cela. La transmission d'informations doit aussi s'accompagner d'un *message*, condition première de l'efficacité de toute communication.

Nous pouvons mesurer l'importance que revêt la communication dans l'organisation des activités de toute organisation collective par le simple exemple d'une compagnie aérienne qui a des sites d'exploitation répartis sur toute la surface du globe terrestre. Comment fait-elle pour organiser le travail entre tous ses sites ainsi répartis ? Elle « (télé)communique » : des informations, des objectifs, des référentiels d'action et ses politiques.

³⁶ Bertrand PARENT, *Les cours de l'ENSP-2007*, Module de Communication, Filière des Directeurs d'établissement sanitaire et social.

³⁷ M. AUSTIN, *Quand dire c'est faire*, cité par le Professeur MISPELBLUM

Comment va donc faire l'Hôpital local de RIEZ pour sortir de sa situation difficile ? Il va améliorer ses modes de communication, l'utilisation de ses systèmes d'information et veiller à la qualité de l'ensemble des relations qui se nouent.

Communiquer, c'est encore influencer les comportements des personnes par une transmission efficace d'idées, d'impressions et d'images symboliques qui agissent sur les représentations³⁸ (existent plusieurs façons d'influencer : soit par l'argumentation, soit en agissant sur le contexte – cf. l'influence comportementale étudiée en psychologie sociale). Par exemple, signaler au personnel que les dépenses sont disproportionnées eu égard aux besoins déterminés et qu'il s'agit par conséquent de revoir la façon dont celles-ci sont utilisées pour changer les comportements si nous souhaitons garantir la pérennité des services.

La communication managériale se met essentiellement en œuvre par l'application d'une démarche *stratégique* d'analyse et de traitement en commun de la situation. Elle part du principe selon lequel communiquer c'est transmettre un message qui contient une *information* plus une *intention* (qu'est-ce qu'on dit pour atteindre l'objectif ?). C'est pourquoi toute action de communication doit être préparée. Il n'y en a pas d'anodine. Le moindre « bonjour », prononcé à la rencontre d'une personne, même inconnue, au détour d'un couloir ou ailleurs est significatif, ne serait ce que du respect qui lui est ainsi porté en lui montrant de la sorte qu'on la reconnaît comme personne – et qu'on ne l'ignore pas comme si elle n'existait pas - (les manières de considérer ou de traiter les personnes étant porteuses des valeurs animant les institutions et les personnes). Chaque mot a son importance. Chaque silence aussi. Il faudra alors choisir, notamment en tant que directeur, méticuleusement ceux qui auront le plus de chance de produire les effets voulus³⁹. Il s'agira encore de rester à l'écoute et de mesurer les effets produits. Car les mots seront interprétés par les autres certainement dans un sens différent de celui qu'on leur aura prêté. Ce qui implique de connaître son *auditoire*. Auditoire qui sera d'ailleurs d'autant plus sensible aux communications du *manager* que sa place hiérarchique donne du poids à ses dires. Aussi, à quel point l'utilisation du *langage* doit elle se faire à bon escient et à quel point est-il nécessaire de profiter de sa *puissance structurante*.

Un des éléments qui renforce la position d'un *encadrant* en matière de communication (mais qui peut aussi l'affaiblir) est bien cette possibilité qu'il a de se *démultiplier* dans les représentations de chaque agent⁴⁰.

³⁸ Robert-Vincent JOULE et Jean-Léon BEAUVOIS, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Presses Universitaires de Grenoble.

³⁹ *Influencer avec intégrité*, G. LABORDE.

⁴⁰ V. MEYER, Professeur des Universités, « module de communication », Les Cours de l'ENSP, 2007.

La réalisation de leurs activités va même trouver à *exister* par les discours du manager qui n'aura de cesse de valoriser leur travail. Et c'est sur ces points que tout son art va trouver à s'exprimer. C'est là qu'il faut en profiter pour créer *l'entente* et *la concorde* nécessaires entre tous.

Par exemple, une chose était surprenante à l'Hôpital local de RIEZ. Non seulement aucun repas du personnel n'avait lieu tout au long de l'année (d'ailleurs quasiment aucun personnel ne prend son repas sur place), mais surtout, aucun n'était organisé ni pour Noël ni pour la fin de l'année. Ce qui retentissait directement sur les résidents qui se sentaient plus seuls que jamais en ces périodes difficiles pour eux, l'établissement étant alors comme déserté par les personnels (sauf ceux, bien moins nombreux, de service ces jours là). Il s'agira alors de recréer du *lien* au sein même de l'établissement.

Nous communiquons pour apporter un *plus* à l'organisation (ce qui donne d'ailleurs de la valeur aux personnes qui savent communiquer), en l'occurrence pour assurer la *bonne marche* de l'établissement. Dès lors, la communication managériale vise pour y parvenir à fixer *les valeurs* de la communauté de travail et de vie à l'Hôpital (3.2.1) afin de développer toutes les formes de solidarité possibles et traduire en actes et en faits les valeurs retenues (cf. l'exemple de la *bienveillance*). Elle vise ensuite à définir *le sens* dans lequel va se déployer l'activité de l'établissement (donner du sens, dire ce qu'il se passe, quelle est la situation et vers quoi nous allons, donner la direction pour renforcer la cohésion, la confiance et le travail d'équipe) (3.2.2). Et tout cela afin d'atteindre une organisation efficiente du travail et un fonctionnement harmonieux de l'établissement pour le plus grand bien être des résidents et pour des prises en charge sanitaires et sociales de bonne qualité (3.2.3). Seules, les considérations purement techniques ne pourront aboutir au changement espéré. La structuration de l'activité dépend de tous. D'où l'importance de *communiquer*.

3.2.1 Communiquer pour faire vivre un projet fondé sur des *valeurs communes*

Assurer le changement dans les modes de fonctionnement de l'Hôpital local de RIEZ prendra certainement quelque temps. Au moins le temps de la réalisation d'un projet (celui de retrouver l'équilibre). Et on le sait à présent, il sera nécessaire de le prendre pour s'assurer du retournement favorable de la situation. D'où la nécessité pour le directeur d'inscrire ses actions dans le temps.

Aux dires de la majorité des personnes qualifiées en matière de management, le temps où la conduite des hommes se faisait en recourant aux « grandes idées » serait révolu. Pourtant, toutes les démarches stratégiques se fondent sur la définition de postulats de base et le temps des « grandes idées » semble avoir encore de beaux jours devant lui, tout le monde étant prêt à affirmer son adhésion *aux grandes valeurs*.

Ainsi, le nouveau projet d'établissement de RIEZ qui se met en place commence-t-il par définir sa philosophie : « dignité, information et consentement des personnes aux soins, place du résident au centre du travail collectif, humanisation des techniques ».

Toutefois, le terme même de *valeur* est tellement utilisé que nous finissons parfois par nous demander ce que peut être une *valeur* qui puisse être partagée par tous. Car le mot a plus d'un sens et se prête à de nombreuses définitions, toutes plus relatives et subjectives les unes que les autres. Comment faire alors pour tous nous entendre sur ce que nous devons comprendre par *valeur* ? Serait-ce ce qui est *vrai, beau, bien* ? (Ce qui n'avance guère l'effort de définition tant ces termes sont eux-mêmes difficiles à définir). Mais gardons cette base de départ : une valeur serait ce qui est *vrai, beau, bien, selon un jugement personnel plus ou moins en accord avec celui de la société ; ce jugement*⁴¹. Une *valeur* se situerait donc dans nos consciences et servirait de référence dans les jugements, dans les conduites, les comportements et les actions.

