



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**DEVELOPPER UN PARTENARIAT
EFFICACE ENTRE LES CADRES DE
SANTÉ ET L'ÉQUIPE DE DIRECTION
L'exemple des Hôpitaux du Nord aux
Hospices Civils de Lyon**

Viviane PIEDCOQ

Viviane PIEDCOQ - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

Remerciements

Je tiens à remercier l'équipe de direction et les personnes avec lesquelles j'ai travaillé aux Hôpitaux du nord des Hospices Civils de Lyon. Ils m'ont offert des conditions idéales pour réaliser mes deux stages hospitaliers et ce mémoire, qui ont été des moments d'enrichissement professionnel mais aussi personnel.

Des remerciements particuliers s'adressent à mon maître de stage, Serge Malacchina, qui m'a accompagnée avec attention tout au long des deux stages et de l'élaboration du mémoire, et aux deux directeurs qui se sont succédé à la tête de l'établissement, Laurent Raisin- Dadre et Patrice Farci.

Merci également à tous ceux qui ont accepté de consacrer un peu de leur temps à répondre à mes questions, à me faire partager leur expérience et à m'aider dans la préparation du mémoire, notamment Thérèse, Marie-France, et les documentalistes des Hospices.

Je remercie enfin Bruno Donius, directeur des ressources humaines du CHU de Lille, qui a encadré mon travail et m'a apporté de précieux conseils.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 DEVELOPPER UN PARTENARIAT AVEC LES CADRES DE SANTE : QUELS ENJEUX POUR LA DIRECTION ?.....	5
1.1 Les cadres de santé, un rouage essentiel de la vie hospitalière.....	5
1.1.1 Qui sont les cadres de santé ?.....	5
1.1.2 Les cadres de santé et le changement : en quoi le cadre est-il vecteur du changement ?.....	8
1.2 L'impact des projets institutionnels sur le travail de cadre : les cadres fortement sollicités par la direction dans la mise en œuvre des projets, l'exemple des Hôpitaux du nord aux HCL.....	11
1.2.1 Le contexte : l'intégration aux Hôpitaux du nord des grands projets HCL et de projets locaux	11
1.2.2 Des cadres fortement sollicités : l'exemple de l'impact sur les cadres des projets TEMPO et ERP- plate-forme logistique	13
1.2.3 Le sentiment de la filière soignante des Hôpitaux du nord face à cette avalanche de projets	17
1.3 Les obstacles à la participation des cadres aux projets : les raisons du développement d'une politique de soutien envers les cadres.....	19
2 ASSOCIER LES CADRES LORS D'UNE DEMARCHE PROJET : L'EXEMPLE DES HCL	23
2.1 Les outils de prise en compte des cadres dans l'élaboration des projets aux HCL	23
2.1.1 Les Responsables Projets Utilisateurs et le groupe « Accompagnement »	23
2.1.2 Un recensement des attentes des utilisateurs envers le système d'information ..	28
2.2 Les outils à utiliser lors de la mise en œuvre d'un projet pour y associer les cadres de façon pertinente : un guide pratique	31
2.2.1 Les outils en amont de la mise en œuvre du projet.....	32
2.2.2 Pendant la mise en œuvre du projet	40
2.2.3 En aval du projet : évaluation et évolution	41
2.3 L'exemple du projet ERP : une approche qui révolutionne la hiérarchie hospitalière en positionnant les cadres utilisateurs comme des clients et des experts.....	43

3 COMMENT FAIRE DES CADRES DE VERITABLES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS: CONSTRUIRE UNE POLITIQUE GLOBALE COHERENTE ENVERS LES CADRES	46
3.1 Les cadres, un corps social à positionner	46
3.1.1 Une politique de ressources humaines pour affirmer et affermir la position des cadres comme partenaires institutionnels.....	46
3.1.2 La reconnaissance par une écoute et une information institutionnalisées et un véritable projet social pour les cadres.....	54
3.2 Combattre le cynisme organisationnel des cadres dans le contexte du management par projet.....	58
3.2.1 Le management par projets entre théorie et réalité aux HCL.....	58
3.2.2 Mieux penser les projets d'organisation	63
3.3 Cerner précisément les missions des cadres : chacun son rôle à l'hôpital pour une efficacité globale	66
3.3.1 Rechercher un allègement de la charge de travail des cadres.....	66
3.3.2 Comment répartir les compétences dans le cadre de la contractualisation interne ?	67
3.3.3 Réorganiser l'encadrement intermédiaire à l'hôpital	69
3.4 Guide pratique : comment développer un partenariat efficace avec les cadres de santé ?.....	72
CONCLUSION	77
Bibliographie	79
Liste des annexes	82
ANNEXE 1 : LISTE DES ENTRETIENS.....	83
ANNEXE 2: PLAN DE CHARGE POUR LES CADRES DES HÔPITAUX DU NORD.....	84
ANNEXE 3: PROJET TEMPO – CARTOGRAPHIE DES UNITES DE TRAVAIL AUX HCL.....	86
ANNEXE 4 : GUIDE POUR L' EVALUATION DES CADRES DE SANTE AUX HOPITAUX DU NORD.....	89

ANNEXE 5 : CHU LILLE ELABORATION DU PROJET SOCIAL 2004-2008 QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE DESTINE AUX CADRES.....	90
ANNEXE 6 : CHU LILLE : RESULTATS DE L' ENQUÊTE AUPRES DES CADRES.....	95

Liste des sigles utilisés

ARH: Agence Régionale d'Hospitalisation

BP: Bureau du Personnel

DG: Directeur Général

DP: Directeur du Personnel

DPAS: Direction du Personnel et des Affaires Sociales

DRH: Direction des Ressources Humaines

DS: Direction des Soins

EPS: Etablissement Public de Santé

ERP: Enterprise Resource Planning, ou Progiciel de Gestion Intégrée

HCL: Hospices Civils de Lyon

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CHS: Centre Hospitalier Spécialisé

DCSSI: Direction Centrale du Service de Soins Infirmiers

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

RPU : Responsable Projet Utilisateur

SIL : Structure Informatique Locale

INTRODUCTION

D.Vilchien, sous-directeur de la fonction publique hospitalière au ministère du travail et des affaires sociales, écrivait dans une tribune libre, à propos de la nouvelle formation des cadres en 1995, que “les missions qui sont aujourd’hui dévolues aux cadres de santé les positionnent plus qu’hier comme des rouages essentiels des institutions hospitalières. Seront gagnantes les directions hospitalières qui l’auront compris!”¹.

Les cadres de santé sont des acteurs incontournables à l’hôpital: leur champ de compétences requises est large, il va de la gestion et de l’organisation des soins à l’animation d’équipe en passant par la gestion économique et la mise en oeuvre de projets. Nous avons pris conscience en 2002, lors de notre découverte du monde hospitalier, qu’une partie du travail des cadres aidait considérablement la direction: ils travaillaient en effet sur l’organisation et l’aménagement de la réduction du temps de travail et fournissaient un travail précieux de proposition de plannings, en se positionnant comme des relais de la direction des ressources humaines, face aux chefs de service et aux équipes soignantes.

Nous avons pu constater cette année que l’implication attendue des cadres dans la mise en oeuvre des projets institutionnels n’avait pas été exceptionnelle en 2002, liée au projet des 35 heures. En effet, les Hospices Civils de Lyon connaissent une floraison de projets très ambitieux, qui vont devoir être mis en place sur les sites entre 2003 et 2005, et qui ont des impacts sur les cadres, soit parce que les projets les visent directement, soit parce qu’ils doivent en assurer la mise en oeuvre sur le terrain. Sur le site des Hôpitaux du nord, ces projets institutionnels s’ajoutent à de lourdes opérations de restructuration qui créent déjà une charge de travail supplémentaire pour certains cadres. La coordinatrice des soins exprimait des inquiétudes quant à la capacité des cadres à assumer les demandes qui s’accumulent sur eux et à mettre en oeuvre dans leur unité ces projets de façon presque concomitante. La capacité des cadres à absorber l’ensemble des projets conditionne de fait la réussite des grands projets institutionnels: les cadres forment le goulot d’étranglement par lequel tous les projets, nés dans des directions fonctionnelles variées ou au ministère, doivent passer lors de leur phase de mise en oeuvre. Ce problème révèle aussi le degré de coordination qui règne au sein d’une institution.

¹ Vilchien D. Les cadres de santé et le changement à l’hôpital. *Les cahiers hospitaliers* no 119, 1996.

Lors d'une enquête menée préalablement au congrès de l'Union Hospitalière du Sud-Est d'octobre 2003, 73 cadres de santé du Sud-Est ont été interrogés sur la crise ou le malaise de l'hôpital public. Cette enquête a permis d'établir que les cadres soignants éprouvent des difficultés à se situer dans l'hôpital et à cerner précisément leurs missions. La direction sollicite fortement les cadres de santé, mais ceux-ci doivent aussi répondre à d'autres attentes. Il importe donc que la direction se penche sur la question des cadres, en précisant ses attentes vis-à-vis d'eux et en leur donnant les moyens d'y répondre. La façon dont les cadres sont sollicités est également à examiner: il semble que les cadres sont souvent impliqués dans les projets institutionnels au moment de leur mise en œuvre, mais les implique-t-on suffisamment en amont pour savoir ce dont ils ont besoin pour mieux exercer leurs fonctions? On se trouve face à un paradoxe des établissements de santé: alors que l'unité de soins devrait être l'entité autour de laquelle s'articulent les prestataires de services que sont les services médico-techniques et logistiques, il est généralement demandé aux cadres de planifier l'organisation du travail de leur unité en fonction des contraintes imposées par ces prestataires. Comment l'institution peut-elle résoudre ce paradoxe?

Nous allons dans ce mémoire essayer de démontrer l'enjeu que représente le bon positionnement des cadres de santé pour une équipe de direction (1^{ère} partie), et rechercher les moyens d'en faire des partenaires institutionnels, dans une perspective d'organisation préalable ou alternative à une contractualisation interne (2^e et 3^e parties).

Comment faire des cadres des partenaires institutionnels, sans négliger la contrainte du temps, qui pèse fortement sur eux, car ils doivent avant tout assurer la sécurité des soins dans leur unité?

Considérer les cadres comme des partenaires institutionnels ne suffit pas à en faire des partenaires: nous allons montrer que des obstacles se dressent sur la route des cadres avant qu'ils deviennent des partenaires. La direction ne doit donc pas seulement donner l'envie aux cadres d'être des partenaires, mais aussi leur en donner les moyens, car ils ont également la mission capitale d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients dans leur unité.

Il semble que deux types de solutions s'offrent à l'équipe de direction.

D'une part, la direction peut rechercher la participation des cadres aux projets, en les y associant de manière pertinente et en les accompagnant dans la conduite du changement, pour ne pas les placer devant des injonctions paradoxales dans la gestion de leur temps. A ce titre, nous étudierons dans la deuxième partie du mémoire les outils utilisés depuis les années 1990 aux Hospices Civils de Lyon et aux Hôpitaux du nord.

D'autre part, la direction peut développer une politique plus ambitieuse de positionnement, de soutien et de reconnaissance des cadres, politique que nous essayerons d'imaginer dans la troisième partie, en nous appuyant sur les expériences des HCL et d'autres CHU.

Mais avant de débiter l'étude à proprement parler, quelques précisions d'ordre méthodologique s'imposent.

Nous avons choisi de limiter l'objet de notre étude aux cadres de santé, notion et corps que nous décrirons dans la première partie du mémoire, en excluant les cadres administratifs et techniques, qui ne se trouvent pas à l'interface du monde administratif et du monde médical.

Un cadre de santé partenaire institutionnel est un cadre qui a conscience des enjeux et des changements nécessaires au sein de l'institution. Le cadre positionné comme partenaire institutionnel permet à la direction d'élargir le champ de ses partenaires, qui sont aujourd'hui de façon prédominante les partenaires syndicaux et les médecins. Cette évolution du positionnement des cadres enrichirait ainsi le dialogue autour du changement et fournirait un appui à la direction dans la mise en oeuvre du changement.

La méthode d'élaboration du mémoire s'est organisée autour de deux étapes.

La première étape a correspondu à une commande du directeur du pôle nord des HCL, qui souhaitait pouvoir disposer d'un calendrier de l'ensemble des projets qui auraient un impact sur les cadres des Hôpitaux du nord dans les deux années à venir. Nous avons procédé à des entretiens pour comprendre les objectifs et le déroulement de chaque projet majeur, entretiens avec les chefs de projets, des membres des groupes- projets et les directeurs fonctionnels chargés de relayer les chefs de projet sur le site des Hôpitaux du nord. Puis nous avons formalisé ce recueil des contraintes temporelles de chaque projet dans un planning global, enrichi d'un graphique montrant le plan de charge des cadres² des Hôpitaux du nord pour les deux années à venir.

La deuxième étape a consisté en une quinzaine d'entretiens, avec des cadres de la Croix Rousse, cadres d'unités de soins, de bloc, et en position transversale ; des cadres supérieurs; la coordinatrice des soins ; des responsables projets utilisateurs (fonction que nous définirons dans le corps du mémoire) ; des chefs de grands projets institutionnels ; l'ancien directeur des hôpitaux du nord ; le directeur du personnel des hôpitaux du nord et le directeur du personnel et des affaires sociales des HCL. La recherche

² Cf annexe 2

bibliographique a été menée essentiellement au sein des deux documentations des HCL : la documentation centrale et la documentation de l'Institut de Formation des Cadres de santé.

L'établissement étudié est les Hospices Civils de Lyon, deuxième CHU de France, qui regroupe 18 hôpitaux, 16 000 personnels non médicaux, 4500 personnels médicaux et 6000 lits. Les HCL sont organisés autour d'une direction centrale et de directions de sites. Parmi ces sites, nous avons choisi comme terrain d'observation les Hôpitaux du nord, qui sont notre lieu de stage. L'établissement des Hôpitaux du nord est composé de deux sites, l'hôpital de la Croix Rouse et celui de l'Hôtel-Dieu. La Croix Rouse comporte 485 personnels médicaux, 1400 équivalents temps plein (ETP) non médicaux et 650 lits ; l'Hôtel-Dieu environ 170 ETP médicaux, 720 ETP non médicaux et 200 lits. On compte environ 80 cadres de santé sur les deux sites. Depuis le début des années 2000, la tendance est à une centralisation de la gestion du CHU, à un renforcement de la cohérence institutionnelle, aussi bien en ce qui concerne les affaires économiques et logistiques que la gestion des ressources humaines, et de nombreux projets ambitieux ont émergé du niveau central. Etudier la façon dont les cadres sont impliqués dans les projets nécessite donc de donner à l'analyse un double cadre : le premier est l'institution HCL, avec ses directions centrales d'où émergent des projets, un management par projets très volontariste, et des outils de gestion de projets communs à l'ensemble des établissements des Hospices ; le deuxième cadre est l'établissement des Hôpitaux du Nord, et plus particulièrement la Croix Rouse, car les projets sont concrètement mis en œuvre à ce niveau et, tout au long des années 1990, l'établissement a développé une politique très dynamique de soutien des cadres et de développement de projets. Il en a tiré une expérience riche dans les domaines de la gestion de projets et de l'accompagnement des cadres, que nous allons analyser.

Pourquoi et comment développer un partenariat avec les cadres, dans un cadre temporel contraint, en prenant en compte leurs autres missions?

1 DEVELOPPER UN PARTENARIAT AVEC LES CADRES DE SANTE : QUELS ENJEUX POUR LA DIRECTION ?

1.1 Les cadres de santé, un rouage essentiel de la vie hospitalière.

1.1.1 Qui sont les cadres de santé ?

- A) Histoire et formation des cadres de santé : du certificat d'aptitude au diplôme de cadre de santé, une évolution de la formation et du rôle des cadres.

En 1952, la première école de cadres ouvre à Paris. La formation des cadres infirmiers est officiellement reconnue par le décret du 14 novembre 1958, qui crée un Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM) et un Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS). Le décret du 4 octobre 1975 réunit le CAFIM et le CAFIS en un certificat unique, le Certificat de cadre infirmier. L'arrêté du 18 août 1995, modifié par l'arrêté du 14 août 2002, marque l'histoire de l'organisation du monde infirmier avec la création du diplôme de cadre de santé. Les cadres infirmiers bénéficient d'une ouverture vers la polyvalence en devenant des cadres de santé, diplôme identique pour l'ensemble des professions paramédicales. Des cadres interrogées au CHU de Grenoble en juin 2003 pour préparer un congrès de l'Union Hospitalière du Sud-Est expriment fortement cette évolution du profil des cadres : « la surveillante est une super infirmière, le cadre de santé a plus une formation de meneur d'équipe ». La comparaison des introductions aux programmes de formation des cadres en 1966 et en 1995 montre l'évolution du rôle du cadre. Trente ans séparent l'infirmière surveillante, promue parce qu'elle « possède une bonne expérience professionnelle, une réelle compétence technique, un niveau de culture générale suffisant », et dont la formation est « une nécessité née du progrès de la science et de la technique, de la complexité croissante des structures sociales »³ du cadre de santé formé en 1995, car « le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui sont déterminantes pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants⁴ ». Le programme de l'Institut de Formation des Cadres du CHU de St Etienne révèle cette

³ Annexe III de l'arrêté du 10 août 1966 qui crée le CAFIS

⁴ Annexe I de l'arrêté du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé.

évolution de la formation et du rôle des cadres : les compétences professionnelles que l'Institut vise à d

évelopper sont l'animation, la conduite de projet, la gestion, la communication, la formation et l'évaluation. Autrement dit, l'Institut cherche à développer les compétences managériales des cadres. Il existe aujourd'hui en France près de quarante écoles de cadres qui dépendent administrativement d'un CHU, d'un centre hospitalier spécialisé (CHS) ou d'un syndicat inter- hospitalier. A Lyon se trouvent deux écoles de cadres, l'une administrée par les HCL, l'autre par le CHS Le Vinatier.

B) Le corps de cadre de santé : une revalorisation et une reconnaissance du statut de cadre

Pour mieux reconnaître les fonctions d'encadrement, qui répondent, en milieu hospitalier, à des exigences et des responsabilités croissantes, ainsi que l'implication des cadres des filières infirmière, de rééducation et médico-technique dans les projets institutionnels des établissements, il a été créé en 2001 un nouveau corps de cadres de santé, avec un déroulement de carrière et des grilles indiciaires spécifiques.

Le protocole d'accord du 14 mars 2001 sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière, signé par le gouvernement avec cinq organisations syndicales, a acté la création de ce corps composé de deux grades, classé en catégorie A, et dans lequel sont intégrés les surveillants et surveillants- chefs des filières concernées.

Le décret du 31 décembre 2001, portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, précise que le corps de cadres de santé comprend, dans la filière infirmière, les infirmiers, infirmiers de bloc opératoire et infirmiers anesthésistes et les puéricultrices cadres de santé ; dans la filière de rééducation les pédicures-podologues, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes et les diététiciens cadres de santé ; et dans la filière médico-technique les préparateurs en pharmacie hospitalière, les techniciens de laboratoire et les manipulateurs de radiologie cadres de santé.

C) La place privilégiée et complexe des cadres de santé à l'hôpital

Nous traiterons dans ce mémoire du rôle que jouent les cadres de santé dans la mise en œuvre de projets institutionnels et des stratégies d'accompagnement qu'une direction peut développer pour soutenir ces cadres et favoriser la réussite d'un projet.

Les cadres de santé se situent à deux niveaux hiérarchiques: **les cadres de proximité et les cadres supérieurs.**

Les cadres dits “de proximité” peuvent avoir réglementairement trois types de fonctions. Le décret du 31 décembre 2001 pré-cité définit ces trois fonctions:

“1° Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à **encadrer des équipes** dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements;

2° Des missions communes à plusieurs services ou de **chargé de projet** au sein de l'établissement ;

3° Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques ». Dans le cadre de ce mémoire, ce sont les deux premiers types de fonctions qui nous intéressent.