Il s'agit donc en communication managériale d'affirmer, après l'avoir fait émerger, le *système de valeurs* auquel adhère le personnel de l'établissement dans l'espoir de constater ensuite les modifications des comportements dans le sens attendu. Les occasions d'exprimer des *valeurs* dans la vie d'un établissement sanitaire et social sont très fréquentes, ne serait ce que lors des réunions des instances de l'établissement où des questions de principe sont souvent débattues. Pour autant elles doivent d'abord être partagées par tous. D'où la nécessité de les fixer collectivement. Cela dit, il ne suffit pas de les déterminer, celles-ci devant trouver aussi à entrer dans les faits pour ne pas rester lettre d'intention. Il s'agit donc de les faire émerger puis de les promouvoir ensuite sans cesse pour les inculquer (cf. manager et les sciences de l'éducation), celles-ci étant des idées, des conceptions, des croyances, des manières d'être et de faire qui seront mises en avant, au service d'une cause et dont la force est relative au fait d'être partagées et promues par le plus grand nombre. Elles auraient cependant tendance à tomber en désuétude face au nouvel ordre établi par le *consumérisme*⁴². C'est pourquoi le législateur et les autorités les rappellent parfois en les érigeant en nouveaux droits (cf. les nombreuses chartes et lois édictées depuis ces dernières décennies et les guides de bientraitance apparus il y a peu). Mais lesquelles porter alors : la liberté, l'égalité, la fraternité ? *l'esprit de corps* ? *l'esprit d'équipe*, le travail collectif et bien fait, l'unité, l'honneur, la paix, la confiance, la bonté, la force, le service public, l'intérêt général, la solidarité, la charité, le cœur, le courage, la vaillance, la loyauté, la fidélité, le changement, l'humanité, l'honnêteté, la satisfaction des usagers, l'intégrité, le respect, la qualité, la responsabilité, le professionnalisme... ? Quelles sont celles qui vont permettre

⁴¹ *Dictionnaire du Petit Robert.*

⁴² « *Donner du sens aux valeurs* », dossier Management, *Les Echos* du 11 janvier 2008.

de changer les mentalités, les comportements et le cours des choses, et d'améliorer ainsi, par des croyances communes, tout ce qui peut l'être dans le sens espéré ? Et toutes ces valeurs peuvent-elles encore être partagées en ces temps nouveaux où « concurrence, profits, marchés et efficience », *valeurs de services marchands* s'il en est, pénètrent même le domaine sanitaire et social (qui devient ainsi le secteur *tertiaire relationnel*⁴³) en remettant en cause les valeurs traditionnelles initiales (humanisme et solidarité) ? Tout est évalué, valorisé, quantifié, au point d'en oublier la qualité des relations qui doit s'établir entre professionnels, usagers et responsables, fondées sur la confiance à défaut de laquelle rien ne saurait être⁴⁴.

Il est dès lors nécessaire de communiquer et de convaincre qu'il s'agit de travailler en considération de dogmes qui forgent l'unité de la communauté, de tendre vers ce que nous voulons atteindre. Aucune organisation ne saurait exister sans but ni projet. Il est vrai que l'air du temps, concentré d'individualisme, est peu propice à une réflexion sur des valeurs communes.

Pour autant, il appartient au directeur, face à de telles *vacuités*, comme cette absence de *conscience* rencontrée à l'Hôpital local de RIEZ (où celle-ci s'est perdue après avoir été négligée de trop nombreuses années), de communiquer sur la nécessité de travailler correctement ensemble pour assurer un service, public, d'une qualité irréprochable en stimulant l'esprit d'équipe, l'ardeur au travail, la conscience du travail bien fait. La tâche n'est pas mince et toute action entreprise en vue d'ajuster une *culture organisationnelle*, délicate et risquée. Pourtant, pour ce qui concerne la situation de l'Hôpital local de RIEZ, il est grand temps de raccrocher son activité aux valeurs qui la sous-tendent depuis toujours et à celles d'aujourd'hui si nous voulons sauver sa mise. D'où l'intérêt de l'approche historique de l'établissement : en connaissant son passé, le personnel y trouvera son identité profonde et la reconnaissance sociale qui lui est attachée et de là sa fierté d'appartenir au service public hospitalier. Ainsi, l'*Hospitalité*, dans toute sa dimension d'accueil de personnes vulnérables, doit être la valeur cardinale de toute l'organisation sanitaire et sociale, plaçant d'entrée les personnes accueillies au centre des préoccupations : leur offrir l'hospitalité, les accueillir, eux qui, devenus vieux et vulnérables, ne trouvent plus où aller ni rester. Et les accueillir avec *le sens de l'hospitalité*, avec toutes les marques d'attention que l'on porte à ses hôtes, ces marques d'humanité qui sont le propre des services hospitaliers (les politiques de recrutement pourraient s'assurer que les candidats partagent ces valeurs).

⁴³ Professeur V. MEYER, *Communication managériale*, Les Cours de l'ENSP 2007

⁴⁴ cf. « Les cahiers hospitaliers », n°240, décembre 2007, dossier *Le management des valeurs en santé*.

Certes, il s'agira aussi d'assurer un accueil dans des conditions matérielles optimales d'hébergement et de travail pour les résidents et le personnel. L'important demeurant toutefois dans la qualité et l'animation des relations d'accueil créées par tout le personnel avec les usagers. Ainsi, les agents des services techniques seront aussi intéressés à la démarche que le personnel soignant, ne serait-ce que dans le simple fait de s'assurer que la moindre ampoule de la moindre table de chevet soit en état de marche, comme le personnel soignant à veiller à la déshydratation des résidents en été, où le personnel des services hospitaliers à ce qu'il ne manque rien à table.

La *Bonne Qualité* ensuite. Par ce qu'elle semble aller de soi mais qu'elle n'est pas toujours au rendez-vous. La bonne qualité des soins, la bonne qualité des services, la bonne qualité des relations, leur humanité. Nous avons là un excellent sujet de *communication* (communiquer pour agir) et rejoignons ainsi la conscience et la valeur du travail bien fait et conforme à ce qu'attendu (la conscience professionnelle). Il en va de la responsabilité de tous et de tout un chacun pour l'avenir de l'établissement : « quand on fait quelque chose on le fait bien et jusqu'au bout ». Certes, il faut aussi garder les pieds sur terre : le travail des soignants et des personnels hospitaliers, parfois gratifiant, est bien plus souvent difficile et ingrat et n'a pas toujours la reconnaissance qu'il mérite. Ainsi parfois nous retrouvons nous face à des situations *impossibles* : comment deux aides-soignants peuvent-ils assurer un service de qualité s'ils ne sont que deux pour vingt-trois personnes dépendantes à prendre en charge en sept heures et trente minutes ? Les moyens non plus ne sont pas toujours au rendez-vous. Ce qui relève du reste de la responsabilité du directeur que d'assurer une bonne gestion des ressources, fussent-elles humaines. Mais celui-ci n'est pas seul. Tous les agents doivent être responsabilisés, rendus autonomes et adopter eux-mêmes et aussi un comportement de *gestionnaire de ressources*. Ainsi la *Qualité* rejoint la nécessaire gestion des ressources où apparaissent les notions de *coûts*. Pourquoi réduire les coûts ? Pour pouvoir faire de la bonne qualité (cf. rapport qualité/coûts) en dépensant moins pour dépenser mieux. Sans nul doute alors, tout le monde sera pour la valeur *bonne qualité*. Ce faisant, d'excellents outils permettent en principe, nous l'avons vu, d'y atteindre : procédures de certification, guide de bonnes pratiques et outils conventionnels vus en amont. Mais ils doivent être mis en œuvre avec l'efficacité qu'il convient. Tous sont l'occasion de communiquer et *d'agir*. Car ce qui importe, c'est l'*action et ses résultats*. Nous communiquons pour agir sur la réalité existante et la modifier quand nécessaire. En l'occurrence, il s'agit encore d'attirer l'attention des personnels sur les nécessaires *économies* que l'établissement doit réaliser en épargnant et en gérant au plus près les ressources (cf. sa situation financière inquiétante *in* annexe financière). Les consommations doivent être suivies avec la plus grande vigilance. Ce qui de « réduction des coûts et des consommations » nous fait passer à la « préservation de l'environnement » (ou à la protection de l'environnement et

au développement durable – ex. les produits absorbants d'incontinence jetés dans les ordures ménagères). L'ensemble des agents comprend cette nécessité. On peut leur rappeler les conséquences qui en découleront à défaut. Il s'agira alors, de par son propre comportement, de montrer l'exemple, les discours devant être en phase avec.

De plus, les valeurs traditionnelles telles que l'hospitalité ou la qualité doivent se compléter des valeurs contemporaines. De celles qui impliquent *l'efficience* notamment, qui sont aussi à prendre en considération et qui seront comprises comme la résultante de la théorie de la *dépendance des ressources* selon lequel les ressources ne sont pas infinies et les organisations en concurrence pour y avoir accès. Partant, une mauvaise gestion des ressources peut conduire à leur disparition et l'établissement à en être privé. D'où la nécessité d'être prudent, de prévoir, de voir loin, notamment en ne dépensant pas plus que ce dont on dispose, en *gardant une poire pour la soif*, en faisant des provisions et en ne dilapidant pas en surconsommant des ressources qui se raréfient.

Bref, tout un discours peut-être construit à partir des valeurs qu'il semble bon d'adopter. Mais aussi faut-il que ces valeurs soient effectivement adoptées et traduites en faits et en gestes. C'est là que nous retrouvons l'immense utilité du management par projet. Comme quoi stratégie et communication managériales ne peuvent aller l'une sans l'autre.

Ainsi, la communication managériale permet, par les valeurs qu'elle fait émerger du groupe, d'influencer favorablement les comportements. Pour autant, communiquer sur les valeurs n'est qu'une partie de la communication. Communiquer *le sens* (le « feu sacré ») pour structurer l'activité est tout aussi important.