Les cadres exercent leurs fonctions d'encadrement à proximité du système de soins opérationnel, c'est-à-dire les équipes soignantes, les médecins, les cadres supérieurs, les enseignants et les étudiants, les différents prestataires de services des unités de soins (diététicienne, assistante sociale, kinésithérapeute, services d'imagerie, laboratoires, services administratifs et logistiques). Les cadres de proximité sont aussi proches des patients et en relation avec leur famille.

C'est dans cette proximité du “bout de la chaîne de soins” qu'ils sont au carrefour de tous les jeux de pouvoir liés à la promiscuité des acteurs, qui travaillent souvent dans des situations d'urgence ou du moins avec la perception de l'urgence. Ils doivent gérer, collaborer et négocier au quotidien avec ces acteurs aux logiques et intérêts souvent divergents, et ils occupent à ce titre une position centrale dans le système hospitalier. S.Lucas et J.Hart⁵ considèrent qu'ils occupent des positions au sein de trois sous-systèmes de l'organisation hospitalière.

Le cadre de proximité est, premièrement, un acteur central de sa filière professionnelle. Il rend le travail des soignants visible pour les responsables hiérarchiques. Les cadres de proximité informent en effet les cadres supérieurs et les directions de ce qui se passe dans les services, et ils éclairent ainsi les choix stratégiques de ces acteurs.

Deuxièmement, le cadre de proximité est le régulateur du fonctionnement du service. Il participe avec le médecin à la gestion des flux d'activité, en gérant l'organisation des soins.

Enfin, et cette troisième position est justifiée par les deux précédentes et nous intéresse particulièrement dans le cadre de ce mémoire, le cadre de proximité est **un maillon du**

⁵ Hart J, Lucas S. *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*, éd Lamarre, 2003

management hospitalier, de la mise en œuvre des projets institutionnels. C'est à leur niveau que les projets deviennent opérationnels, que le lien avec l'organisation du travail s'établit, et que l'on peut évaluer les projets. Cette troisième position les rend partie prenante des enjeux du management. Le levier d'action des cadres tient au fait qu'ils sont au cœur des systèmes de travail et en même temps invités à participer aux grands enjeux institutionnels. Le cadre est le seul, dans un service, à connaître tous les rouages du fonctionnement hospitalier. Placés au contact de tous les partenaires, ils sont capables de dégager les paramètres de la réussite d'un projet: les décideurs ont donc intérêt à les placer en position de courroie de transmission de l'action, à les accompagner et à leur donner les outils qui leur permettent d'accomplir ce rôle le mieux possible.

Les cadres supérieurs sont également placés à l'interface des pouvoirs administratif, soignant et médical, et au carrefour des logiques administrative, médicale, soignante, logistique, et du comportement de plus en plus consumériste des patients. Relais entre la direction des soins et les cadres de proximité, les cadres supérieurs jouent un rôle d'accompagnement de leurs équipes de cadres et de transmission de l'information. Ils sont des éléments incontournables de la mise en oeuvre de toute mesure qui concerne les cadres.

1.1.2 Les cadres de santé et le changement : en quoi le cadre est-il vecteur du changement ?

A) Les cadres dans l'ère du management par projets

Les HCL sont entrés dans les années 2000 dans l'ère du management par projets, ce qu'a confirmé le nouveau directeur général, dans son discours inaugural face à ses cadres de direction en juin 2003, en parlant de fonctionnement en « mode- projet ». Cela signifie que le système de management utilise largement la gestion de projets.

Il importe donc de définir ce qu'est un projet. Nous présentons plusieurs définitions, aux auteurs divers, afin de cerner la notion : « Un projet est un **ensemble d'actions** à réaliser pour satisfaire un **objectif** défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement **un début mais une fin** »⁶. Pour l'AFNOR, un projet est « **une démarche** spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est mis en œuvre pour

⁶ Dictionnaire du management de projet, AFITEP, in « La conduite de projets aux HCL : un vademecum », août 2001

élaborer **une réponse** au besoin d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle. Il implique **un objectif, des actions** à entreprendre avec **des ressources** définies dans **des délais** donnés »⁷. Enfin, F. Grateau souligne qu'un projet, avant d'être un ensemble de moyens, est **un objectif** à atteindre à un **horizon donné**⁸.

La conduite d'un projet est la promotion de nouvelles formes d'organisation de travail pour apporter des réponses cohérentes aux besoins de l'institution, en favorisant la collaboration entre différents acteurs. Un projet se décompose dans le temps : en amont une « équipe projet » cherche une solution à des besoins, pour atteindre des objectifs, puis la solution est construite (de façon plus ou moins participative comme nous le verrons) ; puis le projet est mis en œuvre et ajusté, phase qui concerne souvent directement les cadres à l'hôpital ; enfin le projet est évalué.

B) La participation des cadres aux projets institutionnels : un double intérêt pour la direction

Les développements précédents amènent à un constat simple : les cadres sont essentiels pour mettre en œuvre les changements dans l'institution hospitalière. Plus précisément, un projet qui n'implique pas les cadres a peu de chances d'être un succès. La participation des cadres aux projets présente donc pour la direction deux avantages. D'une part, elle est un moyen de prendre en compte l'expertise des cadres, de travailler avec eux comme avec des partenaires, et ce travail les ouvre à d'autres logiques que celle de leur unité de soins. D'autre part, elle favorise le succès des projets.

En effet, un projet ne peut aboutir si les acteurs du changement ne se l'approprient pas. Or, trois critères sont utilisables pour juger de l'appropriation par les acteurs d'une démarche de changement, selon la typologie de Y.F Livian⁹:

- La claire connaissance des enjeux
- La relation entre le changement et les pratiques réelles (pour que le projet offre une solution adaptée aux problèmes soulevés par les utilisateurs)
- La possibilité qu'ont eue les acteurs d'échanger sur le changement

Ces trois critères indiquent clairement que des stratégies fondées sur la négociation et la participation sont nécessaires pour permettre une appropriation d'un changement organisationnel par les acteurs et son inscription dans la durée.

⁷ AFNOR Norme X 50-106

⁸ GRATEAU F, CREMADEZ M *Le management stratégique hospitalier*

⁹ LIVIAN Y.F, *Organisations, théories et pratiques*

O. Gélénier, dans son « musée des horreurs »¹⁰ des projets qui échouent, présente « les cas innombrables de projets à demi-ratés ». Parmi les causes fréquentes de ces échecs, il relève l'insuffisante participation des acteurs-terrain du métier à la définition des objectifs et des contraintes, avant l'élaboration des solutions. Plus généralement, il attribue les échecs de projets au manque de clarté dans l'expression des finalités du projet et des besoins auxquels il répond. Les deux grands dangers sont donc les projets sans finalités et la « déviation technicienne ». Celle-ci correspond à des solutions inspirées par les outils qui existent et non par les besoins. Plus largement, le concept de déviation technicienne peut s'appliquer aux projets qui s'appuient uniquement sur des outils techniques, informatiques souvent, pour créer le changement. Lorsque le décideur attend que l'outil modifie l'organisation, le risque est grand de voir le projet échouer ou devenir très coûteux. Associer les cadres aux projets, notamment lors de la phase diagnostic et recueil des besoins, permet d'éviter ces deux écueils.

Le projet doit donc être la réponse à des besoins exprimés ; et la réponse doit être techniquement adaptée. Or, la qualité de la réponse technique, informatique, dépend des relations entre les utilisateurs et les informaticiens. Il importe donc de consulter les utilisateurs que sont les cadres pour que les informaticiens adaptent l'outil à leurs besoins.

Enfin, avoir les cadres comme interlocuteurs sur les projets institutionnels équilibre le dialogue avec les syndicats.

La direction a donc intérêt à ce que les cadres de santé soient impliqués dans les projets institutionnels.

Mais, avant de nous attacher à détailler les outils que l'équipe de direction peut utiliser et la stratégie qu'elle peut déployer pour accompagner les cadres (2^{ème} et 3^{ème} parties), étudions d'abord l'impact concret sur le travail de cadre de la mise en œuvre de projets institutionnels (1.2) .

¹⁰ GELINIER O, Le management par projets : ce que doivent savoir les directions générales», *Travail et Méthodes* no 547, 1999

1.2 L'impact des projets institutionnels sur le travail de cadre : les cadres fortement sollicités par la direction dans la mise en œuvre des projets, l'exemple des Hôpitaux du nord aux HCL

Nous avons analysé pourquoi les cadres étaient nécessaires à la réussite des projets. Nous allons maintenant montrer, en prenant l'exemple des Hôpitaux du nord, comment se traduit ce rôle charnière dans la réalité, c'est-à-dire quelles sont les contraintes que la mise en œuvre des projets de l'institution fait peser sur les cadres. Il s'agit de vérifier par des exemples concrets notre hypothèse de l'inévitable sollicitation des cadres par la direction lors de la mise en œuvre des projets institutionnels.

1.2.1 Le contexte : l'intégration aux Hôpitaux du nord des grands projets HCL et de projets locaux

A) Dans le contexte des HCL...

Un hôpital est toujours en mouvement, pour s'adapter aux évolutions technologiques notamment. Les projets hospitaliers de grande ampleur sont aujourd'hui des projets de reconstruction et des projets à fort contenu informatique. Les HCL n'échappent pas à ce mouvement, il est même particulièrement fort depuis le début des années 2000, marqué par l'arrivée d'un nouveau directeur général qui a mis en route de nombreux projets d'envergure et instauré un mode de management par projets. Le schéma directeur des systèmes d'information élaboré en 2000-2001 est ambitieux. Il est né du refus de l'ARH, en mars 1999, d'approuver le projet d'établissement des HCL. Une des trois raisons de ce rejet était la faiblesse du projet de système d'information, les deux autres étant le manque d'un véritable projet social et l'absence de plan global de financement pluriannuel des investissements. L'ARH demandait un projet de système d'information «plus clair et mieux argumenté». Cette exigence a rencontré la volonté du directeur général de moderniser le système d'information des HCL, et explique aujourd'hui le nombre et l'envergure des projets informatiques. Peuvent être cités l'ERP (le progiciel de gestion intégrée) et TEMPO, projets que nous allons présenter ci-dessous, mais aussi d'autres projets que nous ne détaillerons pas dans ce mémoire : le projet STARE, logiciel de transmission des résultats d'analyses biologiques et des comptes rendus d'examens radiologiques, et le projet de gestion centralisée des transports.

B)le site des Hôpitaux du nord

Les Hôpitaux du nord offrent un contexte particulier au sein des HCL, puisqu'ils sont marqués par une profonde restructuration et de grandes opérations de travaux: en novembre prochain, la surélévation du bâtiment de la maternité sera achevée et le bâtiment accueillera un service de néonatalogie pour devenir une maternité de niveau III (coût des travaux : 11,3 millions €), le Centre de Biologie Nord est en construction et devrait ouvrir ses portes en juin 2004 (coût des travaux : 20 millions €), et un Bâtiment Clinique (coût estimatif des travaux : 130 millions €) sera mis en construction sur le site après la destruction de pavillons vétustes. Cette restructuration en site occupé nécessite de longues et complexes opérations- tiroirs (coût estimatif : 11,3 millions €) pour héberger les services en provenance de bâtiments détruits ou rénovés.

Notre terrain d'observation est donc un site qui devra absorber dans les années à venir les projets institutionnels des Hospices, des projets du ministère et ses propres projets.

Pour synthétiser, nous pouvons retenir que cinq projets majeurs, lourds de conséquences, doivent être mis en place en 2004 aux Hôpitaux du nord. Ces projets émanent à la fois du ministère, des directions centrales et du site lui-même. Les directions fonctionnelles centrales ont lancé des projets ambitieux, tels l' **ERP** et la **plate-forme logistique**, le **projet Tempo** dans le domaine de la gestion du temps de travail des agents, ainsi que la mise en place expérimentale puis généralisée de **la tarification à l'activité**, projets qui vont être mis en place dans les Hôpitaux du Nord de façon concomitante. S'ajoutent à ces projets institutionnels la procédure d'**accréditation** et **les relocalisations** liées aux constructions du Centre de Biologie Nord et du Bâtiment Clinique à la Croix Rousse.

Or, ces projets d'origine diverse vont avoir des impacts majeurs sur le travail dans les unités de soins et la lourde tâche de les appliquer au jour le jour va incomber aux cadres de santé, comme nous allons le montrer.

1.2.2 Des cadres fortement sollicités : l'exemple de l'impact sur les cadres des projets TEMPO et ERP- plate-forme logistique

Chacun des projets cités précédemment aura des impacts sur les cadres. Nous avons étudié ces impacts sur les cadres des Hôpitaux du nord. L'étude a permis d'établir un plan de charge prévisionnel pour les cadres, à partir des entretiens avec les directeurs chefs de projets et les directeurs de site, responsables de la mise en oeuvre des projets aux Hôpitaux du nord.

Cependant, nous allons dans le cadre de ce mémoire nous intéresser plus spécifiquement à deux projets, l'un qui vise directement les cadres (TEMPO), l'autre qui les touche indirectement (plate-forme logistique et ERP). Nous allons donc approfondir davantage ces deux projets et leurs impacts attendus sur les cadres.

A) Le projet TEMPO

Descriptif et objectif du projet

Ce projet reconfigure la gestion du temps de travail aux H C L. Après l'allocation par la direction du personnel des moyens en personnel, les cadres seront responsables de la gestion du temps de travail de leurs agents. Le respect des droits des agents relèvera toujours de la responsabilité de la direction du personnel, mais le cadre devra avoir en temps réel l'information sur l'état des droits.

Organigramme de la gestion du projet

Le directeur de projet est un directeur de la Direction du Personnel et des Affaires Sociales. Le projet est mené au niveau central par un groupe-projet appelé « Groupe opérationnel de projet ».

Y participent un informaticien référent et une conseillère condition de travail ; 3 informaticiens ; des « fonctionnels », c'est-à-dire des agents des HCL, agents du bureau du personnel ou cadres d'unités de soins, détachés de leurs fonctions pour le temps du projet ; 5 Responsables Projet Utilisateurs (RPU, fonction décrite page 23) pour les unités de soins, qui travaillent sur le projet à 80% de leur temps, et 3 autres RPU pour les autres secteurs (cadre administratif, cadre médico-technique et cadre technique).

Impact sur les cadres

L'impact sur les cadres sera important, puisqu'une part de l'activité de gestion du temps de travail des agents, aujourd'hui assumée par le bureau du personnel, sera transférée sur les cadres. Les transferts majeurs sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tâche	Responsabilité du cadre	Responsabilité du directeur du personnel (DP) ou du bureau du personnel (BP)
Elaboration du cycle de travail théorique	Elaboration	Contrôle réglementaire
Elaboration du tableau de service par agent (J-30/J-15)	Initialisation : choix modèle journalier et affectation agent sur une ligne ⇒ Moment d'autonomie du cadre	Simple saisie pour suivre les changements d'affectation Mais validation du choix du modèle journalier pour assurer uniformité
Organisation prévisionnelle (congrés annuels, jours de RTT, fériés, formation)	Décision et saisie sur i.gestor	Tout ce qui a un impact sur la paie (qualification des absences irrégulières, attribution des primes) relève du bureau du personnel.
Enregistrement de la présence de l'agent	Responsable : validation ou non des écarts et donc des heures supplémentaires ⇒ Marge de manœuvre pour le cadre	Le BP contrôle le traitement des écarts en fin de mois : rôle éducatif du BP au début de la mise en place. Le BP reste responsable du respect des droits généraux de l'agent. (heure femme enceinte par exemple) Un message sur l'ordinateur informe le cadre de la modification effectuée par le BP.
Congés annuels	Programmation et enregistrement des périodes de congé prévisionnelles et des modifications éventuelles	Contrôles réglementaires du BP Validation finale du DP
RTT	Responsable : saisie dans i-gestor	Contrôle et information sur les droits
Formation	Ajustement du tableau de service	Validation et décompte des heures de présence en formation

Lors des premiers mois de fonctionnement de cette procédure, l'appropriation du logiciel et l'apprentissage des nouvelles interfaces avec le bureau du personnel risquent d'alourdir la charge de travail des cadres. De plus, en amont de ce transfert de

responsabilités, les cadres devront être formés à la réglementation sur le temps de travail et à la construction des cycles de travail et des plannings théoriques.

Cependant, une fois la procédure rodée, elle devrait permettre un gain de temps pour les cadres : la gestion du temps en direct évitera par exemple de revoir les plannings du mois écoulé pour calculer les heures supplémentaires, et supprimera de nombreux allers-retours de documents entre les cadres et le bureau du personnel.

B) L'ERP et la plate-forme logistique

Descriptif et objectifs des projets ERP et plate-forme

L'ERP, ou Enterprise Resource Planning, est un progiciel de gestion intégré. Sa mise en place aux HCL est le plus grand projet informatique de l'institution, tant en termes de budget que de durée ou d'impact. Il est composé de plusieurs modules (notamment un module de gestion comptable et financière, un module de gestion des stocks et des achats, un module logistique) qui se déversent les uns dans les autres (d'où le terme « intégré »), ce qui permet de fédérer beaucoup de processus de l'institution.

Les avantages d'un ERP sont les suivants :

- ✓ Il fournit une image unique et cohérente de l'ensemble de l'information créée dans l'institution.
- ✓ Il permet le partage d'une information unique, complète et actualisée.
- ✓ Il évite les duplications d'effort et les pertes de temps liées aux transmissions artisanales de l'information entre les acteurs concernés.

L'ERP est utilisé dans de grandes entreprises et dans de grands hôpitaux européens, notamment allemands. Pour la première fois un hôpital français essaie d'adopter cet outil. Les HCL ont choisi le progiciel ORACLE.

La mise en œuvre d'un ERP est longue et difficile, elle nécessite la participation de nombreux acteurs et c'est un outil rigide, délicat et coûteux à modifier pour l'adapter aux spécificités de l'organisation. Il est actuellement en phase de paramétrage. L'ERP sera utilisé dans un premier temps par les agents des services « support » (logistique, finances), rodé puis installé dans les unités de soins pour y saisir les commandes.

Quant à la plate-forme logistique, il s'agit d'une centralisation de la fonction approvisionnement des produits stockés non pharmaceutiques. La plate-forme s'inscrit dans la logique du projet ERP.

L'objectif est que ce système d'approvisionnement centralisé soit opérationnel au début de la mise en place de l'ERP dans les services financiers et économiques, en avril 2004.

En effet, l' ERP ne sera paramétré que sur un seul magasin, il ne pourra donc fonctionner que si les magasins des sites ont été centralisés sur la plate-forme logistique.

Avantages attendus de l' ERP et de la plate-forme

- ✓ Amélioration de la qualité du système d'information grâce à l'ERP
- ✓ Pour l'unité de soins, simplification des tâches administratives, notamment des commandes, et connaissance des dépenses de l'unité en temps réel grâce à l'ERP
- ✓ Augmentation des fréquences de livraison aux services consommateurs (passage d'une fréquence mensuelle à une fréquence hebdomadaire) grâce à la plate-forme
- ✓ Une réduction des stocks dans les unités consommatrices
- ✓ Une distribution et un rangement assurés par les équipes relais de pôle une fois l' ERP généralisé
- ✓ Une automatisation partielle des réapprovisionnements par la mise en place du double casier
- ✓ Une centralisation de l'achat

Impacts sur les cadres

Les impacts vont être de quatre types.

- ✓ Les cadres ont été sollicités pour faire le point avec un logisticien et un agent de la direction des services économiques sur leurs besoins d'approvisionnement et de stockage. Ce travail leur a pris deux heures, en juin à la Croix Rousse, entre juin et juillet à l'Hôtel-Dieu.
- ✓ Ils devront ensuite parfois subir des travaux d'aménagement de leur local de stockage si celui-ci ne peut accueillir de système KANBAN (double- bac).
- ✓ Entre avril et novembre 2004, les cadres continueront à saisir leurs commandes sur papier (il pourrait simplement y avoir un changement de formulaire pour passer les commandes). La charge de travail sera alors lourde pour les services économiques qui travailleront avec l' ERP (ressaisie des commandes et des livraisons sur l' ERP), mais les cadres ne seront pas encore touchés par l' ERP. Cependant, ils devront s'habituer à une nouvelle organisation, plus rigide : leurs interlocuteurs vont être différents et éloignés. La mise en place du système plate-forme est progressif, car entre avril et novembre le rythme de livraison reste inchangé, mensuel en général

Une formation à l' ERP devrait être dispensée durant cette période.

- ✓ Enfin, à partir de novembre 2004, les cadres devront travailler avec l' ERP : ce sera sans doute au début une charge de travail supplémentaire, car ils devront s'adapter à l'outil informatique. En contrepartie, les agents des services économiques, alors libérés du travail de ressaisie des commandes sur l' ERP, pourront leur assurer un

meilleur service de livraison des commandes. Celles-ci seront acheminées jusque dans les bacs, ce qui améliorera le service actuel, et le rythme de livraison deviendra hebdomadaire.

Notre hypothèse théorique du rôle charnière des cadres dans la mise en œuvre des projets se trouve donc confirmée par cette analyse de l'impact sur les cadres des HCL des projets en cours : les cadres se trouvent nécessairement impliqués dans les projets, au moins dans la phase de mise en œuvre.

Cette sollicitation des cadres lors de la phase de mise en œuvre des projets ne va pas sans poser quelques difficultés, comme le révèle l'analyse du ressenti de la filière soignante face à cette avalanche de projets.

1.2.3 Le sentiment de la filière soignante des Hôpitaux du nord face à cette avalanche de projets

Nous avons essayé d'analyser, au travers d'entretiens avec des membres de la filière soignante de l'hôpital de la Croix Rousse, le ressenti de cette filière face aux nombreux projets pour la mise en œuvre desquels les cadres vont être appelés à se mobiliser.

A) La coordinatrice générale des soins et les cadres supérieurs

La coordinatrice générale des soins des hôpitaux nord des HCL s'inquiète de la charge de travail que ce cumul de projets va faire peser sur les cadres. De plus, selon elle, direction et chefs de projets utilisent trop souvent les cadres comme des alibis de démarche participative, sans réellement valoriser leur connaissance institutionnelle.

Les cadres supérieurs se sentent tiraillés et redoutent de faire subir aux cadres de proximité une communication paradoxale : en effet, s'ils ont pleinement conscience de l'intérêt pour l'institution et pour les cadres eux-mêmes de prendre part à des projets, leur problématique est la gestion du temps de travail des cadres. Les demandes que les cadres reçoivent dans leur unité de soins étant illimitées, les cadres supérieurs ont jusqu'à présent toujours poussé leurs cadres à établir des choix et à prendre le temps de participer à des projets pour sortir de la pression du quotidien de l'unité de soins. Mais aujourd'hui les cadres supérieurs hésitent : ils n'ont jamais perçu la charge de travail des cadres aussi lourde qu'aujourd'hui. Ils imputent ce phénomène à la baisse de la durée moyenne de séjour qui entraîne une concentration de patients dans des états fragiles et instables, à un turn-over des équipes soignantes plus rapide, au recrutement de jeunes professionnelles non autonomes à la sortie de l'école, à une augmentation des

contraintes réglementaires (toutes les vigilances notamment) et à des patients plus revendicatifs de leurs droits.

Or, la priorité pour les cadres supérieurs est la sécurité des patients. Malgré l'envie de certains cadres de s'investir dans des projets et les convictions des cadres supérieurs à ce sujet, ils sont aujourd'hui parfois contraints de les recentrer sur la gestion quotidienne de l'équipe par « peur des dysfonctionnements dans des équipes non autonomes en l'absence de leur cadre ». Les cadres supérieurs veulent ainsi également protéger leurs cadres du risque de « burnout », l'épuisement professionnel. C'est pourquoi les cadres supérieurs évaluent l'enjeu des projets pour lesquels les cadres sont sollicités, puis choisissent soigneusement les cadres qu'ils vont encourager à prendre part au projet jugé prioritaire. De même, lors des évaluations des cadres, les participations aux projets sont valorisées, mais les cadres surchargés de travail dans leurs unités sont excusés de leur non participation. Le but est d'éviter une communication paradoxale de type : « vous ne participez à aucun projet, c'est mal » et « vous n'êtes pas présent dans votre unité qui dysfonctionne, c'est mal ». Les cadres supérieurs souhaitent un allègement de la charge de travail des cadres. Ils pensent que certains des grands projets institutionnels vont dans ce sens, tels TEMPO et l'ERP. Ils reprochent à l'institution la non coordination des projets : « on ne peut pas demander le même investissement pour tous les projets, encore moins s'ils ont lieu au même moment ».

B) Les cadres des unités de soins

Les cadres que nous avons entendus en entretien sont partagés. Ceux qui sont impliqués dans des projets en dehors de leur unité de soins, qui participent à certains comités de pilotage ou à des groupes de travail pluridisciplinaires sur des projets transversaux sont au fait de la vie de l'institution et comprennent l'intérêt pour l'institution d'introduire des changements. Au contraire, les cadres non engagés dans ce type de travail sont peu informés de l'état d'avancement, du contenu et des objectifs des grands projets institutionnels, ils ont l'impression de n'avoir « pas leur mot à dire dans ces projets ». Ils ont plus généralement le sentiment que ces projets, avant d'être présentés en réunion de cadres par la direction, sont méconnus par l'ensemble des cadres. Or, certains des cadres sont impliqués, à des degrés et à des moments divers, dans des projets : cette discordance signifie qu'il existe un manque de communication entre les cadres sur leurs travaux transversaux. Les cadres apprécient de participer aux projets, à condition de ne pas « être des figurants », des « alibis », car des projets, mêmes modestes, permettent de « décloisonner l'hôpital » et de « dialoguer avec la direction ». Ces souhaits de

décloisonnement et de dialogue avec la direction (direction des soins mise à part, car avec cette direction le dialogue est déjà établi) sont récurrents.

1.3 Les obstacles à la participation des cadres aux projets: les raisons du développement d'une politique de soutien envers les cadres

L'équipe de direction de l'hôpital va attendre d'un cadre qu'il aide à la mise en œuvre des axes stratégiques de l'établissement et qu'il sache conduire le changement dans son unité. Or, il existe d'importants obstacles à la participation des cadres à la vie institutionnelle, comme l'a montré l'analyse du sentiment de la filière soignante aux Hôpitaux du nord face aux nombreux projets en cours.

- A) Les cadres, vecteurs du changement, dans une position ambiguë, entre résistance au changement et souhait de saisir cette opportunité pour se positionner plus fortement dans l'institution.

La situation hospitalière face la pression du changement n'est pas exceptionnelle, toutes les organisations y sont confrontées. Le changement et le mouvement sont naturels : individus et organisations ne sont pas stables mais en permanence agités de mouvements contradictoires. L'inverse, une situation figée, serait synonyme de mort : avancer correspond à maîtriser des déséquilibres, non à demeurer en équilibre. Cependant, les mutations que nous vivons dans nos organisations actuelles sont caractérisées par leur rapidité, ce qui les rend plus difficiles à assumer. De plus, les institutions qui fonctionnent correctement opposent spontanément des mécanismes de résistance à toute introduction de changement. H.Atlan¹¹ explique cette résistance au changement par la force des habitudes : la reproduction des comportements connus est facteur de stabilité. S. Raine¹² va plus loin dans l'analyse et s'appuie sur la notion d'homéostasie : pour que les sous-systèmes d'une totalité forment une unité, il faut qu'ils

¹¹ ATLAN H, *Entre le cristal et la fumée, essai sur l'organisation du vivant*, Editions du Seuil, 1979

¹² RAINE S, Changement et résistance au changement dans une unité de soins, *Revue de l'infirmière*, no 11, 1985

aient tous un objectif au moins compatible avec le système général. Si ces objectifs sont trop divergents, le système éclate. Or, nous avons souligné ci-dessus les différentes logiques d'acteurs en jeu dans un hôpital et une unité de soins. La force de l'unité de soins est que ces logiques parfois rivales sont aussi complémentaires pour le malade : elles vont donc s'équilibrer pour assurer la pérennité du système et son homéostasie, c'est-à-dire le maintien d'un état stationnaire de l'organisation tant dans sa forme et sa structure que dans ses interactions, et ceci quelles que soient les perturbations extérieures. On comprend alors la remarquable stabilité des organisations hospitalières et les mécanismes de résistance qu'elles peuvent opposer au changement.

Selon la même logique, les cadres, qui vivent en première ligne les mutations hospitalières, et sans lesquels le changement ne peut être adopté dans l'unité, peuvent opposer une résistance au changement. Ce comportement peut s'expliquer d'ailleurs plus simplement par une réelle difficulté à disposer du temps pour adopter et mettre en place le changement, et par une mauvaise appropriation des projets due à une démarche trop « descendante ».

Mais la lecture des revues professionnelles des cadres laisse percevoir **une autre attitude, sur laquelle les équipes de direction peuvent s'appuyer** : les cadres, en quête de reconnaissance de leur place dans l'institution, semblent saisir le changement et le management comme une opportunité d'affirmer leur rôle crucial de rouage de l'institution hospitalière. Ainsi, dans le dossier *Etre cadre en l'an 2000* de la revue Soins cadres, P. Labbé affirme que , pour tirer profit de « la position interfaciale du cadre, il nous faut faire l'effort d'associer au changement la notion de chance, et non celle de menace » ; D. Bourgeon, cadre en radiologie, formateur à l'IFCS, souligne que « longtemps dominés par le corps médical, les métiers paramédicaux progressent dans la hiérarchie hospitalière grâce à la gestion administrative et au management » ; la gestion des mutations, qui réclame « de la créativité, de l'indépendance et du courage, est une occasion de [...] s'extraire des rapports de vassalité avec d'autres soignants mieux dotés en capital symbolique, les médecins » ; un groupe de cadres formateurs propose un jeu pédagogique afin de permettre aux cadres d'optimiser les restructurations en cours ou venir dans le milieu hospitalier, sous le titre « Le changement à l'hôpital : comment transformer les contraintes en opportunités ? ». On peut dresser le même constat à travers le Cahier du management intitulé « Les cadres infirmiers : dynamiser le changement » dans la revue Objectif soins de septembre 2001 : notre époque de turbulences à l'hôpital est « une opportunité, une chance à saisir » pour la direction des soins et les cadres¹³ ; une directrice d'I.F.C.S, M. A. Coudray, parle de « défis à relever »

¹³ DUBOYS FRESNEY C, DSSI hôpital Corentin Celton, Paris

par les cadres. Un dernier exemple : M. Mondon, cadre supérieur d'imagerie au CHU de St Etienne, dans la revue Le manipulateur, résume ce positionnement face au changement : « Ne laissons pas passer notre chance ! ». L'encadrement semble avoir pris conscience que la logique du management par projet et la richesse des mutations hospitalières peuvent faire de lui un acteur majeur de l'hôpital. Mais entre les écrits et le travail au quotidien, le fossé est large car la tâche des cadres est rude : ils sont en effet en première ligne dans la mise en œuvre des projets. Il importe donc que l'équipe de direction soutienne le cadre dans la mise en œuvre des projets : les deux partenaires et l'institution ont tout à y gagner.

B) Les cadres soumis à des injonctions paradoxales

La direction doit préciser aux cadres leurs missions et leur donner les moyens de répondre à ses attentes. En effet, les cadres sont facilement soumis à des injonctions paradoxales : la direction les charge de conduire de projets, or, malgré leur formation à l'école des cadres, ils ne disposent pas toujours des outils managériaux nécessaires.

Plus problématique : les attentes de la direction des soins envers les cadres sont légèrement différentes des attentes du reste de l'équipe de direction. Même si la direction des soins a conscience de l'importance pour l'institution de la participation des cadres aux projets institutionnels, elle est confrontée à une hiérarchisation des priorités : elle attend avant tout des cadres qu'ils assurent la qualité et la sécurité des soins dans leur unité. Ce principe de réalité peut contraindre la direction des soins à recentrer les cadres sur la gestion quotidienne. De plus, le cadre rencontrant plus fréquemment la direction des soins que la direction générale, il risque d'accorder plus d'importance aux projets qui concernent directement les soins qu'aux projets plus « administratifs » (logistiques par exemple).

La direction doit donc adopter une stratégie volontariste pour motiver les cadres à se saisir des projets « administratifs », en leur donnant une place réelle dans ces projets, et en leur en donnant les moyens.

Plus largement, les cadres souffrent du manque de clarté dans leurs missions : « En tant que future cadre, ce que je crains, c'est de ne pas savoir ce que l'on attend de moi ». Cela crée également un problème de reconnaissance des autres professionnels, notamment les médecins : « Ils ne savent pas réellement de quoi est fait notre travail et ils ne connaissent pas nos missions. Ils sont persuadés qu'on est une super infirmière »¹⁴.

¹⁴ extraits des travaux préparatoires au congrès de l' UHSE sur les valeurs de l'hôpital public, entretien avec des cadres du CHU de Grenoble, juin 2003

Un travail de clarification des attentes de la direction envers les cadres de santé semble donc nécessaire, ainsi que la mise en place d'actions pour faciliter le positionnement des cadres. Nous essayerons d'esquisser une politique globale envers les cadres dans la troisième partie du mémoire.

Rouages essentiels de la vie hospitalière, les cadres de santé sont fortement sollicités par la direction dans la phase de mise en œuvre des projets institutionnels.

Mais, déjà responsables d'une mission importante, la sécurité des soins dans leur unité, les cadres peuvent opposer de la résistance à des projets qui leur sont imposés, ou développer un sentiment de malaise face à des projets auxquels ils adhèrent peu mais qui sont consommateurs de leur temps.

Quelle stratégie et quels outils une équipe de direction peut-elle utiliser pour associer les cadres aux projets de façon pertinente ?

Dans cette deuxième partie du mémoire, nous allons prendre l'exemple des HCL pour essayer de comprendre la place aujourd'hui donnée aux cadres dans les projets d'un grand CHU qui se restructure.

Plus généralement, les cadres sont déstabilisés par le manque de clarté dans leurs missions : nous essayerons de définir une politique d'aide au positionnement des cadres dans la troisième partie du mémoire.

2 ASSOCIER LES CADRES LORS D'UNE DEMARCHE PROJET : L'EXEMPLE DES HCL

2.1 Les outils de prise en compte des cadres dans l'élaboration des projets aux HCL

2.1.1 Les Responsables Projets Utilisateurs et le groupe « Accompagnement »

La structure HCL sait s'approprier les outils efficaces développés dans les établissements : le poste de Responsable Projet Utilisateur (RPU), créé à l'hôpital de la Croix Rousse en 1995, a ainsi été repris et élargi à l'ensemble des Hospices.

A) Les Responsables Projets Utilisateurs : missions et historique de la fonction

La création du poste de RPU correspond à la prise de conscience par l'institution des difficultés engendrées par l'arrivée des outils de travail informatiques. C'est un effort de l'institution pour mettre en place des structures et des ressources qui facilitent l'utilisation de l'informatique par les soignants.

Un RPU des unités de soins est un cadre de santé **Responsable des Projets Utilisateurs**. C'est une personne ressource de proximité, définie comme un coordonnateur de l'ensemble des projets informatiques qui ont des impacts sur les unités de soins. Elle travaille en collaboration avec l'ensemble des partenaires intervenant dans la mise en œuvre des projets informatiques.

Elle s'inscrit dans un processus d'accompagnement structuré et dépend hiérarchiquement de la Direction Centrale du Service de Soins Infirmiers. Dans le cadre de la conduite des projets informatiques, le RPU est sous la responsabilité du coordonnateur des soins infirmiers et en liaison fonctionnelle avec les Directions de pôle, la Direction des Systèmes d'Information, la structure informatique locale et l'ensemble des partenaires pouvant intervenir dans la mise en œuvre de ces projets. Il peut s'apparenter à une structure de veille en liaison fonctionnelle avec les Directeurs de sites ou d'établissement et tous les cadres des unités de soins.

L'objectif de sa fonction est de faciliter l'appropriation des nouvelles applications informatiques par les cadres des unités de Soins. Pour répondre à cet objectif, plusieurs missions lui sont confiées, dont les principales sont les suivantes :

- Intervention dans le processus de développement ou de choix d'une application (au niveau institutionnel)
- Participation au processus d'accompagnement (plan de communication, formation, soutien...). Ainsi la RPU de l'hôpital de la Croix Rousse communique- t'elle en réunion des cadres et dans La Toile du Nord, le journal interne des Hôpitaux du nord, sur les grandes étapes du projet Stare, sans hésiter d'ailleurs à utiliser l'arme de l'humour : « en guise de préparation à la naissance du projet », elle donne à méditer la célèbre devise Shadok « En essayant continuellement, on finit par réussir. Donc, plus ça rate, plus on a de chances que ça marche » !
- Contribution à l'organisation du déploiement local : coordination du déploiement des postes informatiques avec la SIL et les unités de soins ; évaluation des besoins de formation des personnels des unités de soins ; accompagnement des cadres afin d'obtenir leur adhésion dans les différents projets ; interface avec l'ensemble des utilisateurs et l'institution
- Vecteur de l'information ascendante et descendante, et utilisation de l' expertise de terrain pour assurer la cohérence entre les décisions institutionnelles et la réalité du terrain

Quelques exemples plus détaillés de l'activité des RPU :

✓ **Les activités de soutien bureautique et de messagerie**

- Evaluer les besoins de formation et prévoir, organiser et faciliter la mise en place des formations nécessaires
- Etre disponible pour répondre aux besoins des cadres dans le domaine de la bureautique
- Valoriser les cadres en difficultés
- Assurer le suivi de l'acquisition des connaissances en bureautique
- Aider à la mise en place des plannings sur Excel en attendant TEMPO, pour que les utilisateurs se familiarisent avec un outil informatique
- Vérifier l'installation des messageries électroniques, solliciter leur mise en place et coordonner les installations avec les SIL
- Soutenir les cadres en difficulté avec l'utilisation de la messagerie interne
- Contacter les différents interlocuteurs

✓ **Les activités de diffusion de l'information**

- Découvrir les sites
- Se faire connaître des Structures Informatiques Locales (SIL), des directeurs de soins infirmiers
- S'intégrer dans les équipes de cadres

- Participer aux réunions de cadres
 - Participer aux réunions du groupe RPU
 - Participer au groupe accompagnement des projets informatiques
- ✓ **Les activités de recherche**
- Rédaction d'articles
 - Intégrer les groupes de travail sur les projets institutionnels : TEMPO, ERP
 - Développer une expertise dans différents domaines : formation Powerpoint, messagerie, Windows 2000, accompagnement à la conduite de projet, animation des réunions, etc.....

Il existe aujourd'hui six RPU aux Hospices : un pour le pôle nord, un pour le pôle sud, un pour le pôle gériatrique, un pour l'hôpital Renée Sabran situé à Hyères, un pour l'hôpital Herriot et un pour l'hôpital neurocardiologique.

Le poste de RPU est une idée empruntée au site de la Croix Rousse, puisque le premier poste de RPU a été créé à l'hôpital de la Croix Rousse en 1995, à l'initiative du chef d'établissement, pour accompagner la mise en place de CIRUS. Ce premier poste de RPU a été occupé par un cadre soignant qui venait d'écrire un mémoire de DEA sur la fonction cadre infirmier¹⁵. Missionnée pour 1 an, elle a été RPU durant 5 ans, car les projets informatiques se sont succédés. Son travail a été évalué au bout d'un an : il apportait une grande satisfaction aux cadres et au directeur d'établissement, dont le RPU dépendait directement. Un RPU est ensuite recruté à l'hôpital Herriot en 1998, alors que le poste disparaît en 2000 à la Croix Rousse. Pour l'hôpital neurocardiologique, la fonction de RPU est confiée à mi-temps à un cadre supérieur en 1998, puis à temps plein en 2002. Après l'élaboration du schéma directeur des systèmes d'information en 2001, les HCL décident d'investir sur cette fonction d'accompagnement : en juillet 2002, trois RPU sont recrutés. Libérés de leur poste précédent en novembre 2002, leur première mission a été de veiller à ce que chaque cadre soignant soit équipé d'un poste informatique et reçoive une formation.