3.2.2 Pour donner du sens et structurer l'activité

Après avoir fixé les repères et les valeurs de l'action, il s'agit à présent de lui donner du sens. Le sens d'une activité est « *l'idée à laquelle cette activité peut être rapportée et qui sert à expliquer, à justifier son existence* ». C'est aussi « *l'orientation d'un mouvement* ». Partant, donner du sens équivaut à justifier et orienter l'activité, la « *direction qu'elle prend, celle qu'on lui donne* ». Donner du sens, c'est rendre intelligible l'action, expliquer le comment du pourquoi, ses fins ultimes. Et c'est au directeur qu'il appartient de définir le sens du travail, ce qui consiste à décrire la situation et à dire ce qu'il se passe : à quel point sommes nous rendus, quelles sont les conditions, comment se situe l'établissement dans l'environnement, quelles sont les évolutions prévisibles et dans quel sens l'activité de l'établissement doit-elle être orientée pour assurer son avenir.

Donner du sens à l'activité d'un établissement, c'est aussi rappeler les raisons de son existence et justifier les changements nécessaires. C'est préciser les objectifs de l'action collective, faire partager les *référentiels d'action*, les *règles de l'agir collectif*, des *procédures d'accueil au projet d'établissement en passant par les protocoles de soins*.

Pour ce qui concerne l'Hôpital local de RIEZ, donner du sens à son activité (outre celui qui prévaut depuis toujours - apporter des soins et offrir l'hébergement aux malades et aux personnes âgées en perte d'autonomie ou en fin de vie – lieu de vie où l'on donne et où on reçoit des soins) et expliquer pourquoi des changements s'imposent, tient dans le simple fait qu'à défaut d'apporter les corrections d'organisation et de fonctionnement qui s'imposent, nul ne pourra plus garantir l'avenir de l'établissement : les non conformités qui engendrent de trop nombreux risques, la situation financière dégradée, la qualité des services décriée, remettent gravement en cause ses activités (cf. d'ailleurs l'inspection diligentée par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en avril 2008). Dans ces conditions, le sens à donner est tout tracé : améliorer la qualité des services, assurer une gestion financière saine, supprimer les risques repérés ; et le pourquoi tout trouvé : c'est une question de survie, la légitimité de l'établissement étant remise en cause. Le sens de l'activité devient alors en l'occurrence une sorte de défi à relever, celui d'une situation désespérée à redresser. Ce qui ne se pourra que par un travail d'équipe de longue haleine. *L'homme, seul, ne peut rien.* C'est d'ailleurs la force des équipes qui fait celle de l'établissement. Et une simple juxtaposition de personnes ne donne pas une équipe. Pour avoir une équipe, il faut que chaque participant engage sa volonté au service d'une cause commune en sachant pourquoi. Et c'est le directeur qui se voit chargé d'expliquer et d'insuffler *l'esprit*, le sens, du travail en commun afin que les agents soient *en phase*, dans l'intérêt de l'établissement, des usagers et des personnels.

Ainsi donc s'agit-il de communiquer non seulement (sur) les valeurs sur lesquelles se fonde l'activité de l'établissement, mais aussi de lui donner du *sens*, comme autant de repères d'action et d'orientations à suivre. Toutefois la tâche demeurerait inachevée si toutes ces bonnes intentions demeuraient lettre morte. Et c'est encore par la communication managériale, qui tend à obtenir des *effets de réalité* (modifier l'état de fait existant), que le directeur d'établissement va pouvoir *structurer* l'activité des services en tentant de modifier les comportements.

3.2.3 Pour obtenir des *effets de réalité* sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement

Telle est bien la fin première de la *communication managériale* : agir à partir de et sur l'*existant* pour induire les changements nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Pour cela, importe d'abord *d'agir* dans le but de modifier les représentations que se sont faits les agents du monde qui les entoure, des relations qu'ils y entretiennent, en les sensibilisant aux enjeux de la situation afin qu'ils adoptent les comportements souhaités (quelles sont leurs représentations, quels comportements souhaitons nous obtenir ? de ces questions se déduit la stratégie à adopter).

Pour cela, la communication verbale est nécessaire (dialogues, discours tendant à convaincre par argumentation) mais non suffisante. Nous devons aussi utiliser la communication non verbale⁴⁵. Non seulement celle des non-dits, des silences, des attitudes et des comportements, des faits et des gestes, mais aussi celle qui par symboles véhicule les idées qui influencent les comportements en agissant sur le contexte (un bon exemple de l'expression symbolique du contexte qui peut être donné est celui des « blouses blanches » portées par les personnels de soins : toute blanche signifie que nous avons à faire à un(e) infirmier ; avec un liseré vert, à un(e) aide-soignant ; rose, à un(e) agent des services hospitaliers ; ainsi, les usagers sauront, par ces simples *signes*, à qui s'adresser et pourquoi).

Au delà du fait de changer la nature et la qualité des relations entre les personnes par la promotion de valeurs et la définition du sens du travail collectif (par argumentation), il s'agit encore de modifier *l'apparence et le contexte* de l'établissement pour agir encore sur les esprits et les comportements (par influence comportementale) : par exemple, en agencant les espaces, en les décorant, de telle sorte à les rendre non seulement ergonomiques mais aussi chaleureux et accueillants ; en veillant encore à tous les détails qui montrent l'importance que l'on attache à ce *lieu de vie* (peintures aux finitions bien exécutées, bâti entretenu, affichage distingué...) ; en utilisant toutes les possibilités qui nous sont offertes pour rendre agréables et confortables les conditions d'hébergement, saines et irréprochables les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins. Par ces simples actions, le personnel d'abord, les usagers ensuite, percevront l'intérêt qui est porté à leur travail pour les premiers, au service qui leur est rendu pour les seconds. Partant, ils auront plus à cœur de continuer et de pousser plus loin la démarche entamée. Car pouvons nous demander, par exemple, aux équipes, des *transmissions* entre services plus efficaces alors qu'elles demandent en vain depuis si longtemps à ce que la salle qui sert aux dites transmissions soit rénovée ? Le respect de leur travail est la condition première de leur engagement. Et une des priorités, sinon *la* priorité, est bien celle qui consiste à entretenir *l'outil de travail* (l'établissement) comme il se doit pour le conserver en bon état de fonctionnement.

Il s'agira ensuite de *légitimer* les orientations arrêtées et de *prescrire les règles d'action* que nous aurons pris soin au préalable de faire *émerger* du groupe. A travers ces règles d'action, les comportements attendus devraient se manifester. Si bien, qu'à l'instar des procédures d'évaluation et autres outils de management stratégique, la communication managériale, par sa démarche, permet elle aussi de structurer l'activité de l'établissement. Et celle-ci vient compléter les premières : ce n'est pas par exemple parce

⁴⁵ Cf. V. MEYER, Professeur des Universités, *Compétences professionnelles et impératifs communicationnels*, les Cours de l'École Nationale de la Santé Publique, 2007.

que le « livret d'accueil » a été mis en place qu'existe une véritable politique d'accueil. La conviction et la participation de tous doit être recherchée et obtenue par une véritable politique de communication autour de l'importance de *l'accueil hospitalier*.

L'intérêt à communiquer est immense. Discuter avec les équipes, comprendre tous les ressorts des situations, connaître leurs pratiques au quotidien, les impliquer à trouver et à appliquer elles-mêmes les solutions, les *synchroniser* pour obtenir la meilleure organisation possible, telle est la démarche de communication à adopter. Mobiliser les agents, trouver les conditions dans lesquelles ils vont accepter d'être engagés, informer sur les actions, rappeler les valeurs, promouvoir l'institution, ses activités, ses acteurs, les valoriser, défendre les intérêts de l'établissement, soutenir ses activités, délimiter encore les frontières entre ce qui est acceptable et ce qui ne relève pas de la sphère professionnelle, en tout cela consiste la communication managériale. C'est par le langage qu'en matière de management nous produisons effets. D'où l'importance de communiquer.

Nous le savons aujourd'hui, ce n'est que par *l'organisation la plus efficace possible des activités* et des relations entre les professionnels, que l'efficacité maximale peut être obtenue. C'est donc bien sur *l'organisation* qu'il s'agit d'agir avec la participation des agents qui seuls ensemble peuvent en définir les procédures, puisque ce sont eux qui *font*, quitte à les guider quelque peu. A ces seules conditions de *coproduction des règles d'action*, l'atteinte des objectifs pourra être assurée (nous savons aussi la supériorité de l'intelligence collective sur l'intelligence individuelle en de pareils cas pour trouver et appliquer des solutions, comme nous savons aussi que la *règle* aura d'autant plus de chance d'être suivie si elle a été *coproduite*). Le facteur humain est déterminant : c'est lui qui appuie ou qui freine l'application des décisions. Aussi devons-nous passer *maître* dans l'art de communiquer.

Et c'est bien en tout cela que réside le fond du métier de directeur : aménager des situations de travail favorables, de telle sorte à ce que, avec la participation des personnels, le changement se réalise par l'adaptation de l'établissement aux évolutions contemporaines.

Le directeur devient alors, pour partie au moins, *animateur d'un projet collectif* destiné à obtenir des effets tangibles sur la *réalité*. Il n'est plus seulement *celui qui sait* mais aussi celui qui réussit à produire, par convention avec les équipes, les règles d'action qu'elles appliqueront elles-mêmes de façon bien plus efficace que si ces mêmes règles avaient été prescrites unilatéralement en vue d'atteindre les objectifs fixés.

Communiquer, c'est non plus seulement transmettre des informations mais c'est aussi *changer les comportements*, en établissant échanges et relations, écoute et action collective, dans la direction fixée. Partant, les conditions d'une communication efficace sont de *communiquer pour agir et agir en communiquant*, en mettant les actes et les faits

sous l'ensemble des regards des parties prenantes, avec les mots justes qui conviennent à tous, afin de recueillir, pour en tenir compte, les observations de chacun. La communication sert surtout à questionner l'action pour trouver la solution adéquate. Là se trouve l'essentiel : obtenir l'application des règles nécessaires à la mise en œuvre des solutions qui conviennent.

Nous comprenons bien à travers tout cela que tant la mise en œuvre d'une stratégie que l'efficacité d'une communication managériales ne peuvent trouver lieu que dans des laps de temps suffisamment longs. Est-il possible de développer des projets fructueux sans les élaborer comme il se doit, sans s'assurer de leurs suivis, de leurs bonnes orientations et sans en apprécier et en évaluer les résultats au regard des objectifs fixés ? De même, est-il possible d'obtenir l'engagement des agents sur le long terme si le porte parole garant du projet lui-même se retire juste après en avoir initié la démarche ? Une telle attitude, contraire aux valeurs promues (notamment s'engager pour l'établissement et pour l'accueil *hospitalier* des personnes) ne peut avoir qu'un effet désastreux sur le moral des équipes et le comportement des agents. C'est pourquoi l'Hôpital local de RIEZ éprouve d'abord un si grand besoin d'un retour à la stabilité de ses équipes de direction, pour s'y retrouver notamment dans ses orientations et recouvrer enfin une ambiance de travail toujours plus *hospitalière*. Car après une telle succession de directions différentes, l'établissement se retrouve *désorienté*, à l'identique d'un navire dont l'équipage se serait mutiné contre l'incapacité des capitaines successifs à les mener à bon port et qui, ne trouvant pas de chef légitime pour les remplacer, se disputant en vain pour obtenir le commandement, dérive vers le naufrage.

Il est dès lors nécessaire de rétablir le « contact », le dialogue et l'entente, d'assurer des relations *humaines* entre la direction et les professionnels et entre eux-mêmes et les usagers, ce qui ne se peut sans une communication qui tendra à les ramener tous à travailler dans la dignité, non seulement pour offrir des services hospitaliers de qualité mais aussi et surtout pour sauvegarder l'intérêt premier de cet établissement vénérable.

Ainsi, pour réussir à modifier l'organisation et le fonctionnement (obtenir *des effets de réalité*) de l'Hôpital local de RIEZ afin de le ramener à une situation plus normale, est-il vivement préconisé d'adopter les modes et les principes de la *communication managériale* qui seuls permettront de mettre en œuvre efficacement la *stratégie managériale* qui sera arrêtée. Car ce qu'il faut bien comprendre, c'est que ledit hôpital se retrouve à fonctionner, après une longue période sans direction, selon un *ordre spontané* qui ne lui permet plus de satisfaire aux exigences actuelles. Tout le travail de la direction consistera alors à ramener son fonctionnement à un *ordre construit*. Ordre spontané et ordre construit sont les deux dimensions d'une organisation. Et passer de l'un à l'autre ne se peut sans utiliser les outils stratégiques adéquats étudiés et mis en œuvre grâce à la communication managériale dont nous causons.

Conclusion

Le changement s'impose donc pour l'Hôpital local de RIEZ qui se retrouve en situation très critique (cf. notamment son déséquilibre financier). Situation difficile qui aurait pu être évitée par plus de continuité dans sa *gouvernance*.

Mais gardons nous, comme en toute chose, de toute affirmation par trop *manichéenne* (*in medio stat virtus* !). Car si d'une part nous avons la situation idéale qu'il s'agit d'atteindre, nous avons aussi d'autre part la situation telle qu'elle est et les moyens dont nous disposons en fait pour l'atteindre. Nul ne sait ce que les concours de circonstances peuvent produire (cf. *l'effet papillon : petite cause et grands effets* – c'est pourquoi nous devons rester d'autant plus *prudents*). Par malchance pour l'hôpital exemple de ce mémoire, une série continue de circonstances a fait que les *cadres dirigeants* qui se sont succédés n'ont pu rester en place. Quelles qu'en soient les raisons, cela nous permet de vérifier les conséquences néfastes de l'absence de direction et partant de prouver sa nécessité pour un établissement. Cela nous permet aussi de réfléchir sur la nécessaire continuité des actions qu'un directeur doit impérativement inscrire dans la durée.

Au moment même où nous nous apprêtons à prendre notre premier poste de direction d'établissement public sanitaire et social, l'exemple de l'Hôpital de RIEZ arrive à point pour nous rappeler qu'un nouveau directeur sera toujours attendu par le personnel soit dans un espoir de rupture avec le passé, soit de continuité avec ce qui a été fait jusqu'alors. Dans les deux cas il s'agira de bien prendre en considération *l'existant* (non seulement ce qui s'est fait, mais aussi tout ce qui a été projeté) afin de ne pas briser malencontreusement la dynamique de l'établissement (à moins de se retrouver confronter à une situation semblable à celle de notre exemple où tout est à reconstruire).

La continuité nécessaire au fonctionnement des établissements n'implique dès lors pas forcément qu'un directeur doive rester en place au moins x années, ou plus, ou moins, mais suppose quand même qu'il doive y rester « un certain temps » : le temps nécessaire à l'accomplissement des missions dont il est chargé, la première étant d'assurer la bonne marche de l'établissement, partant, d'assurer la continuité par le suivi des activités. Il en va de la crédibilité de la fonction. Pour ce faire, il s'agira d'abord de prendre connaissance de l'établissement dans son ensemble, de son passé et de ses projets et de s'assurer ensuite d'être bien en phase avec tout le personnel. Et c'est là que nous retrouvons l'immense intérêt des outils stratégiques de pilotage et de la communication bien entendue. Il en va du bon fonctionnement de l'établissement et par suite de la qualité des prises en charge et de la satisfaction des usagers.

Sources et bibliographie

Ouvrages :

- AÏM R. *L'essentiel de la théorie des organisations*. Paris : Gualino Editeur, 2006. 114 p.
- AUBERT N. *Diriger et motiver*. Paris : Editions d'organisation, 2002. 355 p.
- BLANCHET A. *La psychologie des groupes*. Paris : Armand Colin, 2007. 127 p.
- BOBIN C. *La présence pure*. Cognac : Le temps qu'il fait, 1999. 66 p.
- CHAUVEL A. *Méthodes et outils pour résoudre un problème*. Paris : Dunod, 1996. 243 p.
- CHRISTEN-GUEISSAZ E. *Recherche Action*. Paris : Editions de l'Harmatan, 2006. 212 p.
- DEMIANOVITCH P. *Fragments d'un enseignement inconnu*. Paris : Stock, 1971.
- FASSIN D. *Faire de la Santé Publique*. Rennes : Editions de l'École Nationale de la Santé Publique, 2005. 58 p.
- FAYOL H. *Administration industrielle et générale*. Paris : Dunod, 1999. 133 p.
- JOULE R.-V. et BEAUVOIS J.-L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2002. 245 p.
- HATCH M.J. *Théorie des organisations*. Bruxelles : De Boek, 2005. 418 p.
- LABORDE G. *Influencer avec intégrité*. Paris : Interéditions, 1987. 227 p.
- LABORIT H. *Biologie et structure*. Paris : Éditions GALLIMARD, 1968. 187 p.
- MIRAMON J.M., COUET D., PATURET J.B. *Le métier de directeur*. Rennes : Editions de l'ENSP, 2005. 269 p.
- THIETART R.-A. *Le management*. Paris : Presses Universitaires de France – Que sais-je ? n°1860, 11^{ième} édition, 2004. 127 p.
- TISSIER D. *Le management situationnel*. Paris : INSEP Editions, 1997. 141 p.

Mémoires de l'École Nationale de la Santé Publique :

- CHAUVEL K. *Etude de l'image de l'hôpital local de Malestroit*. Mémoire DESS, 2001.
- DUCOURET L. *La convention tri-partite : d'un outil juridique à un processus de management*. Mémoire DESS, 2006.
- MOURAS C. *Approche de management stratégique à l'hôpital local de la Châtaigneraie*. Mémoire DESS, 2004.
- MÜLLER-RAPPARD E. *Rénover la gestion des ressources humaines pour surmonter une situation de pénurie soignante*. Mémoire DESS, 2005.
- PICOT V. *La mise en œuvre d'une démarche qualité : une opportunité managériale*. Mémoire DESS, 2007.