Les cadres de santé apprécient fortement cette aide apportée par un/e collègue qui est très proche de leurs préoccupations, qui sait se rendre disponible pour les aider sur demande. Ils apprécient d'avoir un cadre comme interlocuteur, un intermédiaire entre eux et les informaticiens.

¹⁵ HUGUET MF, *Contribution des outils du management socio-économique à l'efficacité de la fonction de cadre infirmier à l'hôpital*, mémoire de DEA de gestion socio-économique des entreprises et des organisations, 1994

B) Le Groupe Projet Accompagnement puis le Groupe accompagnement

Les RPU travaillent en lien avec le Groupe Accompagnement, qui a succédé en 2002 au Groupe- Projet Accompagnement.

Le Groupe –Projet Accompagnement est né en 2001 pour accompagner les cadres dans les changements informatiques, en améliorant leur culture informatique. Il comportait des cadres soignants, deux directrices de soins, des conseillères conditions de travail, un représentant de la direction de la communication, de la direction des systèmes d'information et de la direction de l'informatique. Il s'agissait de déployer des postes informatiques dans tous les bureaux de cadres, pour qu'ils se mettent à utiliser la messagerie et s'approprient l'outil bureautique, ceci en prévision des multiples projets informatiques à venir.

GROUPE PROJET ACCOMPAGNEMENT		
Objectif	Tâches	Résultats
Améliorer le niveau de culture informatique des soignants, accompagner le changement	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration d'un plan de communication • Détermination des besoins de formation • Organisation du déploiement des postes informatiques et de la formation des cadres soignants à la bureautique et à l'utilisation de la messagerie • Détermination des besoins en termes de ressources humaines pour accompagner la mise en œuvre des applications (un RPU par pôle) • Elaboration des profils de poste des RPU 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication sur l'évolution des projets auprès des cadres soignants de tous les sites hospitaliers, des directeurs de soins, de la commission centrale de soins infirmiers. • 300 micros commandés. Le déploiement s'est terminé fin 2002. • Cadres infirmiers formés à la bureautique et à la messagerie fin 2002. • Création de trois postes supplémentaires de RPU.

Le Groupe projet accompagnement s'est transformé en 2002 en Groupe accompagnement. Ce groupe est une structure de veille et de communication sur l'ensemble des projets informatiques des HCL.

COMPOSITION DU GROUPE ACCOMPAGNEMENT	
<ul style="list-style-type: none"> • l'adjointe au directeur central du service de soins infirmiers • un représentant de la direction des systèmes d'information, chargé de l'accompagnement du changement • les Responsables Projets Utilisateurs • des conseillers conditions de travail • des représentants du service formation de la DPAS • des cadres supérieurs • un représentant des médecins (invité mais n'a jamais participé aux travaux du groupe) 	

Le groupe se réunit une fois par mois et invite les responsables de projets à venir exposer au groupe l'objectif, la teneur, le calendrier et l'état d'avancement du projet. Le groupe peut ainsi avoir une vision globale de l'ensemble des projets qui auront des impacts sur l'unité de soins et **peut alerter la direction sur des risques de surcharge de projets.**

Au terme d'une année de travail, on s'aperçoit que le groupe projet accompagnement a pris toute sa dimension en intégrant l'ensemble des RPU et en développant son rôle de coordonnateur de l'ensemble des projets informatiques qui impacteront les unités de soins.

INTERÊT DU DISPOSITIF	<p>Il permet des échanges fructueux entre ses membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> les RPU reçoivent directement des chefs de projets une information sur les projets qu'ils auront à accompagner ; ils avertissent les chefs de projets des autres contraintes des cadres des unités de soins ; ceux-ci sont alertés sur des lacunes dans leurs projets ; la direction de la formation peut prévoir le calendrier des formations nécessaires
FAIBLESSE MAJEURE	<p>La réponse apportée à ses observations : l'interlocuteur du groupe est le directeur central des soins infirmiers, mais en pratique observations et alertes ne sont pas toujours suivis d'effets.</p>

Tableau non publié

Un exemple du travail du groupe accompagnement : le tableau prévisionnel des études, du déploiement et du suivi des différentes applications informatiques intéressant les unités de soins fin 2002

A travers le développement des structures d'accompagnement que sont les RPU et le groupe accompagnement, l'institution montre qu'elle a pris conscience que les multiples projets à venir, tels l'ERP ou TEMPO, mais aussi la gestion informatisée des transports de patients, le projet d'informatisation du dossier patient avec Cristalnet, dont le logiciel de résultats d'examens STARE est un des modules, nécessiteront un accompagnement de proximité et un soutien adapté pour aboutir à une cohésion institutionnelle et à une réelle appropriation des outils informatiques par les cadres des unités de soins.

2.1.2 Un recensement des attentes des utilisateurs envers le système d'information

Les nombreux projets qui vont aboutir entre 2003 et 2005 n'ont pas été décidés de façon unilatérale et arbitraire : ils sont la réponse à des besoins exprimés à l'été 2000. En effet, en 2000 le directeur général a décidé d'organiser des lieux d'expression des besoins des agents des HCL en systèmes d'information. Quatre groupes thématiques ont été formés : un sur les besoins en information médicale, un sur les besoins informatiques des unités médico- techniques, un sur les besoins informatiques pour la gestion administrative et un pour la gestion des unités de soins. Le groupe de travail sur la gestion des unités de soins était composé des RPU en poste, de cadres, de cadres supérieurs, d'une directrice des soins, de médecins, du directeur des systèmes d'information et d'un ingénieur en organisation de la direction des systèmes d'information. Cinq types d'outils de gestion nécessaires aux unités de soins ont émergé de cette réflexion : un outil pour la gestion du dossier de soins, un pour les plannings, un pour améliorer la communication entre les cadres, un pour la gestion des hospitalisations programmées et un pour la gestion des stocks. Ces besoins ont donné lieu à des projets : quatre projets liés à l'informatisation des unités de soins ont été retenus dans le schéma directeur des systèmes d'information.

Il s'agissait de l'informatisation du planning, du dossier de soins, de l'hospitalisation programmée et de la logistique. Par ailleurs, un autre besoin exprimé par les professionnels, l'amélioration des moyens de communication, a aussi été pris en compte, par le déploiement de postes informatiques et d'outils bureautiques pour les cadres des unités de soins. Pour instruire ces différents projets, les groupes de travail et le groupe accompagnement se sont mis en place début 2001.

Certains de ces projets recoupaient des demandes d'autres groupes de travail et la recherche d'une solution a alors échappé au groupe des cadres (par exemple la réponse au besoin d'un outil de gestion des stocks a été incluse dans le projet logistique que sont l'ERP et la plate-forme).

La demande d'informatisation des plannings a donné lieu à la naissance d'un module de gestion du temps partagé entre le bureau du personnel et les cadres, le projet TEMPO ; les demandes sur l'amélioration de la logistique et l'amélioration plus générale du système d'information sous-tendent le projet ERP. Ces projets ont donc répondu à des attentes exprimées par les utilisateurs.

L'exemple de TEMPO

Le projet TEMPO est né du travail du «groupe planning » mis en place après le recensement des besoins des cadres à l'été 2000.

Le groupe « planning dans les unités de soins » :

Objectif	Missions	Résultats
Etude de faisabilité de l'informatisation des plannings au niveau des unités de soins Propositions éventuelles.	<ul style="list-style-type: none">• Finalisation des besoins des cadres en gestion opérationnelle du personnel• Elaboration de la grille d'évaluation pour mesurer le degré d'adéquation entre les besoins et les moyens informatiques connus sur le marché• Réalisation des tests sur produits informatiques• Rédaction d'un rapport de conclusions	<ul style="list-style-type: none">• Les conclusions du groupe ont été suivies par la DPAS et le comité de pilotage du projet d'informatisation des unités de soins.• Le choix du produit a été TEMPO. <p>Le groupe planning est intégré dans la conduite du projet institutionnel TEMPO conduit par la DPAS</p>

Les utilisateurs que sont les cadres ont été consultés lors du recensement des besoins informatiques en 2000. Les multiples projets institutionnels actuels sont une réponse à des besoins qu'ils ont pu exprimer voici trois ans.

Au niveau des HCL, des outils et des méthodes de gestion de projet sont donc utilisés pour prendre en compte les attentes des cadres lors de l'élaboration d'un projet puis de son déploiement : recensement des besoins, accompagnement des cadres par les RPU, volonté de coordination des projets au sein du Groupe accompagnement, pour une prise en compte des contraintes temporelles des cadres et de l'ensemble des projets des sites. Au-delà de ce contexte général de la gestion de projet aux HCL, quels outils sont utilisés ou pourraient- être utilisés sur les sites pour associer les cadres de façon pertinente aux projets ?

2.2 Les outils à utiliser lors de la mise en œuvre d'un projet pour y associer les cadres de façon pertinente : un guide pratique

Dans notre perspective de recherche, l'objectif global pour le décideur est de faire adhérer les cadres de santé au projet. La cible des outils de gestion de projet que nous allons proposer est donc le cadre hospitalier.

Pour juger de l'échec ou de la réussite de la mise en place d'un projet, il faut se référer aux objectifs attendus par les principaux partenaires et à leur évolution. C'est la non-satisfaction de certains de ces objectifs, exprimée par certains acteurs ou objectivée par des indicateurs, qui conduit à parler d' « échec ». Au-delà de cette appréciation, il est possible de prendre en compte la pérennité du changement : la nouvelle organisation tient-elle deux ou trois ans ou a-t-elle disparu ? Est-on revenu à l'organisation antérieure ? Nous allons nous intéresser à la fois à des réussites et à des échecs, car ces derniers sont de bons révélateurs des conditions favorables au changement et à l'appropriation d'un projet.

Nous allons donc dans cette partie du mémoire rechercher les conditions générales et les outils qui favorisent la mise en œuvre de projets, en nous appuyant à la fois sur l'exemple des HCL dans la conduite des projets ERP et TEMPO et sur l'expérience propre aux Hôpitaux du Nord, et notamment sur deux projets mis en place dans les années 1990 : les projets GEMA V2 et CIRUS. GEMA V2 est un logiciel qui a été introduit en 1998 pour permettre la décentralisation de la gestion des mouvements des patients au niveau des unités de soins. CIRUS est un logiciel de transmission aux unités de soins des résultats d'examens biologiques. CIRUS a été un franc succès ; GEMA V2 a été vécu plus difficilement, même si l'on ne peut parler d'échec car il a finalement été accepté et fonctionne aujourd'hui correctement.

Avant de proposer la « boîte à outils » qu'une équipe de direction peut utiliser lors d'une démarche projet pour y associer les cadres de façon pertinente, nous allons souligner deux points, qui expliquent la façon dont nous présentons et dont nous avons recherché ces outils.

Le premier point concerne la dimension temporelle d'un projet. On peut différencier trois étapes : l'amont du projet (expression des besoins et recherche de solution) ; le présent (mise en œuvre) ; l'aval (l'évaluation du projet et son amélioration). Nous allons proposer des outils en fonction de chaque étape, car ce qui se joue pour le cadre est différent à chacune de ces étapes. Les problématiques des cadres sont différentes de celles des directeurs, et elles évoluent au fil du projet : il s'agit donc de comprendre leur rationalité pour faire évoluer les objectifs de la communication et de l'accompagnement.

Le deuxième point concerne la variété de ces outils et la façon dont ils sont utilisables. Pour éviter une résistance massive et le rejet du changement, il faut introduire progressivement le changement. Une stratégie possible est donc de multiplier des actions de faible intensité qui introduisent progressivement le changement¹⁶. Il est donc souhaitable d'utiliser plusieurs outils, concomitamment et successivement.

2.2.1 Les outils en amont de la mise en œuvre du projet

En amont de la mise en œuvre du projet, l'objectif de la direction est de fédérer les cadres autour de l'intérêt du projet, de ses objectifs. Mais avant même d'utiliser pour ce faire certains outils et méthodes de gestion de projet, il existe un pré requis : la direction doit repérer les impacts de la mise en œuvre du projet sur les cadres, et prévoir les risques inhérents au projet (son coût, ses difficultés de mise en œuvre, les comportements de résistance qui vont émerger), afin de comprendre la rationalité des cadres. Ensuite seulement, la direction peut mettre en place une stratégie pour associer les cadres au projet de façon pertinente : développer un plan de communication, ouvrir aux cadres de nouvelles fonctions transversales dont la durée est limitée au temps du projet, définir les modalités de participation des cadres à l'équipe- projet, et exiger de cette équipe un certain travail de préparation des cadres au changement.

A) Gestion de la communication par l'équipe de direction : informer et convaincre

Un projet doit être piloté à deux niveaux : à un niveau opérationnel, dans une logique de réalisation ; à un niveau stratégique, pour donner du sens aux projets. Cette tâche relève de la direction générale, qui doit situer le projet dans une vision plus large et clarifier les finalités recherchées. Le pilotage stratégique ne doit pas rester seulement théorique : il doit se concrétiser dans un comité de pilotage spécifique, composé du chef de projet opérationnel et des instances dirigeantes de l'hôpital, et dans un plan de communication. Le management du changement est avant tout une affaire de pédagogie, de communication. F. Kourilsky souligne le lien étroit entre changement et communication en s'intéressant plus à l'aspect performance de la communication¹⁷: « L'efficacité d'une communication se mesurera au fait que le changement souhaité est bien le changement

¹⁶ ATLAN H. ,op cit

¹⁷ KOURILSKY F, La communication, levier du changement à l'hôpital, *Soins Formation Pédagogie Encadrement* no19

obtenu ». L'objectif de la communication autour d'un projet est qu'un maximum d'agents de l'établissement soit conscient des enjeux d'ordre supérieur qui se cachent derrière les modifications de leur travail quotidien, modifications induites par le projet. Il s'agit, grâce au plan de communication, de faire partager par l'ensemble d'une collectivité une certaine représentation de l'avenir souhaité.

La communication mise en œuvre par la direction doit remplir un rôle double : informer et persuader.

Informer, car il faut répondre au «défi du sens »¹⁸ qui s'impose aux cadres en leur donnant des informations. Se pose ici la question du niveau d'information que la direction dispense : élargit-elle l'information aux questions de l'évolution stratégique de l'établissement ou bien s'en tient-elle à des informations plus immédiates concernant l'exécution du projet ? La communication relève bien d'une stratégie décidée par la direction générale. On peut imaginer différents niveaux d'information en fonction des vecteurs d'information utilisés et des cibles auxquels on s'adresse. Dans le journal interne qui s'adresse à l'ensemble du personnel, on peut s'en tenir à des informations de base : Pourquoi ce projet ? (raisons majeures) En quoi consiste t'il ? Quand va-t-il être mis en œuvre ? À quel niveau de réalisation est-on parvenu ?

Un autre canal d'information s'impose pour la population des cadres, qui vont être plus concernés par la mise en place du projet, et auxquels il faut donner une visibilité sur leurs tâches après le projet : soit des réunions ad hoc de présentation du projet aux cadres, soit des présentations lors des réunions régulières des cadres avec la direction des soins, soit des présentations dans des instances créées spécialement pour faciliter le contact entre les cadres et la direction (type Comité Consultatif des Cadres de CHU de Bordeaux, cf. 3^{ème} partie du mémoire). Aux Hôpitaux du Nord, les chefs de projet plate-forme logistique et ERP ont présenté leurs projets lors de la trimestrielle réunion des cadres, alors que dans les autres sites des HCL, le projet ERP a donné lieu à une réunion ad hoc. La présentation du projet lors d'une réunion ad hoc semble avoir plus marqué les cadres. La présence de la direction du site lors des présentations est fortement appréciée par les chefs de projets, car cette présence légitime leur intervention et souligne l'importance du projet. Un canal écrit d'information spécifique aux cadres semblerait également utile, nous y reviendrons dans la troisième partie.

Le deuxième rôle de la communication est de persuader (ou de convaincre) que le projet est une réponse adaptée à des besoins exprimés. Il existe deux types de projets : ceux qui répondent à une demande directe des cadres, et ceux qui sont impulsés par la

¹⁸ COUDRAY M.A, Le cahier du management

direction. Les premiers projets sont plus faciles à mener a priori, car leur appropriation est plus naturelle. Cependant, le temps qui s'écoule entre l'expression des besoins et l'émergence du projet transforme souvent des projets du premier type en « projets de la direction ». Ainsi beaucoup de cadres ne replacent-ils pas le projet TEMPO dans le contexte du recueil des besoins effectué à l'été 2000. De plus, l'outil informatique utilisé pour chaque grand projet institutionnel n'est pas spécifique à chaque unité. Il est acheté pour l'ensemble d'un établissement, voire mis en commun entre deux établissements pour partager les coûts de développement du produit : c'est le cas du système d'information du dossier patient, CRISTALNET, partagé par les CHU de Grenoble et de Lyon. L'organisation du travail doit donc nécessairement s'adapter à l'outil choisi pour l'ensemble de l'établissement. Lors de cette phase d'adaptation de l'organisation du travail à l'outil informatique, on a besoin de la collaboration des cadres, qui n'acceptent pas toujours facilement le fait que la réponse à des besoins collectifs implique l'adaptation de l'unité à l'outil informatique choisi. Il reste donc toujours à démontrer l'intérêt du projet pour les acteurs concernés afin de les mobiliser. Pour le projet GEMA V2, qui consistait à décentraliser la saisie des mouvements de malades du bureau des entrées aux unités des soins, il était difficile de percevoir un quelconque avantage pour les cadres à ce glissement de tâches, qui permettait au niveau de l'institution le suivi en temps réel des lits disponibles. Cependant, la RPU, lors de sa présentation du projet en réunion des cadres, a veillé à remplir un volet « Intérêt pour les unités de soins », parallèle au volet « Intérêt pour le bureau des entrées ». Un des intérêts principaux était de pouvoir éditer directement les étiquettes dans l'unité, ce qui évitait des déplacements.

Donner des informations aux cadres sur les raisons et le déroulement d'un projet n'est pas suffisant, la direction doit aussi dans sa communication les convaincre des avantages qu'ils retireront du projet.

B) Développement de postes transversaux à durée limitée

Le concept de Responsable Projet Utilisateur (RPU), cette fonction originale de coordination et de relais entre les cadres et les membres des équipes- projets informatiques, dont nous avons déjà évoqué le rôle, a essaimé autour de projets non informatiques. Nous prendrons deux exemples significatifs de nouvelles fonctions, plus transversales, proposées aux cadres. A l'hôpital de la Croix Rousse, le dossier des relocalisations est géré par le directeur adjoint. Depuis le second semestre 2002, un cadre de santé lui a été adjoint en qualité de chargée de mission. Son profil de poste définit le poste comme « une assistance opérationnelle à la mise en œuvre concrète des opérations de relocalisation ». Elle sert de relais entre la direction, les ingénieurs et les

cadres des services délocalisés. Son expérience de cadre de santé lui permet d'appréhender correctement les difficultés rencontrées par ses confrères et consœurs et les aspects pratiques du déménagement d'un service. Son rôle est de décharger les cadres des préoccupations liées aux déménagements et de prévenir les dysfonctionnements. Elle doit anticiper l'organisation spatiale des nouvelles unités et leur réorganisation fonctionnelle (réintégration des équipements, intégration de nouveaux équipements, flux des personnes et des biens). Elle se définit comme un « facilitateur ». Elle s'est par exemple occupé du suivi des travaux des services- tiroirs, elle organise le planning des opérations –tiroirs, s'assure du bon déroulement des déménagements. Son travail est fortement apprécié des cadres et de la direction. Cette aide était attendue de tous les partenaires (direction, ingénieurs, cadres supérieurs). L'appel à candidature avait été lancé en réunion de cadres, sur la base d'une lettre de mission. Au-delà des compétences organisationnelles et analytiques requises pour ce poste, la fiche de poste soulignait la nécessité d'être capable de communiquer sur des données techniques et de susciter l'adhésion des utilisateurs sur les projets. Ce poste est à durée limitée, lié aux opérations de relocalisations. La mission confiée à ce cadre ressemble donc dans son esprit à celle d'un RPU. Un deuxième exemple sur le site de la Croix Rousse concerne un cadre supérieur de laboratoire, qui a été chargé de coordonner, auprès du directeur de la biologie, les acteurs impliqués dans le projet de construction du Centre de Biologie Nord. Elle centralise les informations reçues de nombreux acteurs (médecins biologistes, cadres, direction de la biologie, direction des services économiques, direction des travaux, entreprises) et est une des personnes référentes de ce projet, auprès du directeur de la biologie. C'est à nouveau une position transversale, à durée limitée, qui témoigne de l'évolution du rôle des cadres et d'une volonté de la direction de mettre à profit leur expertise pour que le projet soit mieux accepté des agents.