Dossiers, rapports :

HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Guide pour l'auto-diagnostic des pratiques de management en établissement de santé*. 2005.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE SANTE, ORS - Bretagne : *Les hôpitaux locaux en France – Equipement, répartition géographique, personnels*. Octobre 2005.

Articles :

L'Avvec dénonce l'insuffisance des moyens alloués aux établissements accueillant des personnes âgées. La Gazette Santé Social, 3 janvier 2008.

Croissance et management. Le Monde du 29 janvier 2008.

Donner du sens aux valeurs de l'entreprise. Les Echos du 11 janvier 2008.

Hôpital local : lieu de travail, lieu de vie. In « Informations sur les ressources humaines à l'hôpital », n°23, septembre 2002 (www.sante.gouv.fr/dossiers).

Hôpitaux de proximité : quel avenir ? La Gazette Santé Social, 2006/03.

Le management des valeurs en santé. Dossier des Cahiers Hospitaliers n°240, décembre 2007.

Un meilleur management pour une pluie d'économies. Dossier. Le journal de l'Action sociale, mai 2007.

Colloques, séminaires :

« *Prise de décision : entre raison et passion* ». Semaine Inter Ecoles mars/2008. Réseau des Ecoles de Service Public. Ecole Supérieure de l'Education Nationale.

Textes réglementaires :

Journal Officiel de la République Française et Bulletin Officiel du Ministère de la Santé.

Code de la Santé Publique et Code de l'Action Sociale et des Familles, édition permanente. Editions WEKA.

Liste des annexes

Annexes n°1 Situation géographique de l'Hôpital local de RIEZ

Annexes n°2 Structure physique de l'Hôpital local de RIEZ

Annexe n°3 Structure financière de l'établissement

Annexe n°4a Guide d'entretien avec le personnel de l'Hôpital local de RIEZ

Annexe n°4b Guide d'entretien avec les patients et résidents dudit hôpital

Annexe n°4c Guide d'entretien avec les usagers

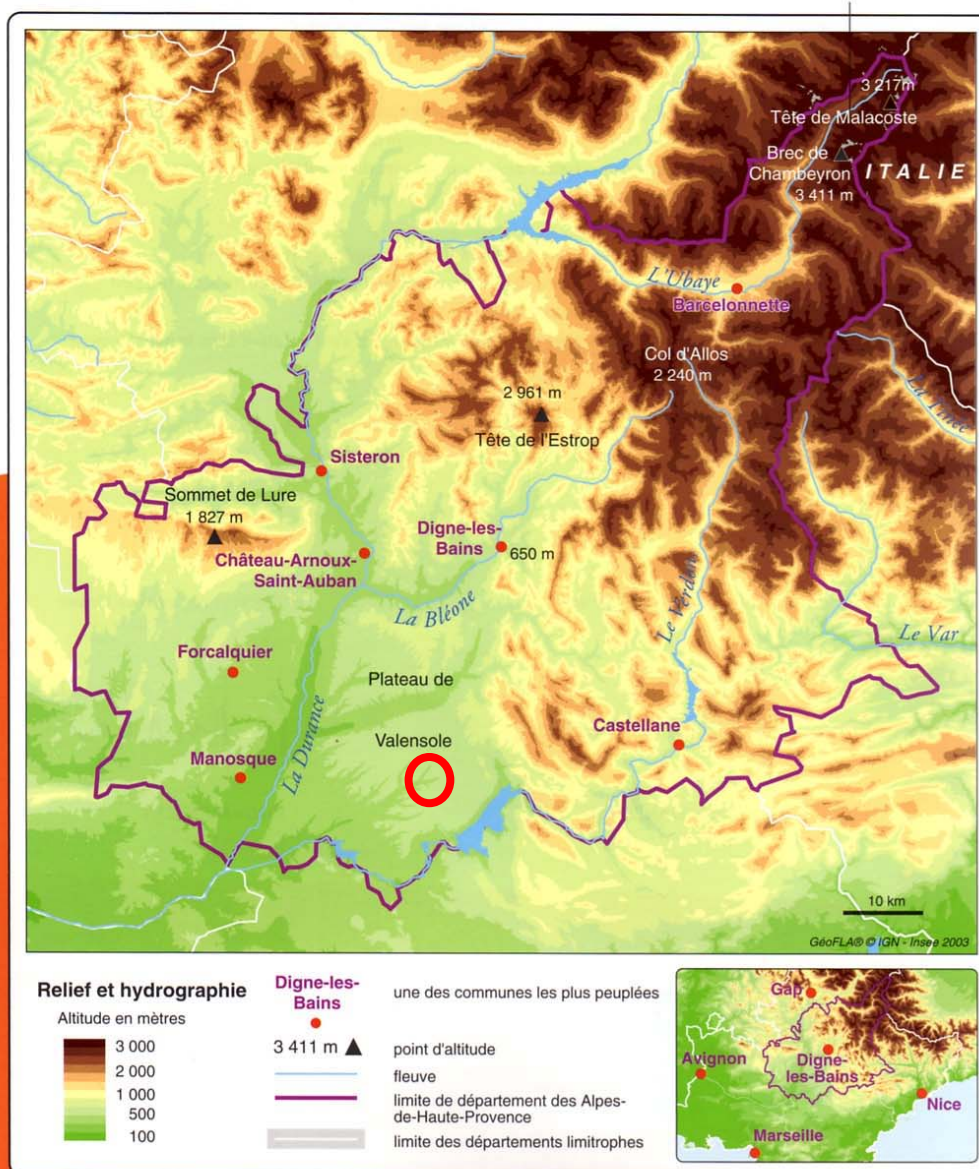
Conjuguant les influences provençales et alpines, le département des Alpes-de-Haute-Provence connaît une grande variété de paysages. Près des trois quarts de la superficie appartiennent à la haute et moyenne montagne. C'est aussi un pays de plateaux et de vallées, aux contrastes importants.

Le Val de Durance creuse les Préalpes et traverse le département du nord au sud, de Sisteron à Manosque. Manosque

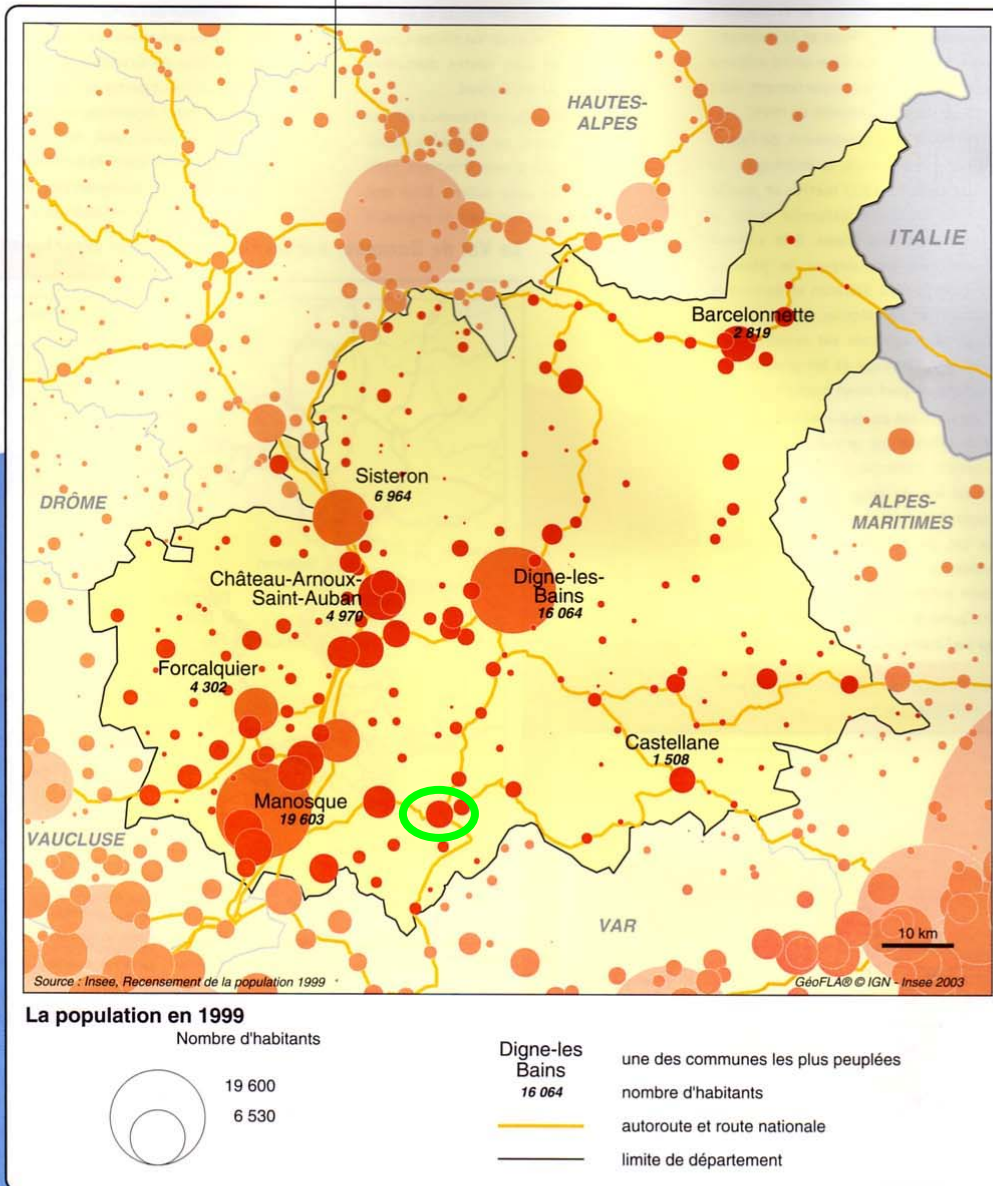
est la ville la plus peuplée du département. Cette agglomération compte près de 26 000 habitants en 1999, soit près d'un habitant des Alpes-de-Haute-Provence sur cinq. Son développement a profité, entre autre, de la proximité du Centre d'Énergie Nucléaire de Cadarache. Frontière naturelle entre le Var et les Alpes-de-Haute-Provence, le Verdon, torrent de 170 km, prend sa source au mont des Trois Evêchés, à l'ouest du col