C) Participation des cadres aux « équipes- projets » et groupes de travail

Sur un projet de taille importante, une structure classique comprend **une équipe- projet**, cellule autour du chef de projet, qui instruit les décisions, **un comité de pilotage**, qui prend les décisions sur l'avancement du projet, et **des groupes de travail**, qui instruisent des sous-ensembles du projet. Le changement directif qu'implique le management par projets d'origine centrale ne fonctionne que si les cadres ont l'information, la compétence mais aussi le pouvoir d'affirmer leurs choix ; nous l'avons souligné dans la première partie du mémoire. De plus, autant mettre à profit la connaissance institutionnelle des cadres, qui sont plus proches « du terrain » que les cadres supérieurs ! La direction a donc intérêt à associer des cadres au projet, si le projet a des conséquences sur l'unité de soins. Un premier choix concerne la place donnée aux cadres : présence dans l'équipe- projet ou uniquement dans les groupes de travail ? Il semble important qu'un cadre au moins soit représenté dans l'équipe projet, instance plus stratégique que les groupes de travail. Quant à leur participation aux groupes de travail, pour éviter le gaspillage de ressources précieuses, économiser le temps des cadres, il faut trouver les moments clés auxquels les associer. Un troisième mode de participation aux projets est la simple consultation, demande d'avis sur un aspect du projet. Il faut également choisir pour les groupes de travail, ou lors des phases de recueil d'avis sur le projet, des cadres dont on peut deviner qu'ils offriront de la résistance, car cela permet d'améliorer le projet.

Il semble essentiel de les consulter lors de l'étape de la conception du projet, **l'élaboration du cahier des charges ; puis en phase de validation du projet.**

Mais le degré d'implication souhaitable des cadres dépend de chaque projet: le projet ERP associe ainsi certains cadres à temps complet, et non le projet Tempo. A cela plusieurs raisons. L'une est la spécificité de chaque projet: l' ERP ne peut pas être construit sans un travail très lourd des utilisateurs, nous y reviendrons. L'autre raison est pragmatique : employer des cadres à temps complet sur un projet nécessite un fort engagement financier, qui relève d'un choix stratégique de la direction générale.

Revenons sur le projet Tempo, car il offre un bon exemple d'une implication des cadres aux moments opportuns. Le chef de ce projet est un directeur de la DPAS (direction du personnel et des affaires sociales).

Les cadres ont été consultés lors du recensement des besoins à l'été 2000, puis dans une deuxième étape: entre novembre 2002 et janvier 2003, les RPU ont réalisé une cartographie de l'ensemble des unités de soins des HCL¹⁹. Cette étape a permis un

¹⁹ cf. annexe 3 : projet Tempo, cartographie des unités de travail aux HCL : grille de recueil des données sur la situation des cadres et leurs souhaits concernant la gestion des plannings

recensement des besoins et des attentes de tous les cadres des HCL. Chaque cadre a pu décrire l'importance que la gestion des plannings prenait dans son travail, et exprimer ses besoins et ses suggestions en terme d'outils de gestion et de matériel informatique.

Enfin, quelques cadres de chaque établissement se sont vus présenter le document de reconfiguration des processus au mois de juin. Mais le travail de reconfiguration des processus en lui-même a été effectué par un sous-groupe de l'équipe projet. Or cette équipe, travaille à mettre en place un outil à destination des cadres d'unités, comporte peu de cadres de proximité : il rassemble des cadres administratifs du bureau du personnel, trois cadres supérieurs et une coordinatrice des soins, mais seulement un cadre de santé. Ce choix traduit la volonté d'économiser la « ressource cadre » quand le travail peut avoir lieu sans elle.

Pour la phase de mise en œuvre, les cadres sont bien sûr à nouveau impliqués : l'équipe-projet recherche à présent des référents dans les unités de soins et les cadres vont être doublement formés : au réglementaire, et à l'outil lui-même.

Il est intéressant de comparer cette organisation avec celle choisie au CHRU de Lille pour le projet de gestion des temps et des activités, ARES CHRONOS, qui est également un projet de gestion du temps par les cadres et ressemble donc au projet Tempo des HCL. La direction du CHRU de Lille a choisi de traduire dans l'organigramme du projet sa volonté de faire des cadres et cadres supérieurs des partenaires: ainsi le projet ARES CHRONOS a-t-il pour chef de projet un cadre supérieur et le Comité de pilotage du projet est animé par la coordinatrice générale des soins.

Il existe donc un seuil minimal souhaitable d'implication des cadres dans un projet institutionnel, à certains moments clés ; au-delà la direction choisit les moyens qu'elle souhaite accorder au projet pour pouvoir impliquer davantage les cadres, que cette participation soit nécessaire pour la validité du projet (par exemple pour l'ERP) ou qu'elle relève davantage d'une mesure de reconnaissance symbolique.

D) Le travail de préparation de l'équipe- projet

Dans les équipes- projets, deux phénomènes de préparation du projet se produisent.

D'une part, les liens entre les partenaires impliqués dans le projet sont mis en exergue : les membres du groupe prennent conscience du nombre de gens mobilisés et appréhendent le fait que l'adoption du projet va faire évoluer l'organisation interne du service mais aussi les relations avec d'autres services. Ainsi le projet CIRUS a-t-il fait évoluer les relations entre les unités de soins et les laboratoires, car le projet a souligné les objectifs communs à l'unité de soins et aux services prestataires.

D'autre part, l'équipe- projet prépare le changement au travers de la production de documents écrits qui appuient la démarche. L'équipe Tempo a ainsi réalisé une analyse des processus existant dans le domaine de la gestion de plannings : la rédaction du document et sa validation par les directeurs du personnel a permis un partage du diagnostic. A la Croix- Rousse, dans les années 1990, les groupes de travail sur les projets informatiques rédigeaient des guides d'utilisation appelés « Les 10 commandements », documents à destination des unités de soins, à afficher auprès du poste informatique équipé du logiciel. Pour le projet CIRUS, « les dix commandements » sont un document de trois pages ; y sont rappelées les règles sur le mot de passe et le code utilisateur, garants de la confidentialité des résultats d'examens, la démarche à suivre en cas de mutation d'un patient dans un autre établissement, la durée de conservation des résultats dans CIRUS, la responsabilité du corps médical pour les demandes d'examens, afin d'éviter un glissement de tâches, et l'importance de définir des règles d'organisation dans chaque service (qui classe les examens ? à quelle date les unités de soins changent-elles de mot de passe ?). Le document est synthétique et facile d'accès. Enfin, l'équipe- projet doit préparer des indicateurs de pilotage, pour mobiliser les équipes et préparer l'évaluation du projet. Pour CIRUS, les laboratoires étaient surchargés d'appels téléphoniques. Un des indicateurs choisis a donc été la baisse du nombre d'appels.

EN AMONT DU PROJET	
Objectifs	Moyens
Comprendre la rationalité des cadres et les possibles phénomènes de résistance	Evaluation des impacts du projet sur la charge de travail des cadres Calcul des risques inhérents au projet
Informier (contenu et impacts du projet) et convaincre du bien-fondé du projet	Plan de communication : différencier vecteur et contenu de l'information en fonction de la cible
Mettre en place une personne- relais, un coordonnateur entre la direction et les cadres concernés par le projet	Développement de nouvelles fonctions transversales à durée limitée, pour les cadres de santé (type RPU)
Faire participer les cadres au projet pour recueillir leurs besoins, leur expertise et leur assentiment	Définition des modalités de participation des cadres au projet (décision stratégique de la direction) : membre de l'équipe projet, d'un groupe de travail ou simple consultation ponctuelle Association aux moments clés : <ul style="list-style-type: none"> ✓ élaboration du cahier des charges ✓ validation des solutions adoptées
Préparer et faciliter la phase de mise en œuvre du projet	Analyse de l'existant pour faire partager le diagnostic Rédaction d'un guide d'utilisation type « les 10 commandements » Mise en place d'indicateurs de suivi

2.2.2 Pendant la mise en œuvre du projet

Lors de la phase de mise en œuvre du projet, les objectifs de la direction sont de :

- ✓ rassurer les cadres
- ✓ ne pas trop perturber le fonctionnement du service
- ✓ anticiper les dysfonctionnements auxquels les cadres pourraient être confrontés
- ✓ capitaliser l'expérience acquise par les membres du groupe- projet.

Pour remplir ces objectifs, plusieurs actions sont préconisées.

Mettre en œuvre le projet dans des **unités pilotes** permet de mieux maîtriser les risques de dysfonctionnements et de rassurer les cadres par la preuve du bon déroulement de l'opération dans d'autres unités.

Pour perturber le moins possible la vie du service, **la variable temps** est essentielle : le projet ne doit pas se dérouler dans la précipitation, pour pouvoir s'adapter aux exigences du service. Les périodes de formation doivent ainsi avoir été planifiées suffisamment tôt pour qu'elles s'intègrent dans le fonctionnement quotidien du service.

Il ne faut pas négliger **le soutien logistique** au projet. Dans les années 1990, une structure spéciale a été créée à la Croix Rousse pour répondre rapidement aux demandes des cadres lors de la mise en place des projets informatiques : la Structure Informatique Locale (SIL), équipe d'informaticiens. Lors du mois précédant le lancement de CIRUS, la SIL a été renforcée de 2 informaticiens. Enfin, la semaine de lancement du projet, un « Poste de Commandement », « PC », a été mis en place, composé de la SIL et de la RPU. Les objectifs de ce PC étaient multiples : répondre rapidement aux questions des utilisateurs pour assurer un bon lancement du projet, rassurer les utilisateurs, doter le projet d'une image positive. A la fin du document « Les dix commandements concernant l'application CIRUS », un encadré précisait : « Nous vous rappelons que vous pouvez nous contacter. Nous sommes à votre disposition » ; suivaient les noms et numéros de téléphone de la RPU et de deux informaticiens de la Structure Informatique Locale.

L'organisation par projets comporte un risque pour l'institution : celui de la perte de l'expérience et des connaissances acquises au cours d'un projet par les membres de l'équipe- projet. Il s'agit donc de mettre en place un dispositif de capitalisation du savoir. Or, c'est dans les métiers et fonctions stables d'une entreprise que se capitalise le savoir. Cela nécessite de mettre en place, en cours de projet, des passerelles et une **communication active** entre les membres du groupe- projet et les autres agents, notamment les cadres pour les projets qui les concernent, afin d'organiser la transmission, la mémorisation et le « portage » dans l'entreprise du savoir acquis sur les

projets. Cette communication peut être assurée par le journal interne, la messagerie Intranet, et oralement. En effet, le RPU (ou un équivalent), lorsqu'il prépare la mise en œuvre concrète du projet unité par unité, en expliquant concrètement aux cadres ce qu'ils vont devoir faire, favorise fortement cette transmission du savoir.

Enfin, il est important que le cadre dispose d'un tableau de bord de pilotage pour suivre la mise en œuvre du projet dans son unité (ex : nombre de gens formés à l'utilisation du logiciel).

PHASE DE MISE EN OEUVRE	
OBJECTIFS	MOYENS
Rassurer les cadres	Mise en œuvre dans une unité pilote
Limiter les perturbations pour l'unité de soins	Planification de la mise en œuvre de projet et des périodes de formation
Limiter les dysfonctionnements lors des premières journées de mise en œuvre	Soutien logistique
Capitaliser le savoir	Communication

2.2.3 En aval du projet : évaluation et évolution

La façon dont les cadres ressentent le projet mis en œuvre va fortement influencer leur attitude face aux nouveaux projets : il importe donc de ne pas s'arrêter à la mise en place d'un projet mais aussi d'en assurer le suivi. Un bon suivi comprend de la communication et un suivi technique (ce qui correspond en termes commerciaux à de la publicité et un service- après vente performant).

Après la mise en œuvre du projet, la direction doit montrer que les conditions et l'organisation du travail ont été améliorées : une **évaluation** du projet s'impose. L'évaluation s'appuie sur les indicateurs mis en place par le groupe- projet lors de la préparation du projet. Le résultat de l'évaluation doit être communiqué aux acteurs impliqués à divers titres dans le projet, notamment dans le journal interne. Par exemple, pour le projet CIRUS, l'indicateur qualité choisi était le nombre d'appels téléphoniques entre les laboratoires et les unités de soins. Le directeur a mandaté une société pour suivre cet indicateur : elle a relevé le nombre d'appels dans une unité de soins, leur origine et leur motif. Le résultat, six mois après la mise en place de CIRUS, a été une

baisse de 80% du nombre d'appels : la direction a pu communiquer ce résultat et ainsi prouver le bien-fondé du projet.

La direction doit également se donner les moyens d'améliorer l'outil informatique, de l'adapter, d'en assurer **l'évolution technique**. Pour ce faire, l'établissement peut participer à un « club utilisateurs », groupe qui réunit les représentants des utilisateurs de toute la France. La Croix Rousse a suivi cette démarche pour le projet CIRUS.

Pour que le groupe de pilotage du projet puisse suivre le projet, des fiches d'incidents critiques doivent pouvoir lui être adressés. Pour CIRUS, le « copil », composé du directeur, de la directrice des soins, de cadres supérieurs, de la RPU, de responsables informatiques et des prestataires, les biologistes, a veillé à donner des réponses à ces remarques, pour optimiser le projet et satisfaire les utilisateurs.

Le logiciel doit enfin être un jour remis en cause pour intégrer des évolutions technologiques : CIRUS va disparaître en 2004 pour laisser la place à un logiciel plus complet, STARE, qui permet de transmettre également les résultats des examens radiologiques.

EN AVAL DU PROJET	
OBJECTIFS	MOYENS
Démontrer les bénéfices retirés du projet	Evaluation sur la base d'indicateurs de suivi Communication du résultat
Assurer l'amélioration du projet et son évolution technique	Recueil de fiches d'incidents critiques par le comité de pilotage ou l'équipe projet

L'équipe de direction dispose d'une série d'outils de gestion de projet pour associer les cadres aux projets de façon pertinente et favoriser la réussite des projets. Ces outils peuvent être utilisés de façon diverse selon l'implication que la direction souhaite obtenir des cadres.

Nous allons maintenant étudier une gestion de projet assez particulière qui a lieu aux HCL autour du projet ERP, projet pour lequel la direction générale a souhaité une participation forte des utilisateurs, qui sont en partie les cadres de santé. Ce projet augure peut-être d'une évolution de la gestion des projets informatiques à l'hôpital, où les utilisateurs ont traditionnellement été écartés de la définition des solutions informatiques.

2.3 L'exemple du projet ERP : une approche qui révolutionne la hiérarchie hospitalière en positionnant les cadres utilisateurs comme des clients et des experts

- A) Une approche- client qui nécessite l'écoute des utilisateurs et l'utilisation de leur expertise

Un projet tel que l'ERP révolutionne la démarche projet à l'hôpital, car elle oblige de fait le chef de projet à mettre l'utilisateur au cœur du projet. Le directeur du projet aux Hospices affirme clairement que ses clients, la cible du projet, sont les soignants qui passent les commandes dans les unités (cadre de santé ou infirmière, si dans l'unité c'est une infirmière qui passe le plus souvent les commandes), soit environ 1300 utilisateurs. Cependant, dans un premier temps, les agents concernés sont les utilisateurs des activités de support (dans les directions des finances et des services économiques et logistiques), soit 700 personnes.

L'utilisateur doit techniquement être partie prenante au projet pour que celui-ci ait une chance de réussir : l'implantation d'un ERP ne peut être conduite que par la communauté des utilisateurs, car ce sont eux qui bâtissent les solutions en fonction de la connaissance de leur métier. L'essentiel pour les utilisateurs n'est pas seulement de participer, comme on peut le penser pour d'autres projets qui touchent moins le cœur d'un métier, mais de construire, décider et configurer les solutions informatiques à mettre en place. On ne peut donc configurer l'ERP sans la disponibilité des meilleurs experts des unités opérationnelles. Dans le projet ERP aux HCL, travaillent (à 80% de leur temps pour ne pas perdre le contact avec la réalité de leur métier de base, mais aussi à 100%, ce qui est une mobilisation inédite pour un projet informatique) les « utilisateurs clés » : ce sont des agents qui ont l'expertise d'un métier, et ils utilisent cette expertise pour maquetter l'ERP en fonction de la réalité du métier. On trouve ainsi des agents des directions financières des sites et du siège, des cadres préparateurs en pharmacie pour la partie achats pharmaceutiques. Ces « utilisateurs clés » sont les propriétaires du processus opérationnel, ils définissent les besoins et valident tout changement proposé. Au delà de ces quelques « utilisateurs- clés », d'autres futurs utilisateurs ont été intégrés dans le projet. Ils sont appelés les « utilisateurs associés » : ce sont plus de soixante cadres, cadres de santé mais aussi administratifs, qui ont été rassemblés lors de séminaires de deux jours pour exprimer leurs inquiétudes et leurs attentes et définir « la cible », c'est-à-dire la façon dont ils souhaitaient voir l'outil fonctionner. Ces séminaires de deux jours permettent d'illustrer l'engagement de la direction générale dans le projet : ils ont rassemblé pratiquement l'ensemble des cadres qui y étaient invités, car la lettre de

convocation était signée directement du directeur général. Le haut niveau de participation des cadres relève bien d'un choix de la direction.

L'utilisateur passe dans un tel projet du statut passif de spectateur au statut actif d'acteur. Le changement est même trop extrême selon certains membres de l'équipe projet ERP, qui regrettent que les liens avec les informaticiens de la direction de l'information aient été si ténus, car leur expertise n'a pas été mise à profit pour le projet ERP.

B) Un accompagnement du projet très structuré

L'accompagnement du projet a été structuré dès le lancement de la démarche, avec la création d'un poste de chargée de mission dans ce domaine. L'accompagnement vise deux publics : un public d'« initiés », à savoir les utilisateurs clés et associés ; et le reste des agents des Hospices. L'accompagnement comprend trois volets : la communication ; l'identification des freins et des adaptations de compétences induites par le projet ; la formation.

Pour l'ensemble des agents des Hospices, l'accompagnement s'est traduit jusqu'à présent par de **la communication**. Cette communication a pris une forme écrite, notamment dans le journal interne aux HCL, « Tonic », et a déjà donné lieu à des présentations orales. Le projet est véritablement né en juin 2002 et ne sera pas mis en œuvre dans les unités de soins avant la fin 2004, mais, dès le premier semestre 2003, la responsable de l'accompagnement du projet, accompagnée d'un RPU, a présenté le projet aux cadres, administratifs, techniques et de santé, de chaque établissement des HCL. Pour les utilisateurs associés à la démarche, les séminaires de travail sur l'organisation cible étaient également un lieu où ils pouvaient exprimer leurs inquiétudes. Entre les attentes des utilisateurs et ce que l'outil pouvait faire, l'équipe projet s'est aperçue des écarts, soit incompressibles, soit très coûteux à réduire par l'achat de spécifiques. L'équipe s'est toujours exprimée devant les utilisateurs associés sur ces difficultés et ses propres déceptions, pour que les utilisateurs ne se sentent pas trahis ou mal entendus.

Le deuxième axe de l'accompagnement du changement est **l'identification des changements imposés par l'outil à l'organisation du travail**. La responsable de l'accompagnement du changement collecte les observations des utilisateurs clés sur les nouvelles procédures et nouvelles compétences requises par l'outil. Elle prépare des documents sur ces changements et prévoit les actions à mettre en place pour adapter les compétences aux nouvelles exigences. Ce travail se fait en collaboration avec la direction du personnel et des affaires sociales (DPAS).

Cela débouche sur un troisième volet de l'accompagnement : **la préparation du plan de formation**. Ce plan de formation est très lourd, car il concerne 700 utilisateurs dans sa première phase, puis 1300 dans la seconde phase. Cet aspect adaptation des compétences et formations liées à un projet montre la nécessaire coordination entre l'équipe projet et le service formation de la DPAS.

L'accompagnement du projet est donc bien structuré.

Nous pouvons retenir, dans la gestion de ce projet, la volonté d'impliquer les utilisateurs, et la réalité de leur participation : le plan de communication affiche cette évolution d'un « projet de direction », comme tout grand projet informatique, vers un « projet utilisateurs ».

L'étude des outils de gestion de projet utilisés aux HCL, et plus particulièrement aux Hôpitaux du nord, montre que l'institution se soucie d'associer les cadres aux projets qu'elle développe. Le projet ERP illustre la transformation d'un « projet de direction » en « projet utilisateur ».

L'association des cadres aux projets institutionnels est nécessaire pour permettre la prise en compte de leurs attentes et de leur expertise. C'est un premier pas vers la reconnaissance de la place des cadres dans l'institution hospitalière.

Mais, parallèlement, pour développer un partenariat avec les cadres, pour créer un équilibre des acteurs entre direction, syndicats et cadres, l'équipe de direction doit élaborer une politique plus globale envers les cadres, pour reconnaître leur rôle, affirmer et affermir leur positionnement.

3 COMMENT FAIRE DES CADRES DE VERITABLES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS: CONSTRUIRE UNE POLITIQUE GLOBALE COHERENTE ENVERS LES CADRES

Comment faire des cadres, vecteurs principaux du changement sous la contrainte des projets, des agents moteurs du changement et de véritables partenaires institutionnels ?

3.1 Les cadres, un corps social à positionner

3.1.1 Une politique de ressources humaines pour affirmer et affermir la position des cadres comme partenaires institutionnels.

A) Evaluation

On peut imaginer une politique d'évaluation qui favorise l'émergence de cadres engagés dans la vie de l'hôpital.

Pour favoriser la responsabilisation des cadres et leur engagement accru dans des démarches de projets transversaux, la direction peut s'appuyer sur **l'évaluation des cadres**, selon une logique d'objectifs et d'évaluation des résultats. L'évaluation est un outil de management et un outil de gestion des ressources humaines. Outil de management en ce qu'elle est un acte de reconnaissance et de valorisation, qui consacre un mode de gestion participatif où les agents sont impliqués dans leur projet professionnel et peuvent s'approprier les objectifs qui leur sont assignés. Outil de gestion des ressources humaines en ce qu'elle permet de disposer d'informations vivantes, actualisées et dynamiques sur les agents : l'entretien d'évaluation permet la remontée de certaines informations telles que les charges de travail des équipes, les aspirations à d'autres affectations, à des promotions, à des formations.

Cette évaluation est difficile à mettre en œuvre : comment bien évaluer un cadre soignant, c'est-à-dire être le plus juste et exhaustif possible, alors que son travail ne peut être suivi que de loin ? Le fonctionnement rigide et essentiellement administratif du système de notation ne permet pas d'avoir un système efficace de gestion du personnel en général, de l'encadrement en particulier, car il valorise l'ancienneté et marginalise l'évaluation des compétences. Pour passer de la notation à l'évaluation, il faut pouvoir analyser des

résultats et définir des actions à entreprendre pour faciliter l'exercice de la fonction. Pour cela, la condition préalable est de bien définir les missions des cadres, donc le contenu de leurs postes et les qualités requises : il faut élaborer **une fiche de poste** « type » pour le poste de cadre, qui prenne en compte les spécificités de l'établissement²⁰.

La fiche de poste est une aide pour **le recrutement** de nouveaux cadres : l'établissement peut par exemple exiger que ses cadres soient titulaires du diplôme de l' Ecole des Cadres. C'est le cas à l'hôpital de la Croix Rousse depuis une dizaine d'années.

La fiche de poste s'inscrit dans une logique de **gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**. C'est un outil efficace pour la gestion des ressources humaines, un instrument de gestion de la formation, des orientations professionnelles et des promotions.

La fiche de poste est enfin **un outil stratégique pour l'établissement** : elle clarifie les attentes de la direction (direction et direction des soins) envers les cadres, les objectifs à atteindre pour chaque cadre, et elle permet de les associer aux projets de l'hôpital. Elle soutient la démarche d'évaluation : elle permet d'établir un contrat avec le titulaire du poste. Si la fiche de poste insiste sur les compétences managériales et la nécessité de s'investir dans des projets institutionnels transversaux, les cadres qui font l'effort de participer à des projets seront valorisés lors de l'évaluation. C'est également le cas à l'hôpital de la Croix Rousse²¹. Selon une même logique d'ouverture à d'autres horizons que leur unité de soins, la mobilité interne à l'établissement peut être promue, c'est à dire encouragée, facilitée et reconnue lors de l'évaluation. Le temps de l'évaluation peut également être utilisé comme une mesure symbolique de l'importance que la direction accorde à ses cadres : à la Croix Rousse, le directeur tenait à connaître personnellement les cadres et les a, pour ce faire, reçus directement en entretien d'évaluation pendant des années. Le directeur juge bénéfique cette implication directe, malgré la consommation de temps qu'elle impliquait, car elle lui permettait de se montrer attentif à ses cadres, ce qui apportait des avantages : recueillir une masse d'information, et avoir ensuite des cadres prompts à soutenir « ses » projets.

Une fiche de poste de cadre de santé est un instrument nécessaire pour mettre en place une politique envers les cadres. Proposons un modèle type de fiche de poste de cadre de santé, à adapter ensuite aux spécificités de chaque unité de soins.

²⁰ cf. annexe 4, profil de poste pour cadre sage-femme à l' hôpital de la Croix Rousse

²¹ cf. annexe 5, guide d'évaluation des cadres de santé aux Hôpitaux du nord

PROFIL DE POSTE DE CADRE DE SANTE

Grade : cadre de santé

Unité XX

Service XX

Données générales. Définition du champ d'exercice

Gestion d'une unité ... comprenant ...située ...

Le cadre est responsable de la gestion de l'activité, de l'organisation et de la qualité des soins dispensés. Il exerce sa mission en collaboration avec les autres cadres du service, le cadre supérieur, les partenaires médecins.

Il est responsable et animateur des membres de l'équipe pluridisciplinaire placée sous son autorité. Le cadre définit des objectifs de soins cohérents avec le projet médical, et les orientations du service.

Liaisons hiérarchiques : N+1 Cadre supérieur

N+2 DRH et DS le cas échéant

N+3 Directeur

Activités

Gestion des personnels

X ETP ASH, X ETP AS, X ETP IADE, etc

Participe à la gestion des rotations des personnels inter unités avec les autres cadres

Organisation et gestion des soins

Veille à la **continuité de l'accueil et des soins** (organisation des transmissions, organisation des admissions et des sorties des patients, gestion des lits de l'unité).

Participe quotidiennement au staff du service et coordonne avec son équipe de soignants les besoins, les priorités, les ajustements à prévoir.

Assure la bonne application de la **charte des patients** hospitalisés et la qualité de l'accueil des patients

Responsable de la qualité de l'accueil et de l'information non médicale des familles et des visiteurs.

Assure la bonne application des **protocoles et procédures** validés au sein du service.

Evalue l'organisation du travail.

Assure le **suivi de l'activité** avec des tableaux de bord.

Supervise les relevés d'activités (PMSI).

Coordonne les relations avec le bureau des entrées.

Informe **le chef de service** et ses collaborateurs des problèmes d'ordre médical.

Collabore avec les cadres des unités du service.

Assure la coordination avec tous les **prestataires de service**.

Evaluation

Contrôle **la qualité des soins** (respect des bonnes pratiques).

Contribue à la mise en œuvre d'une démarche d'auto évaluation dans le cadre de l'accréditation.

Elabore des **grilles de compétence** pour le suivi de ses équipes, assure les **entretiens d'évaluation** de son personnel et collabore avec le cadre supérieur pour ces évaluations.

Actualise **les profils de poste** en coordination avec le cadre supérieur.

Animation

Détermine **les effectifs nécessaires** et assure le respect des normes si elles existent.

Gère **les plannings prévisionnels** en respectant le réglementaire.

Gère l'absentéisme en coordination avec le cadre supérieur si ressources externes nécessaires.

Prévoit et planifie tous les remplacements d'été, exprime les besoins auprès du cadre supérieur

Anime l'équipe paramédicale et non soignante (ASH).

Met en œuvre **des projets internes au service** (amélioration de la qualité, gestion des risques etc).

Sensibilise les professionnels à la gestion des risques, supervise le respect des procédures sécuritaires.

Formation

Contribue à l'évolution des compétences en facilitant l'expression des besoins en formation, en **organisant la participation aux actions de formation**.

Met en place les moyens nécessaires au maintien et au développement des compétences.

Veille à l'intégration des nouveaux personnels, assure les adaptations nécessaires à la bonne tenue du poste.

Supervise l'accueil des **stagiaires**, et assure leur évaluation en collaboration avec ses équipes.

Développe des rapports avec les écoles.

Gestion économique

Est responsable de **l'utilisation optimale des ressources affectées à l'unité**, de la gestion rationnelle des produits et matériels : supervise les commandes et la gestion des stocks, étudie avec les services économiques les quotas annuels en fonction de l'évolution des besoins.

Assure le suivi des contrats de maintenance de tous les matériels.

Participe aux essais des nouveaux matériels suite aux appels d'offres.

Anticipe les besoins et participe au plan de travaux prévisionnels nécessaires, pour les locaux et matériels.

Travail personnel. Communication

Participe aux réunions inter cadres animées par le cadre supérieur et collabore avec ses collègues cadres.

Participe aux réunions de cadres de l'établissement.

Participe à **des projets transversaux**.

Participe aux colloques et congrès.

Assure le bilan d'activité de son unité.

Suit les publications concernant la profession, et celle de ses équipes.

Assure sa formation continue.

Compétences et connaissances requises

Formation de base nécessaire : diplôme IDE (ou sage-femme ou filière médico- technique)

Connaissances en bureautique souhaitables

Souhaité : diplôme cadre (et expérience antérieure d'encadrement)

Qualités d'encadrement : autorité, force de conviction, sens de la négociation, de la délégation, de l'écoute, de l'organisation, du travail en partenariat

Qualités personnelles : positif, maîtrise de soi, capacité d'adaptation, d'analyse, engagement professionnel, persévérance

Conditions de travail

Ce poste est sous l'autorité du cadre supérieur

Repos fixes. Temps plein

B) Formation

Par le biais de la formation continue, la direction peut favoriser la formation d'un groupe de cadres qui se positionne conformément à ses attentes.

A l'hôpital de la Croix Rousse, au début des années 1990, un questionnaire est distribué aux cadres de santé de l'établissement pour mieux connaître leurs attentes et leurs difficultés. Il ressort de ce questionnaire **un sentiment d'isolement** des cadres. On retrouve d'ailleurs ce constat dans l'enquête menée au CHU de Grenoble auprès des cadres en juin 2003, pour la préparation du congrès de l'UHSE : « Il est important de faire partie d'un collectif de cadres », « Il faut créer un véritable corps de cadres dans les établissements, pour que l'on trouve notre place par rapport aux médecins, à l'administration et aux équipes ». La conséquence de cet état des lieux sur l'encadrement de proximité à la Croix Rousse a été la mise en place d'une formation pour les cadres. Cette formation sur les missions de l'encadrement, les méthodes d'organisation et de management d'équipe, a été obligatoire pour tous les cadres, à raison de quelques demi-journées dispensées entre 1995 et 2001. L'objectif principal de cette formation était de former un groupe de cadres soudés et bien positionnés par rapport aux chefs de service et à la direction. Les cadres que nous avons entendus en entretien relatent tous spontanément cette formation collective comme une expérience très positive, qui leur a permis de rompre leur isolement, de partager leurs difficultés avec leurs collègues et la formatrice, de décloisonner les unités de soins. La direction est également satisfaite de cette formation, car elle dispose désormais d'un groupe de cadres solide capable de lui offrir un appui. La preuve anecdotique de la constitution d'un groupe de cadres conscient de son identité est qu'ils se regroupent chaque midi pour déjeuner au self de l'hôpital, ce qui ne se pratiquait pas avant cette formation collective...

Des choix s'offrent à l'institution lorsqu'elle veut favoriser la formation continue pour les cadres : la formation peut être obligatoire ou facultative, collective ou individuelle, décomptée sur le temps de travail ou hors du temps de travail. Pour rompre l'isolement des cadres et constituer un groupe de cadres, il semble plus pertinent de suivre l'exemple de la Croix Rousse et de mettre en place une formation collective et obligatoire dans un premier temps. Pendant la durée de cette formation, qui gagne à être dispensée sur 2 à 3 journées rapprochées, puis à intervalles espacés durant une assez longue période, comme à la Croix Rousse, disons quatre journées sur deux ans, les demandes individuelles de formation des cadres peuvent être mises entre parenthèses. Une fois cette formation dispensée et évaluée, si le résultat escompté a été obtenu, le soutien à la formation continue des cadres peut porter sur des demandes individuelles de formation.

Il est nécessaire d'évaluer la formation collective dispensée pour pouvoir surveiller la qualité de la formation, la faire évoluer et préparer un cahier des charges pour la formation suivante.

La formation dispensée avec succès à la Croix Rousse a été cette année proposée aux cadres de l'Hôtel dieu, sans discuter au préalable le contenu de la formation avec la formatrice. Le résultat semble mitigé : les cadres de l'Hôtel dieu et la coordinatrice des soins ont été peu satisfaits de la formation. Il a sans doute manqué un travail d'adaptation de la formation aux attentes des cadres de l'Hôtel dieu et de la direction des soins. C'est pourquoi la coordinatrice des soins et le directeur du personnel souhaitent proposer aux cadres des deux sites un questionnaire pour connaître leurs projets, leurs visions de leur positionnement de cadres dans le futur de l'hôpital, leurs besoins de formation, leurs attentes vis-à-vis de la direction, et inversement ce qu'ils pensent que la direction attend d'eux, afin d'élaborer un cahier des charges de la formation.

Il s'agira ensuite de ne pas négliger la phase d'évaluation de la formation, d'autant plus qu'une formation au management est coûteuse (coût moyen d'une journée de formation au management, aux HCL : environ 1400€).

Prévoyons une méthode d'évaluation.

FICHE D' EVALUATION DE LA FORMATION		
Perception générale de la formation	Très utile/ Satisfaisante/ Inutile	
Quels bénéfices en avez-vous retiré ?	A lier avec les compétences que l'institution attend de ses cadres , en fonction d'indicateurs d'atteinte d'objectifs établis avant la formation Par exemple : animation de réunion, gestion de conflits, gestion de projets	
Evaluation de chaque session de formation	Qualité du contenu Qualité pédagogique du formateur Durée	Très bon/ Bon/ Médiocre Pourquoi ?
Propositions d'amélioration Apports supplémentaires souhaités lors de cette première formation		
Souhaitez-vous une nouvelle formation collective ?	Oui/ Non Si oui, quelles attentes avez-vous?	
Souhaitez-vous une formation individuelle ?	Oui/ Non Si oui, quelles attentes avez-vous?	

PRESENTATION DU RESULTAT DE L' EVALUATION

Réunion d'une à deux heures

Présentation et discussion des résultats de l'évaluation en présence de l'ensemble des cadres, du DRH et du directeur des soins, des conseillers formations et du conseiller qualité (s'il a été chargé de dépouiller et d'analyser les évaluations)

Cette évaluation directe de la formation auprès des agents formés doit être suivie d'une seconde évaluation, soit intégrée à l'entretien d'évaluation annuel (évaluation par le niveau N+1 des compétences acquises), soit menée à nouveau sous forme d'auto-évaluation par un questionnaire spécifique quelques mois après la formation.

Suite à cette évaluation qui permet à la direction de veiller à la qualité du programme de formation acheté, de manifester son intérêt pour les cadres et de recueillir leurs attentes, la direction peut procéder à l'élaboration du cahier des charges d'une nouvelle formation.

Après avoir cherché à former un groupe de cadres de santé conscient de son identité et de sa place dans l'institution, il semble judicieux de pouvoir proposer aux cadres de santé des formations qui s'adressent également à d'autres professionnels, pour décloisonner l'hôpital. Aux HCL, une formation appelée «Programme Interprofessionnel Managérial" s'adresse ainsi depuis cinq ans à l'ensemble des cadres intermédiaires : cadres soignants, mais aussi techniques, médico-techniques et administratifs. Son objectif est d'accompagner les projets d'une quinzaine de cadres par an dans leur service, en une quinzaine de jours répartis sur six mois, et incidemment de faire se rencontrer différents corps de métiers. On peut imaginer une formation au management encore plus largement pluridisciplinaire, qui s'adresserait à des cadres intermédiaires et supérieurs, à des cadres de direction et à des médecins. Dans leur Rapport sur la modernisation de l'hôpital public et de sa gestion sociale, Messieurs Debrosse, Perrin et Vallancien préconisent une collaboration plus forte entre l'encadrement intermédiaire et les médecins : des formations ponctuelles communes permettraient de favoriser cette collaboration.

La direction peut donc s'appuyer sur une politique de formation pour aider les cadres à se positionner dans l'institution.

3.1.2 La reconnaissance par une écoute et une information institutionnalisées et un véritable projet social pour les cadres

- A) Des lieux d'écoute et d'information institutionnalisés : les exemples des CHU de Lille et de Bordeaux

Les cadres relaient dans les services la politique institutionnelle. Il est donc essentiel qu'ils en soient bien informés, que les décisions, les choix stratégiques qui les concernent leur soient bien expliqués. Au CHU de Bordeaux²², à l'issue d'une négociation avec le collectif des cadres instauré lors du mouvement national de grève des cadres de santé de mars 2001, un **Comité Consultatif des Cadres** a été mis en place, pour répondre à la demande principale des cadres d'être mieux informés par la direction. Les cadres ressentaient un décalage entre le discours de la direction, qui les valorisait, et la façon dont la même direction les tenait informés. Le collectif des cadres jugeait que l'information qu'ils recevaient était tardive et incomplète ; l'essentiel de l'information leur arrivait par l'intermédiaire des syndicats ou par « radio-couloir ». Le comité, né en octobre 2001, fonctionne toujours aujourd'hui. Ce groupe de réflexion permanent sur l'information des cadres a été placé auprès du directeur général et non auprès du conseil d'administration comme le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou le Comité technique d'établissement (CTE), pour éviter les ambiguïtés à l'égard des représentants du personnel. Le comité se réunit sur convocation du directeur général, au moins quatre fois par an, et il est animé par le directeur général adjoint, les trois directeurs de sites, la coordinatrice des soins et le directeur des ressources humaines. Lors de la réunion, les projets qui auront une influence sur la vie des services sont inventoriés et hiérarchisés. Ce n'est pas un comité qui reçoit de façon privilégiée l'information de la direction générale, ce qui aurait créé un filtre supplémentaire, mais une instance de travail sur les modalités les plus adaptées pour informer les cadres de ces projets. Le comité recherche, parmi les vecteurs d'information existant (CHSCT, CTE, Commission du Service de Soins infirmiers, conseils de service, messagerie Intranet), le vecteur ou l'instance la plus adaptée à l'information à délivrer. Le comité comprend onze cadres, pas seulement des cadres de santé mais aussi des cadres administratifs et techniques, tirés au sort au sein de onze collègues. Les comptes-rendus des séances sont diffusés par mail à l'ensemble des cadres du CHU. Ce comité permet d'améliorer l'information des cadres ;

²² HERIAUD A, VIGOUROUX P, Le comité consultatif des cadres du CHU de Bordeaux, *Revue Hospitalière de France* no 487, 2002, p.5255

au-delà de son rôle informatif, ce dialogue régulier et institutionnalisé est une forme de reconnaissance par la direction de l'importance du rôle des cadres. Deux ans après sa mise en place, le fonctionnement du comité a légèrement évolué : désormais le comité permet surtout d'évoquer les tracasseries quotidiennes directement avec le directeur général adjoint (DGA). En fonction de l'ordre du jour, le DGA prend des dispositions, apporte des embryons de solutions ; les comptes-rendus des réunions sont toujours diffusés par mail à l'ensemble des cadres.