d'Allos. Il a creusé une faille spectaculaire, le grand canyon, considéré comme un des sites naturels majeurs d'Europe. Sur son parcours, il est largement exploité pour sa production hydroélectrique. D'où la construction des barrages puis l'aménagement des plans d'eau de Castillon, Chaudanne, Sainte-Croix, Quinson, Esparron et Gréoux. L'été, les touristes y viennent de plus en plus nombreux.

Un département de haute et moyenne montagne, aux paysages contrastés



Plus de la moitié de la population habite dans huit communes sur les 200 que compte le département



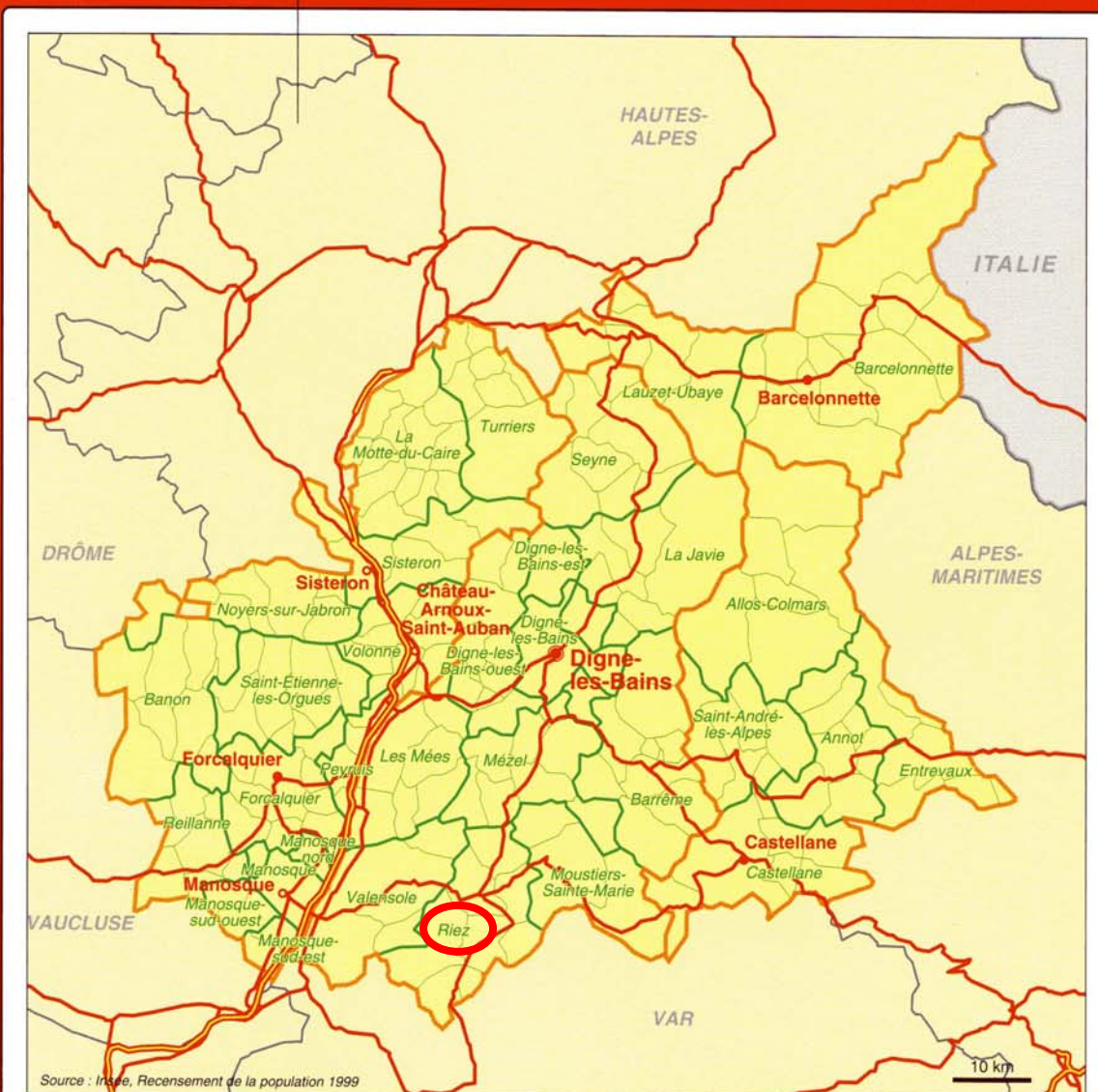
En 1999, 139 683 habitants ont été recensés dans le département des Alpes-de-Haute-Provence. Sixième département de France le moins peuplé, il compte deux unités urbaines de plus de 15 000 habitants : Manosque (regroupe les communes de Manosque, Pierrevert et Sainte-Tulle), 25 938 habitants et Digne-

les-Bains (communes de Digne-les-Bains et Champserrier), 16 757 habitants. Trois autres unités urbaines ont entre 5 000 et 10 000 habitants : Sisteron, 6 964, Château-Arnoux-Saint-Auban (communes de Château-Arnoux-Saint-Auban, Montfort et Volonne) 6 869 habitants, et Forcalquier (communes de Forcalquier








et Mane), 5 471 habitants. Viennent ensuite Oraison avec 4 879 habitants, Barcelonnette, 3 460, et Volx, 2 690.

Plus de la moitié de la population habite dans huit communes, le reste s'éparpille dans les 192 autres communes du département. Au total, 105 d'entre elles comptent moins de 200 habitants.

Organisation administrative

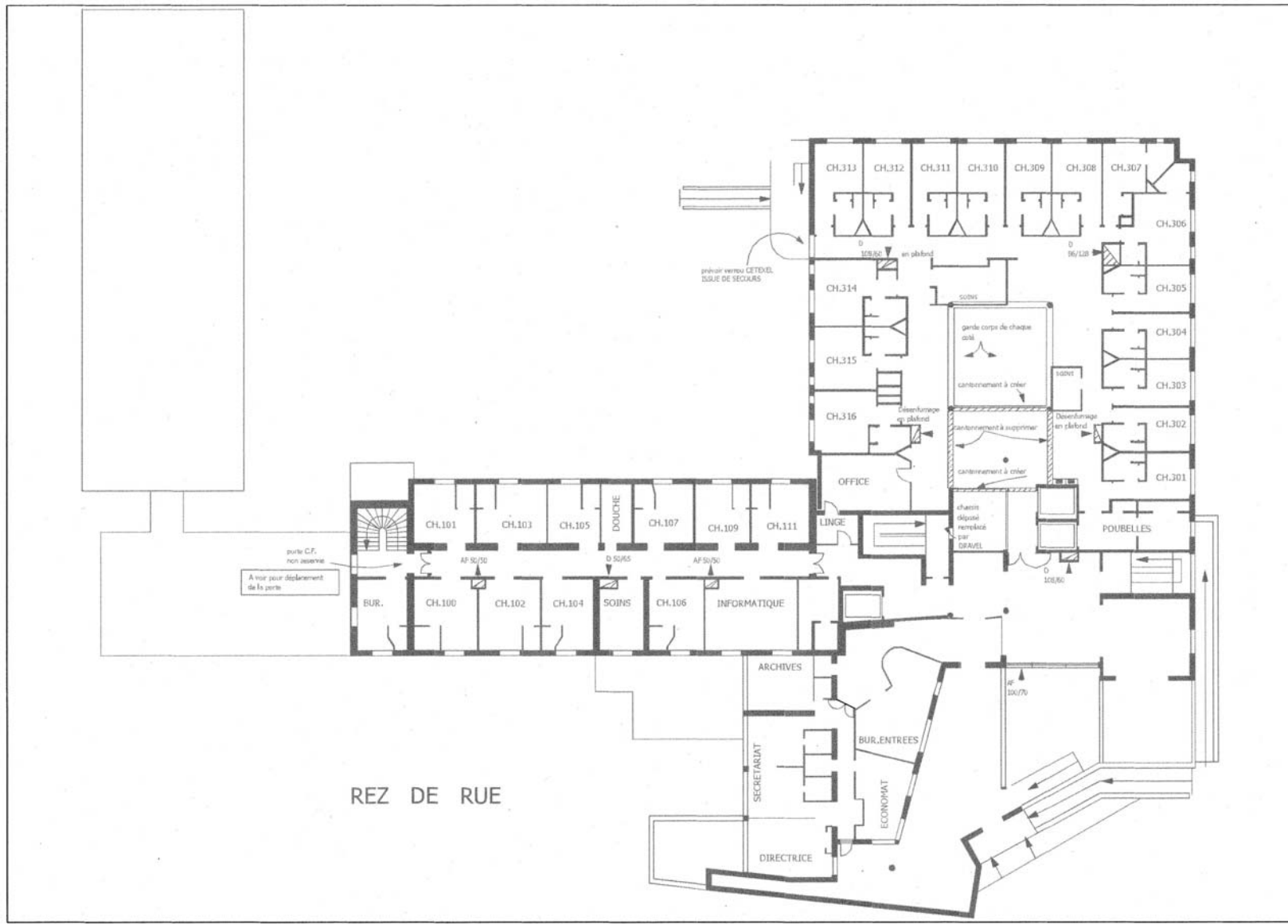


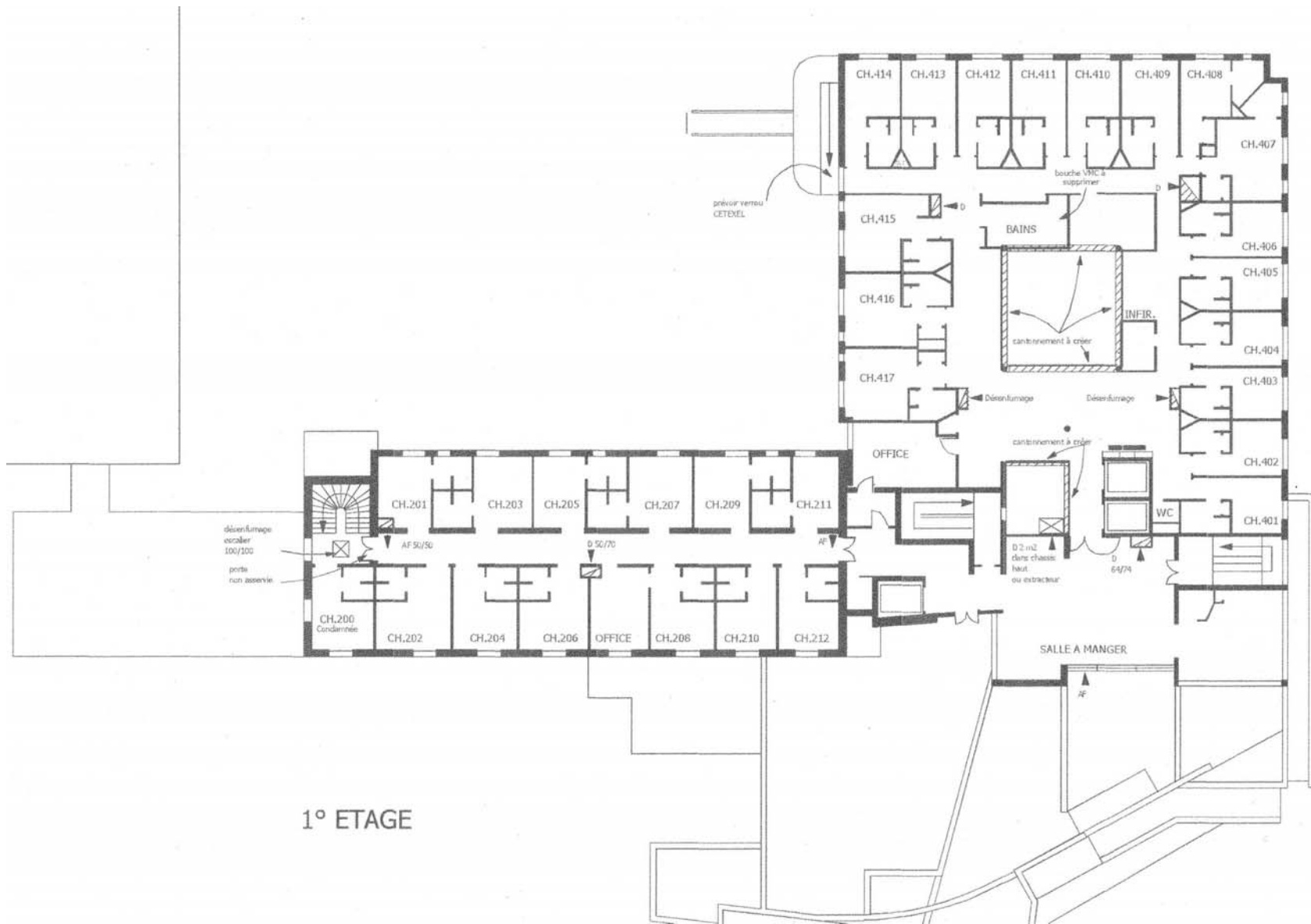
Source : Insee, Recensement de la population 1999

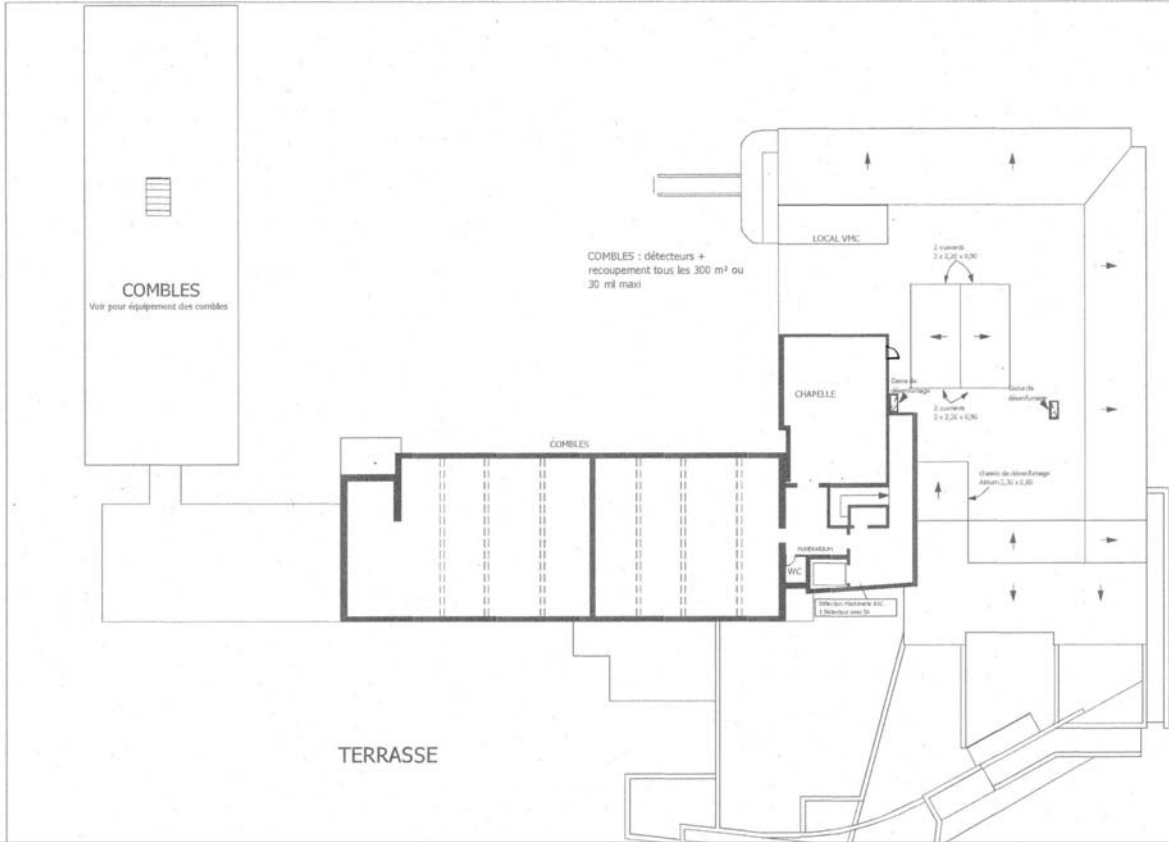
Digne-les-Bains	Préfecture		limite d'arrondissement
	Sous - préfecture		limite de canton
Sisteron	Autre ville importante		limite communale
Riez	Chef lieu de canton		limite de département
			Autoroute
			route nationale