Cette idée d'une liste de diffusion comprenant l'ensemble des cadres de l'établissement nous semble très pertinente pour favoriser le partage de l'information et la constitution d'un « groupe-cadres ». Nous avons pu remarquer qu'aux HCL, en l'absence d'un tel système de « e-groupe » ou liste de diffusion électronique, les cadres ne sont pas au courant de projets pour la validation desquels certains de leurs collègues de sites ont été sollicités (notamment pour le projet Tempo) ! Il semble judicieux de mettre en place un « e-groupe cadres », au contenu alimenté par les comptes-rendus d'expériences des cadres et leurs questions à leurs collègues. **La constitution d'un tel « e-groupe cadres »**, techniquement simple à réaliser quand on dispose d'une messagerie Intranet, permettrait d'améliorer la fluidité de l'information au sein de l'institution et du corps des cadres, valoriserait les efforts de la direction pour consulter les cadres et faciliterait l'appropriation des projets par les cadres.

Au CHU de Lille également, suite aux négociations autour de la mise en place de la réduction du temps de travail, le dialogue entre la direction et les cadres a été renforcé²³ : un collectif cadres réunissant une dizaine de cadres s'est spontanément créé en 2002, en marge des syndicats. Après une rencontre avec le secrétaire général du CHU, le collectif s'est organisé en deux groupes de travail, l'un portant sur la logistique, l'autre sur les ressources humaines. Le dialogue avec le DRH s'est institutionnalisé : après une première rencontre entre le groupe de travail des cadres et le DRH en mai 2002, a été décidée la création d'un collectif de cadres sur les ressources humaines, qui pourrait devenir en 2004 un « **Espace de Concertation des Cadres** ». Ce comité est chargé d'alerter le DRH sur les difficultés des cadres, liées notamment à la mise en œuvre de projets. Une rencontre du DRH avec ce comité a été programmée tous les 3 mois. Le DRH rencontre également toutes les six semaines les cadres supérieurs du CHU. Afin d'impliquer fortement les cadres dans la gestion de la vie hospitalière, il a été décidé de favoriser la construction de projets par les cadres, et de laisser le cadre animateur du projet en rapporter la teneur au collège des cadres supérieurs. Ainsi, le collectif de cadres a exprimé l'insatisfaction des cadres sur les dispositifs de réintégration des agents

²³ entretien avec B.DONIUS, directeur des ressources humaines du CHRU de Lille

après des congés de longue durée. Le DRH et le comité de vigilance des cadres ont décidé d'entamer une mission d'audit sur ces dispositifs de réintégration, audit animé par les cadres. Le cadre animateur rapportera le fruit de leurs réflexions devant le collègue des cadres supérieurs.

Il semble donc que certains EPS ont entamé une politique d'implication des cadres dans la gestion de l'établissement. Cette politique peut dépasser la recherche de l'implication des cadres dans un projet particulier pour être plus globale : on peut développer, comme s'y emploie le CHU de Lille, un projet social propre aux cadres.

B) Un véritable projet social pour les cadres : l'exemple de Lille

A Lille par exemple, une politique globale et ambitieuse envers les cadres se développe : on en voit le signe dans le projet social d'établissement qui est en cours d'élaboration, avec un volet du projet qui s'adresse spécifiquement aux cadres.

La méthode d'élaboration du projet elle-même traduit le souci d'associer les cadres au processus. Le projet social a été construit en trois temps.

Dans un premier temps, un diagnostic de la situation des cadres au sein du CHU a été posé. Au sein du comité de pilotage, constitué d'un tiers de cadres, d'un tiers de partenaires sociaux et d'un tiers de partenaires institutionnels (médecins, directeurs), un groupe d'analyse de huit personnes a dressé le diagnostic en termes de forces-faiblesses- opportunités et menaces. Puis les syndicats ont été appelés à contribuer au diagnostic. Enfin, le diagnostic a été complété grâce à l'envoi à l'ensemble du personnel de questionnaires nominatifs portant sur leur perception de la politique sociale actuelle et sur leurs attentes. Les cadres ont reçu un questionnaire particulier²⁴. Ces données ont été agrégées, et restituées au personnel.

Dans un deuxième temps, la stratégie pour 2004-2008 a été élaborée.

Enfin, la troisième étape est l'élaboration opérationnelle du projet social (avec un échéancier).

Les cadres se voient donc consacrer un volet du projet social, et ils ont été largement participatifs dans cette démarche : associés dans le comité de pilotage du projet aux côtés des directeurs, des médecins et des organisations syndicales, ils ont ensuite été directement consultés par questionnaire (avec un taux de réponse de 45%). Les résultats de ce questionnaire²⁵ leur ont été restitués de façon nominative et en assemblée générale

²⁴ cf. annexe 5, élaboration du projet social 2004-2008 du CHU de Lille, questionnaire spécifique destiné aux cadres

²⁵ cf. annexe 6, principaux résultats de l'enquête auprès des cadres du CHU de Lille

de cadres. Ils participent maintenant à la mise en forme du projet social. Un symbole de la reconnaissance accordée aux cadres est le choix d'un cadre comme rapporteur du projet social du CHU.

Ce recueil des attentes des cadres a permis d'élaborer un volet du plan social propre aux cadres : le projet social comporte une cinquantaine d'actions, dont une quinzaine concernent uniquement les cadres. On peut citer, parmi ces actions, l'élaboration d'un Schéma Directeur de l'Emploi, pour anticiper les recrutements difficiles dont font partie les recrutements de cadres ; ce Schéma conduira à chercher le développement des ressources rares, ce qui peut signifier essayer de réduire les taux d'échec aux Ecoles de Cadres, notamment en associant les cadres du CHRU au projet pédagogique des écoles. Une autre action, qui vise à promouvoir la définition de parcours professionnels individualisés pour les cadres, est la mise en place d'entretiens- carrière tous les quatre ans pour l'ensemble des cadres. En ce qui concerne la formation au management, le CHRU de Lille propose d'offrir la possibilité aux cadres de suivre des actions de développement des compétences managériales qui associent les cadres, les directeurs et le corps médical. Cette formation est doublement intéressante : elle forme au management mais rompt aussi le cloisonnement entre professions. Elle semble un excellent moyen de reconnaître aux cadres le statut de partenaires institutionnels. Enfin, le projet social de Lille comporte des actions qui visent à aider les cadres à se positionner dans le processus de décision du CHRU. On y retrouve des idées que l'on a déjà évoquées, ce qui confirme le fait que cette problématique d'une meilleure association des cadres à la vie institutionnelle est partagée par de nombreux établissements : « créer un système structuré de consultation des cadres en amont de la prise de décisions définitives » ; « mettre en place un système structuré de communication interne à destination des cadres, diffuser un support écrit d'information sur l'actualité des différentes directions opérationnelles », ce qui se rapproche de la proposition de création d'un « e-groupe » pour les cadres.

3.2 Combattre le cynisme organisationnel des cadres dans le contexte du management par projet

Le cynisme organisationnel est un concept développé depuis quelques années par les sociologues, notamment A. Reichers²⁶, qui enrichit le découpage traditionnel du social en trois groupes : ceux qui adhèrent (*loyalty*), ceux qui s'expriment et s'opposent (*voice*) et ceux qui démissionnent ou s'excluent (*exit*). Le cynisme organisationnel ajoute une quatrième catégorie à cette typologie : les « cyniques » adoptent une attitude de retrait en usant de l'ironie ou ne s'expriment pas du tout. Le cynisme organisationnel est alimenté par plusieurs facteurs : la prolifération de projets non cohérents ni coordonnés, le sentiment que la réorganisation permanente devient un mode de management et le constat que de nombreuses décisions relèvent de la perméabilité aux effets de mode.

Nous allons montrer que certains de ces facteurs sont présents dans les hôpitaux comme dans les entreprises, en prenant l'exemple des HCL (3.2.1), puis nous allons présenter des moyens d'éviter le développement du cynisme organisationnel chez les cadres de santé (3.2.2).

3.2.1 Le management par projets entre théorie et réalité aux HCL

A) Le support théorique de la démarche projet aux HCL

Les HCL fonctionnent aujourd'hui sur le mode du management par projets. La référence théorique de ce mode de management aux HCL est principalement le livre coécrit par le précédent directeur général des HCL, F.Grateau, qui s'intitule *Le management stratégique hospitalier*²⁷.

Relevons deux éléments de cette théorie du management stratégique :

- ✓ Le management stratégique consiste à faire partager aux acteurs le « savoir sur l'avenir » grâce à une veille stratégique, ce qui permet aux acteurs de partager la même rationalité, et limite le risque de micro-décisions sans perspective d'ensemble. Un établissement qui pratiquerait le management stratégique subirait

²⁶ REICHERS A et alii, Understanding and managing cynism about organizational change, *Academy of Management Executive*, 1997

²⁷ CREMADEZ M, GRATEAU F, *Le management stratégique hospitalier*, Interéditions, 2è édition 1997

moins les luttes de pouvoir internes qui débouchent sur des successions de projets non cohérents, non liés stratégiquement.

- ✓ Pour remplir les conditions de réussite d'un projet, les chefs de projet doivent s'assurer de sa compréhension et de sa recevabilité en « associant les paramédicaux aux orientations stratégiques ». L'appropriation du projet par les acteurs nécessite du temps. Il y a « besoin d'une coordination formelle au sein de la technostructure ».

Or, nous pouvons constater un décalage entre ces hypothèses théoriques et préconisations et la réalité.

- B) Le constat d'un déficit dans la prise en compte de l'opportunité temporelle des projets et un manque de hiérarchisation des priorités.

F. Grateau et M. Cremadez considèrent en effet dans leur ouvrage qu'un changement stratégique requiert du temps, car il s'agit de respecter la « chronobiologie » de l'établissement. Or, dans un établissement multi sites comme les HCL, les contraintes temporelles peuvent varier selon les sites. Ainsi les Hôpitaux du Nord ont-ils leurs contraintes propres : les relocalisations, les travaux et l'accréditation. Mais la forte centralisation qui se met en place aux HCL laisse une très faible marge de manœuvre aux sites dans le choix des dates de mise en œuvre des projets.

Notre étude sur le planning prévisionnel des projets d'ici 2005 aux Hôpitaux du nord a permis d'établir un plan de charge, qui montre clairement que deux périodes vont être critiques aux Hôpitaux du nord :

- ✓ l'automne 2003: autoévaluation Hôtel-dieu+ formation réglementaire pour Tempo+ formation et mise en place de Stare+ opérations- tiroirs+ transferts à la maternité + arrivée néonatalogie en novembre.
- ✓ le deuxième trimestre 2004 : accréditation Hôtel-dieu+ autoévaluation Croix Rousse+ mise en fonctionnement plate-forme logistique+ relocalisations+ transferts à la maternité+ emménagement dans le Centre de Biologie Nord+ mise en place de Tempo si site pilote.

Il semblerait souhaitable de pouvoir décaler la mise en place de Tempo et de Stare, qui ne se trouvent pas sur le chemin critique d'autres projets, et qui ne sont pas des projets prioritaires (un projet prioritaire est un projet fortement restructurant, dont le coût de mise en œuvre est lourd pour l'institution ; un projet qui nécessite l'embauche de consultants et la mise à disposition de personnel, tel l'ERP, a un coût de fonctionnement journalier qui le rend prioritaire). Mais les projets ne sont pas hiérarchisés et la possibilité n'est pas

donnée aux équipes de direction de sites de jouer leur rôle de planification et de coordination des projets.

La prise en compte des contraintes temporelles des sites est faible dans un grand établissement au mode de fonctionnement centralisé ; cela conduit à négliger la condition principale de réussite d'un projet qui est la variable TEMPS.

Ce constat conduit à l'hypothèse d'un manque d'articulation des niveaux de vision entre les directions centrales et les sites.

- C) Un double problème de coordination : entre les directions fonctionnelles et entre le siège et les sites

L'hypothèse d'un manque d'articulation entre les directions centrales et les sites

Il est normal que les sites, dans un grand CHU, jouent un rôle d'intégrateurs de projets initiés au niveau central pour l'ensemble de l'établissement. Lorsqu'il étudie les structures du management dans un établissement multi site, F. Grateau reconnaît que le « sommet stratégique » doit jouer un rôle d'impulsion qui ne sera efficace que si les directions de sites jouent leur rôle d'intégration²⁸. Dominique Génelot, dans ses réflexions sur le management dans la complexité²⁹, appuie cette théorie des sites intégrateurs. D. Génelot qualifie de complexe un phénomène qu'on ne parvient pas à comprendre et à maîtriser dans sa totalité. L'univers de complexité qu'il décrit s'applique tout à fait à nos établissements hospitaliers, qui se trouvent confrontés à une forte incertitude : l'évolution des techniques médicales est rapide, l'engagement de l'établissement dans tel ou tel segment d'activité requiert des réflexions prospectives fortes dans le domaine de la santé publique et de l'épidémiologie. Les prévisions à l'hôpital sont difficiles à établir, car l'hôpital se trouve au carrefour de l'économique, du social, du politique, du technique, de la démographie et de la santé publique, et cumule la complexité de chacun de ces domaines. La complexité du management d'un hôpital est encore renforcée par son organisation poly-hiérarchique qui fait de la gouvernance d'un hôpital un exercice délicat. Les méthodes de management que D. Génelot propose aux « managers de la complexité » peuvent donc s'appliquer au monde hospitalier. Or, il souligne que l'art de l'organisation en univers complexe est de savoir distinguer et articuler des logiques différentes. Il distingue quatre niveaux de logique de pilotage de l'entreprise : une entreprise complexe a besoin de niveaux de logique, de méthode, de langage et de communication différents. Le premier niveau correspond à une fonction d'exploitation : ce

²⁸ CREMADEZ M, GRATEAU F, op. cit.

²⁹ GENELOT D, Manager dans la complexité, *Travail et méthodes* no547

niveau opère en temps réel par rapport aux opérations qu'elle pilote, elle coordonne les projets et manage directement sur le terrain. Le deuxième niveau assure la fonction de gestion : il orchestre les fonctions d'exploitation, répartit les moyens, communique sur les objectifs et les méthodes. Appliquée à un EPS multi site, les niveaux 1 et 2 de cette organisation sont assurés par les directions de sites. Les sites ont donc un rôle d'« exploitation », ce qui correspond au concept d'« intégration » de M. Crémadez. Les niveaux 3 et 4 de l'organisation proposée par D. Génelot assurent les fonctions d'évolution et de mutation : la fonction d'évolution est une fonction de stratégie, de choix des structures, des investissements lourds en fonction des opportunités émergentes ; la fonction de mutation a une finalité prospective à long terme, elle repose sur la veille technologique et la recherche. On retrouve ces fonctions stratégiques au niveau du siège des HCL, à la direction générale et au Département du Conseil en Stratégie.

La différenciation et la hiérarchisation des logiques d'action sont donc rationnelles et souhaitables dans une grande structure complexe comme un CHU. Si de la confusion demeure entre les domaines et les logiques, les niveaux inférieurs risquent d'absorber le niveau supérieur et l'institution ne sera pas pilotée.

Mais D. Génelot met en garde les décideurs : ces niveaux hiérarchisent des logiques d'action, et non des personnes. Les personnes doivent savoir penser à plusieurs niveaux de logique, varier les points de vue et articuler les niveaux de vision différents. Or, aux HCL, il semble exister un déficit dans l'articulation des niveaux de visions.

L'hypothèse d'un cloisonnement entre les directions fonctionnelles centrales

Le cloisonnement tant critiqué entre directions fonctionnelles des hôpitaux, notamment dans *Le management stratégique hospitalier*, semble reproduit au niveau du siège, voire aggravé car s'y ajoute le cloisonnement siège/sites que nous avons évoqué.

Il manque une structure qui arbitre, qui coordonne les projets : chaque projet est mené par un chef de projet et son équipe- projet indépendamment des autres. Le Groupe Accompagnement (cf partie 2.1.2), dont le rôle est précisément de suivre l'ensemble des projets des HCL, regrette que ses avis ne se voient donner aucun écho. La traduction matérielle de cette prolifération de projets non hiérarchisés ni coordonnés est la pénurie de salles informatiques pour former les agents !

D) Les conséquences du manque de coordination entre les projets

Les conséquences de ce manque de coordination sont multiples :

- ✓ risque de surcharge de travail pour les cadres : le défaut de coordination pénalise les efforts que l'on peut déployer au sein d'une structure de projet pour associer les cadres au projet.
- ✓ abandon des initiatives locales des cadres, débordés par la prolifération des projets institutionnels.
- ✓ non appropriation par les équipes de direction locales des projets. Or, la non adhésion des équipes de direction fragilise la réussite du projet car il est plus difficile à l'équipe de direction de fédérer les cadres de santé autour de projets auxquels elle-même adhère peu.
- ✓ développement du « cynisme organisationnel » des cadres de santé et de direction.
- ✓ risque de défauts techniques. Ainsi, aux HCL, le fait que la gestion du projet ERP soit totalement cloisonnée de la Direction des Systèmes d'Information risque de se traduire par une ergonomie défectueuse du poste de travail, avec des codes d'accès différents pour les différentes fonctions.

Cependant, ce défaut de coordination que nous avons pu remarquer aux HCL, et que de nombreux interlocuteurs ont souligné, n'est pas spécifique à cet établissement. Il semble caractéristique de la majorité des CHU : S. Lucas critique l' « absence de cohérence des CHU »³⁰; et plus largement des grandes entreprises : B.Nicolas, dans les *Annales des Mines*³¹, constate que les projets d'organisation prolifèrent, « sans qu'ils soient nécessairement cohérents entre eux ou sans que leur cohérence soit suffisamment expliquée ». Il donne l'exemple d'un grand groupe où un service d'établissement se trouve à la fois impliqué dans un projet local de long terme portant sur son organisation, une démarche ISO 9000 locale, des projets d'autres services de l'établissement et des projets du groupe (ERP et réductions d'effectifs).

Comment mieux penser et organiser les projets ?

30 LUCAS S, HART J., Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres, éd. Lamarre, 2003

³¹ NICOLAS B, Gestion des projets d'organisation et cynisme : quels outils au service du changement ? *Annales des Mines, Gérer et comprendre* no 60, juin 2000

3.2.2 Mieux penser les projets d'organisation

La multitude de projets qui se développent dans les établissements hospitaliers soulève deux difficultés :

- ✓ Une difficulté temporelle : comment consacrer des moyens suffisants, notamment humains, à tous les projets et à l'activité « normale » ? (ou comment éviter les injonctions paradoxales faites aux cadres)
- ✓ Une difficulté organisationnelle : comment garantir une cohérence et des synergies entre les projets ?

Nous avons commencé à répondre à la première difficulté dans notre deuxième partie, en préconisant les modes de participation des cadres les plus pertinents, les moins consommateurs de temps ; recherchons maintenant en amont des projets, dans la structure même de l'institution et ses modes de fonctionnement, des méthodes pour limiter ces difficultés en pensant mieux les projets : il s'agit de mieux coordonner les projets et de les évaluer sérieusement pour éviter leur prolifération abusive.

A) Mieux coordonner les projets

Nous avons montré que la coexistence de projets est souvent méconnue des chefs de projets, seuls les acteurs locaux en sont conscients : il importe donc de renforcer la coordination entre les projets au plus haut niveau de l'institution. C'est au niveau de la direction générale que la hiérarchisation des projets doit être établie, que des choix doivent être faits, pour ne pas laisser se révéler les problèmes sur le terrain, quand les projets arrivent en phase opérationnelle au goulot d'étranglement que forment les cadres de santé.