ANNEXE N°2 STRUCTURE PHYSIQUE









Annexe n°3 Structure financière de l'Hôpital local de RIEZ

	2005	2006	2007
DURÉE APPARENTE DE LA DETTE	1,82	1,62	1,33
INDÉPENDANCE FINANCIERE	21,9%	20,3%	18,0%
APUREMENT DE LA DETTE	3,98	4,12	5,00
VÉTUSTÉ des IMMOBILISATIONS CORPORELLES	44,2%	49,0%	53,1%
- Constructions	42,7%	46,0%	49,1%
- Installations techniques, matériel, outillage	47,0%	59,8%	70,1%
- Autres	57,9%	69,8%	78,2%
FDR en jours d'exploitation	28,34	37,11	13,55
BFR en jours d'exploitation	6,51	18,60	14,92
CYCLE D'EXPLOITATION			
ROTATION DES STOCKS	63,7 j	49,2 j	53,9 j
ROTATION CRÉANCES D'EXPLOITATION	57,6 j	62,3 j	68,1 j
ROTATION DETTES FOURNISSEURS	154,0 j	145,6 j	241,0 j
ROTATION DETTES SOCIALES	54,0 j	4,6 j	48,0 j
CAPACITÉ D'AUTOFINANCEMENT (CAF)	179 090	173 811	274 470
CAF en % des produits d'exploitation	5,41%	4,83%	7,30%
MARGE BRUTE	220 162	222 866	302 532
TAUX DE MARGE BRUTE	6,65%	6,19%	8,04%
TRÉSORERIE			
TRÉSORERIE en jours d'exploitation	21,8	18,5	-1,4
RATIO DE TRÉSORERIE RELATIVE	1,1	1,4	0,81

ANNEXE N°4a

GUIDE D'ENTRETIEN AUPRES DU PERSONNEL DE L'HOPITAL LOCAL DE RIEZ

1 - Connaître le point de vue, les avis, l'opinion, des agents, sur l'Hôpital, en général et en particulier en matière d'organisation et de fonctionnement, les points forts/faibles de l'établissement ainsi que leurs idées sur les orientations qu'il s'agirait de prendre.

2 - Lister les doléances. 3 – Faire ressortir les points clefs.

1) Quelle est votre activité ici même ? votre statut ? votre temps de travail ? votre ancienneté ? dans l'établissement ? dans vos fonctions ?

2) Qu'aimeriez-vous me dire concernant cet établissement où vous exercer ?

3) Quelle image en avez-vous ?

4) Par quoi se caractérise-t-il essentiellement ?

5) Que pensez-vous de son organisation ?

6) De son fonctionnement ?

7) Quels sont ses points forts ?

8) Ses points faibles ?

9) Quelles actions correctives seraient nécessaires à votre sens ?

10) Que pensez-vous de votre cadre de travail ? (locaux, matériels, ambiance, conditions de travail, restauration du personnel, les métiers... la solidarité entre services...)

11) En termes de carrière professionnelle, quels sont vos objectifs ? vos attentes ? vos espoirs ? vos souhaits de formation ? vos motivations ? (évolution, responsabilités, compétences, valorisation personnelle, valorisation de l'établissement, mobilité, créativité dans le travail, autonomie...)

12) Dans quelle mesure vous sentez-vous impliqué(e) dans les objectifs du service auquel vous travaillez ? (participation, adhésion, application des objectifs de santé publique, Loi de Santé Publique, PRSP, SROS, LFSS...)

13) Que pouvez-vous dire sur le thème des relations entre personnes (relations humaines) au sein de l'Etablissement ?

- 14) Pour vous, quelles sont les principales missions de l'Hôpital local ? de RIEZ ?
- 15) Comment pensez-vous qu'il les remplit ?
- 16) A quelles occasions vous arrive-t-il de parler de votre activité, de l'Hôpital, à l'extérieur ? à quels sujets ?
- 17) Quelle image de l'Hôpital le personnel doit-il faire passer ?
- 18) Comment est-il vu ? qu'est-ce qui en est attendu ?
- 19) Quels sont selon vous les principaux besoins des personnes qui sont prises en charge ou qui sont susceptibles de l'être ?
- 20) Que pensez-vous et espérez-vous de la convention tripartite qui vient d'être signée ? de la V2 2008 ? et du Projet d'établissement en cours ?
- 21) Comment voyez-vous l'avenir de l'Etablissement ? Quelles sont ses difficultés ? ses projets ?
- 22) Que pensez-vous de l'Information et de la Communication au sein de l'établissement ? A l'extérieur ? Que faire pour l'améliorer ?
- 23) Que pensez-vous de la fonction de direction d'établissement sanitaire et social ? A votre sens, comment pouvons-nous définir « la direction la plus efficace possible » ? (Hiérarchie. Autorité. Contrainte. Autonomie. Responsabilité. Technocratie. Démocratie ? Délégation ? Confiance ? Ecoute ? Participation ? Soutien ? Encadrement ? Evaluation ? Laissez-faire ? Aide et assistance ? Médiation ? Incitation ?
- 24) Qu'attendez-vous de la Direction ?
- 25) Par quoi motivez-vous votre activité, vos actions ? (satisfaction des usagers, personnelle, travail bien fait, conscience professionnelle, responsabilité...)
- En résumé
- A. Les points forts de l'Etablissement :
- B. Les points à améliorer :
- C. Les questions urgentes à traiter :
- D. Les orientations à donner :
- Vos doléances :

ANNEXE N°4b

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESIDENTS/PATIENTS DE L'HOPITAL DE RIEZ

Afin de connaître leurs sentiments au regard de leur prise en charge en l'établissement et les remarques qu'ils aimeraient voir prises en compte.

A. Admission (accueil... information... remarques...)

B. Séjour (réponses aux besoins / médicaux / médico-sociaux / soins infirmiers / qualité / information / hygiène / écoute / disponibilité du personnel / hébergement / confort / propreté / alimentation / qualité / régime / heures des repas / intimité / confidentialité / soutien psy / activités, occupations, animation / relations sociales / remarques).

C. Prestations hôtelières (confort des chambres, hygiène des locaux, repos, repas, qualité, service, linge, service technique en chambre... remarques).

D. Impression globale

de satisfaction

de disponibilité du personnel

de sécurité

de respect

remarques

E. Ce que vous avez à dire de l'HL à d'autres personnes ?

F. Ce que vous appréciez (points forts) :

G. Ce qui vous gêne :

H. Suggestions :

ANNEXE N°4c

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES USAGERS / CITOYENS ET LA POPULATION EN GENERAL SUR L'HOPITAL LOCAL DE RIEZ

Afin de 1 - Connaître le point de vue, les avis, l'opinion, des usagers, sur l'HL, en général et en particulier en matière d'organisation et de fonctionnement, les points forts/faibles de l'Etablissement ainsi que leurs idées sur les orientations qu'il s'agirait de prendre.

2 - Lister les doléances. 3 – Faire ressortir les points clefs.

1) Pour vous, un hôpital local, c'est quoi ?

2) D'où êtes-vous ? de RIEZ ? du 04 ? de PACA ? UE ? autres ?

3) Comment connaissez-vous celui de RIEZ ?

4) Quels sont les services qu'il propose ?

5) Quels sont ceux qu'il devrait proposer ? quel devrait être son rôle ?

6) Qu'en espérez-vous personnellement ?

7) Comment caractérisez-vous l'HL Lumière ?

8) Qu'en savez-vous ? Nombre de personnel ? quels métiers ? quelle qualité ? nombre de personnes prises en charge ? services offerts à l'ensemble de la population ? les médecins, les praticiens, les spécialistes, les kinésithérapeutes, diététiciens ? l'hébergement ? les soins ? la dépendance ?

9) Qu'en avez-vous entendu ? sur son organisation, son fonctionnement, ses prises en charge..

10) Comment vous paraît-il ? quelle image en avez-vous ?

11) Accepteriez-vous d'y hospitaliser vos proches ? d'y aller vous-même ?

12) Quels sont les besoins qu'il devrait satisfaire ?

13) Quels sont ses points forts, ses points faibles ?

14) Que faudrait-il y faire ?

15) Quelles actions d'urgence à entreprendre ?

16) Vers quoi l'Hôpital devrait-il aller ?