On peut imaginer une instance de coordination de type « Groupe Accompagnement » tel qu'elle existe aux HCL, mais en présence de la direction générale ou sous son arbitrage direct.

Appelons cette instance le Groupe de coordination.

GROUPE DE COORDINATION		
Composition	Mode de fonctionnement	Rôle
<ul style="list-style-type: none"> • Directeur ou DG ou son représentant • DRH ou son représentant • Un représentant du service formation • Un représentant de l'équipe de direction de chaque site si EPS multi site • Coordonnateur ou Directeur des Soins • Cadres supérieurs • Directeur du Système d'Information ou son représentant • Ingénieur informaticien • Responsables projets Utilisateurs ou leurs équivalents • Chefs de projets 	<p>Fréquence de réunion trimestrielle (à adapter en fonction du nombre et de l'importance des projets)</p> <p>Convocation des chefs de projets, quel que soit l'état d'avancement du projet</p> <p>Présentation par 2 ou 3 chefs de projets des objectifs/contenu/coût/ impacts/ planning de déroulement/ état d'avancement de leur projet</p> <p>Questions de l'ensemble des participants et présentation des contraintes de chaque service (formation, informatique) et de chaque site.</p> <p>Compte-rendu des décisions diffusé à l'ensemble des cadres de direction et cadres supérieurs ; conséquences pour les cadres exposées sur le « e-groupe » cadres ou en réunion de cadres</p>	<p>Instance de coordination entre les directions fonctionnelles et les chefs de projet, arbitrée par le directeur (ou DG)</p> <p>Prévisions : plan de charges pour les services (formation, informatique et RPU) et pour les sites</p> <p>Prises de décisions : arbitrage entre projets si incohérence temporelle ; reports ou renforts accordés à certains services ou sites</p>

B) Développer une politique d'évaluation des projets

L'évaluation des projets doit avoir lieu à trois moments : en amont du projet, en cours de projet et en aval.

En amont du projet, il faut éviter de s'engager dans des changements coûteux et aléatoires quant à leurs effets : gare à la logique du changement perpétuel. Certes, un projet de réorganisation est censé apporter des bénéfices à l'institution et il permet d'affirmer la position de décideur, voire de visionnaire, des managers, mais la logique de changement perpétuel est en contradiction avec le principe, démontré par la recherche en gestion, qu'une organisation retire une part importante de son efficacité de la stabilité de ses structures. Essayons donc de hiérarchiser la priorité des changements en fonction de calculs avantages/risques. Tout changement et tout essai d'amélioration comporte des risques ; ce qui importe est d'essayer de les évaluer pour se donner les moyens de prendre des décisions rationnelles.

En cours de projet, l'évaluation est couramment mise en œuvre et elle s'apparente souvent à un suivi d'activité ou d'avancement du projet. Consulter régulièrement les cadres « de terrain » améliore l'information sur le projet et peut permettre de réorienter le projet.

En aval, l'évaluation pose le problème de la mise en cause de la décision, mais elle est nécessaire, et sa communication permet de répondre aux critiques des « cyniques ».

L'ensemble du processus d'évaluation permet de lutter contre la tentation de laisser se multiplier des projets qui se révèlent de qualité variable et difficiles à coordonner.

3.3 Cerner précisément les missions des cadres : chacun son rôle à l'hôpital pour une efficacité globale

L'enquête menée préalablement au congrès de l'Union Hospitalière du Sud-Est d'octobre 2003 a montré, au travers de questionnaires remplis par 73 cadres de santé, que ceux-ci ont des difficultés à cerner précisément leurs missions, ce qui cause un malaise dans la profession. Il est donc important de bien définir les missions que l'on attribue aux cadres, de veiller à ne pas en ajouter continuellement sans contrepartie, et de chercher à alléger certaines de leurs tâches.

3.3.1 Rechercher un allègement de la charge de travail des cadres

L'élaboration d'une fiche de poste type pour les cadres de santé permet de prendre conscience de l'étendue des tâches qui reposent sur les cadres. La contrainte temps est forte chez les cadres, qui se sentent tiraillés entre des obligations professionnelles multiples et parfois contradictoires : prendre part à des projets transversaux mais ne pas négliger son unité de soins, tel est le paradoxe auquel ils doivent faire face. Il semble donc judicieux de rechercher parmi les multiples tâches qu'ils accomplissent celles dont on pourrait les soulager. Les cadres interrogés dans le cadre d'un travail de recherche³² se plaignaient de trois points :

- ✓ être sans cesse interrompus dans leur tâche, par le téléphone ou par des demandes continues des agents
- ✓ l'inadaptation des services logistiques à l'organisation d'une unité de soins
- ✓ un glissement de tâches qui alourdit leur charge de travail. Un cadre ironise : « je suis vagemestre, architecte, hôtesse d'accueil, secrétaire ». Une partie de temps de travail des cadres est consacré à des tâches de gestion administrative courante qu'ils pourraient déléguer : prises de rendez-vous, commandes de transport notamment.

Des solutions sont envisageables.

Pour améliorer leurs conditions de travail, les doter d'un **bureau personnel** d'une surface correcte est un point important. Cela leur permet de s'isoler pour mener à bien des

³² HUGUET MF, Contribution des outils du management socio-économique à l'efficacité de la fonction de cadre infirmier à l'hôpital, *mémoire de DEA de gestion socio-économique des entreprises et des organisations*, 1994.

activités qui nécessitent une réflexion. Cette mesure a été appliquée à la Croix rouge suite au travail de recherche sus cité.

Les services logistiques doivent s'adapter aux services de soins et améliorer leurs prestations. Les HCL mènent d'importants projets en ce sens, notamment autour du processus de la commande de produits hôteliers (projets ERP et plate-forme logistique), prochainement des produits pharmaceutiques (une deuxième plate-forme est envisagée pour 2007), et des commandes de transports.

Quant à la délégation de certaines tâches, elle représente une piste qui pourrait apporter des bénéfices pour l'institution. Le chercheur du mémoire cité ci-dessus préconisait d'adjoindre des secrétaires aux cadres de santé, afin de les décharger de certaines tâches de gestion quotidienne. Ce faisant, le risque est que les secrétaires soient rapidement accaparées par les médecins. Une autre solution pourrait être de « recycler » des aides soignants ou agents des services hospitaliers fatigués des travaux physiques (souffrant de dorsalgies par exemple) en **assistants administratifs des cadres**. Ce reclassement nécessiterait une formation des aides-soignants au travail administratif.

Il faut également veiller à ce que des tâches qui relèvent de la responsabilité médicale ne soient pas déléguées aux cadres, notamment lors des formations aux nouveaux outils informatiques : faut-il former les cadres à l'utilisation d'un logiciel de transmission de résultats d'examens, théoriquement destiné aux médecins ?

Notre réflexion vise à alléger la charge de travail des cadres : dès lors, que penser de la délégation de gestion qui a lieu dans le cadre de la contractualisation interne ? Comment l'appréhender pour qu'elle ne rende pas encore plus difficile et lourde la fonction de cadre ? Ne nécessite-t-elle pas de repenser la fonction de cadre à l'hôpital ?

3.3.2 Comment répartir les compétences dans le cadre de la contractualisation interne ?

A) Les limites de la délégation de gestion aux cadres

Certains cadres réclament d'avoir plus de pouvoir administratif. Une délégation de gestion est envisageable dans un contexte de contractualisation interne. Mais jusqu'à quel point est-il pertinent de déléguer aux cadres des unités de soins des responsabilités de gestion ? Prenons l'exemple du domaine de la gestion des ressources humaines, et plus précisément du recrutement : déléguer aux cadres le pouvoir de recruter leur personnel peut se révéler une délégation non pertinente.

C'est tout d'abord une décision contradictoire avec la nécessité d'alléger leur charge de travail.

Il existe d'autres moyens de donner du sens à leur travail : nous avons proposé des méthodes pour mettre en place une gestion participative des projets qui permette d'impliquer les cadres dans les projets et de leur faire partager les objectifs de l'institution. Enfin, les cadres n'ont pas une vision globale de l'institution. Il semble important de conserver une cohérence institutionnelle pour préserver l'intérêt général de l'institution. La délégation de l'ensemble de la procédure de recrutement illustre le danger d'une délégation totale. A l'hôpital Karolinska de Stockholm, qui fonctionne sur un mode très fortement décentralisé depuis plus de dix ans, chaque clinique embauche son personnel. La Suède subissant aussi une pénurie de personnel soignant, le processus a dysfonctionné car les cliniques se sont livrées à une surenchère pour attirer les candidats : la procédure de recrutement a dû être partiellement recentralisée, du moins l'aspect rémunération. Certes, dans les hôpitaux publics français les rémunérations sont fixées réglementairement, donc ce scénario n'aurait pu avoir lieu, mais il permet simplement d'illustrer la mise à mal de l'intérêt général par une délégation non contrôlée de pouvoirs administratifs aux unités de soins. Comment déléguer des responsabilités aux unités de production de soins sans nuire à l'intérêt général de l'établissement ?

B) Une répartition des rôles entre direction et cadres de proximité

Poursuivons l'exemple de la gestion des ressources humaines.

Les processus de gestion de ressources humaines (recrutement, formation, gestion des plannings, évaluation, sanctions...) impliquent toujours à la fois la direction des ressources humaines et les cadres. Optimiser les processus ne signifie pas déléguer le maximum aux unités de soins pour responsabiliser les producteurs de soins, mais rendre chacun responsable de ce pour quoi il est le plus à même de décider. Cela passe par une étude fine des processus (qui fait quoi ?) pour relever les aller-retour inutiles entre direction et cadres, et différencier les décisions que les cadres ont les moyens de prendre de celles qui nécessitent un contrôle ou une harmonisation du DRH. Pour le projet Tempo, cette étape de l'analyse des processus s'est vue donner toute son importance, pour pouvoir ensuite établir ce qui pouvait être délégué aux cadres, et ce qui devait au contraire relever d'une décision du DRH. Suivons le principe de subsidiarité en ce qu'il signifie « rendre responsable les acteurs au niveau le plus pertinent » et non pas toujours « rendre responsables les acteurs de proximité ». Il ne s'agit pas de demander aux cadres de développer des compétences qui sont déjà détenues par le bureau du personnel ou le DRH : ainsi un recrutement réussi demande t'il des connaissances qui n'appartiennent pas au champ de compétences des cadres (connaître la situation globale de l'établissement pour s'inscrire dans la gestion prévisionnelle des emplois et des

compétences, tenir compte des contraintes financières, appliquer le réglementaire, mener l'entretien d'embauche). La décision de recrutement doit donc appartenir au DRH. Mais les cadres peuvent être associés à certaines étapes de la procédure, notamment dans la rédaction de la fiche de poste.

Dans le cadre de ces délégations partielles de compétences, la direction des ressources humaines garde un rôle fondamental : elle assume la dimension stratégique de la gestion des ressources humaines, un rôle d'expert, de gardien de l'intérêt général et de respect du réglementaire. Mais lorsque des tâches nouvelles sont confiées aux cadres, le bureau du personnel doit développer de nouvelles activités, devenir prestataire au service des cadres : il doit être capable de fournir aux cadres de la méthodologie pour élaborer les plannings ou pour conduire un projet.

Les services de la direction peuvent donc s'adapter pour soutenir des cadres auxquels certaines compétences ont été déléguées. Mais une délégation de compétences aux cadres de santé ne peut qu'accroître leur charge de travail si l'on ne réorganise pas plus largement la fonction de l'encadrement à l'hôpital.

3.3.3 Réorganiser l'encadrement intermédiaire à l'hôpital

Le diagnostic posé dans ce mémoire est l'agrégation de couches successives de responsabilités confiées aux cadres de santé ces dernières années, agrégation aujourd'hui devenue trop lourde pour les cadres : un choix est nécessaire. Si la direction n'établit pas de choix, les cadres risquent de s'épuiser (situation de « burnout ») ou d'établir eux-mêmes des choix parmi leurs missions, choix individuels qui ne correspondront pas nécessairement aux besoins collectifs de l'institution.

La contractualisation interne est bien une manière de responsabiliser les producteurs de soins, mais elle ne peut que rendre encore plus complexe la tâche des cadres à l'hôpital si l'on ne repense pas l'organisation de la fonction d'encadrement.

Après des entretiens avec B. Donius, DRH du CHU de Lille et encadrant de ce mémoire, et R. Garito, directeur aux HCL, il nous semble qu'une double nécessité est à intégrer dans les projets de réorganisation des fonctions d'encadrement à l'hôpital : à la fois spécialiser les cadres et élargir les compétences de l'encadrement intermédiaire.

Nous parlons bien de « cadres », et non uniquement de « cadres de santé ».

La notion de cadre de santé est un premier pas vers l'ouverture du recrutement des cadres : désormais un agent médico-technique peut devenir cadre de santé, au même titre qu'un infirmier. Théoriquement, un agent de la filière médico-technique peut donc devenir cadre de santé d'une unité de soins, ce qui offre un premier élargissement des

compétences des cadres. Cependant, la « consanguinité soignante » dont parle B.Donius demeure : l' Ecole des Cadres forme des agents, soignants, techniques ou médico-techniques certes, mais tous issus des unités de production de soins ou d'activités support à l'hôpital.

Il semble important de rompre ce schéma traditionnel.

Spécialiser les cadres, cela signifie recentrer les cadres de santé sur leurs missions de prise en charge soignante, et cela passe par une ouverture à d'autres compétences au sein d'une équipe d'encadrement pluridisciplinaire. On peut imaginer un schéma où une équipe d'encadrement pluridisciplinaire, composée d'un cadre supérieur, de trois cadres de santé et d'un cadre administratif prenne en charge quelques unités de soins, quatre ou cinq en fonction de leur taille. Il s'agit de former un pôle qui offre la taille critique suffisante pour permettre sa gestion par une telle équipe pluridisciplinaire, environ 150 lits.

Le cadre administratif pourrait être un attaché d'administration hospitalière, éventuellement muté d'une direction qui libère du personnel grâce à sa réorganisation (automatisation de certaines tâches grâce à des logiciels informatiques comme TEMPO ou ARES CHRONOS pour la gestion des plannings). Il s'occuperait de la gestion des ressources humaines et des fonctions logistiques ; de la gestion du budget si l'hôpital est organisé autour de principes de contractualisation interne.

Les cadres de santé eux- même pourraient se spécialiser : au lieu d' être responsables d'une unité de soins au sein du pôle, on peut imaginer qu'ils travaillent de façon transversale sur un pôle, l'un spécialisé dans la gestion des ressources humaines en partenariat avec le cadre administratif, l'autre dans la structuration de l'offre de soins, l'autre sur la gestion des risques et la qualité de prise en charge par exemple. Poursuivons cette idée de la spécialisation des cadres de santé : nous avons montré que ce métier fait appel à des compétences très diversifiées. En ce qui concerne la partie « management » du métier, tous les cadres n'ont pas la même position : certains préfèrent gérer le quotidien, d'autres sont plus intéressés par la mise en place de restructurations, de changements importants. Pourquoi ne pas rendre plus lisible cette variété de fonctions au sein du corps des cadres de santé ? L'expérience montre que la direction fait souvent appel aux mêmes cadres pour participer aux groupes- projets : les risques de cette pratique intuitive sont d' épuiser ces cadres, de ne pas capitaliser leur expérience et de ne pas favoriser l'émergence de nouveaux cadres prêts à accompagner le changement. Il semblerait intéressant pour les cadres et pour l'institution de constituer un groupe de cadres spécialisés dans le management du changement et sa mise en œuvre, formation à l'appui. Ce groupe serait un pool dans un grand établissement, ou quelques individualités dans un hôpital de taille plus modeste. Ces cadres développeraient ainsi une expertise dans la conduite du changement, et aideraient les équipes paramédicales et médicales à se restructurer. Ils apporteraient un appui aux

unités en restructuration (par exemple pour la mise en place de consultations centralisées dans un établissement multi-site), sur une durée variable selon l'importance du changement : cette durée doit être prédéfinie et suffisante pour qu'ils ne se limitent pas à du conseil mais qu'ils aillent jusqu'à la mise en œuvre opérationnelle du changement.

Le statut de la fonction publique permet des souplesses : ce groupe de cadres spécialisés dans le changement pourrait être reconnu à travers une fonction et un titre particuliers, comme l'a montré aux HCL l'exemple des Conseillers Formation Carrière, fonction créée voici une dizaine d'années, aujourd'hui reconnue dans l'institution. Un autre avantage de cette nouvelle fonction clairement identifiée serait d'offrir une perspective de carrière personnalisée aux cadres, en fonction de leurs priorités. Cette spécialisation des cadres de santé prend progressivement corps : nous avons évoqué dans ce mémoire quelques exemples de cadres aux fonctions transversales ; ils préfigurent ce qui pourrait devenir un groupe de cadres spécialisés dans la conduite du changement.

Pour apporter des solutions aux difficultés des cadres de santé, il importe de resituer le problème dans un champ plus large qui est l'encadrement intermédiaire à l'hôpital. La structuration de cet encadrement doit être modernisée pour répondre plus efficacement aux attentes de la direction et permettre aux cadres de santé de se recentrer sur leur mission principale de prise en charge soignante.

La construction d'un partenariat efficace avec les cadres de santé peut passer par la contractualisation interne, pour responsabiliser les unités de production. Mais le choix de cette forme d'organisation ne doit pas faire tomber l'institution dans l'excès inverse qui entraînerait une surcharge de travail pour les cadres, une mauvaise répartition des tâches en fonction des compétences et une perte d'efficacité globale de l'établissement. Ne perdons pas de vue le fait que les cadres sont une ressource rare. Multiplier leurs responsabilités n'est alors pas la meilleure façon d'en faire des partenaires : mieux vaut travailler à reconnaître leur expertise et à les associer aux démarches menées par la direction ; ajuster la répartition des tâches entre direction et cadres si cela donne plus de sens et d'efficacité aux actions de chacun ; et imaginer une nouvelle organisation de l'encadrement intermédiaire pour enrichir nos compétences et répartir plus efficacement nos ressources humaines à l'hôpital public.

3.4 Guide pratique : comment développer un partenariat efficace avec les cadres de santé ?

MISE EN PLACE ET EFFETS ATTENDUS A :	MESURES	ACTEURS de la mise en œuvre	COÛT de la mesure
COURT TERME (6 mois)	<p>Recrutement : fiche de poste de cadre de santé</p> <p>Communication : mise en place d'une liste de diffusion spécifique aux cadres sur la messagerie interne (« e-groupe cadres »)</p>	<p>DRH, DS, cadres supérieurs</p> <p>Informaticiens, puis RPU ou équivalent pour expliquer les fonctionnalités aux cadres</p>	<p>Nul</p> <p>Nul si l'établissement dispose déjà d'un Intranet et si chaque cadre est équipé d'un poste informatique et formé à son utilisation. Si ces conditions ne sont pas remplies, un investissement de l'établissement en informatique s'impose de toute façon, comme pré requis à de nombreux projets de modernisation de la gestion hospitalière.</p>

MOYEN TERME (1 an)	Communication : mise en place d'un contact direct formalisé entre les cadres et la direction (type Comité Consultatif des Cadres ou Espace de Concertation des Cadres)	DRH et directeur d'établissement	Nul : simple investissement en temps
	Formation au management et à la conduite de projets obligatoire et collective : cahier des charges à établir après questionnaire sur les attentes des cadres ; déroulement de la formation ; évaluation individuelle de la formation et retour collectif sur le résultat de l'évaluation	DRH Directeur des soins	Coût moyen d'une formation au management : environ 1400€ la journée de formation (en incluant les coûts de préparation de la journée par le formateur) + coût des journées de travail manquées
	Coordination des projets : instance de coordination présidée par le directeur ou DG de l'établissement, de type Groupe de coordination	Directeur ou DG	Nul, simple investissement en temps de la part du directeur

LONG TERME (3-5 ans)	Evaluation annuelle : grille d'objectifs et entretien annuel de trois quarts d'heure minimum	DRH, DSI et cadres supérieurs ; éventuellement directeur d'établissement si besoin de reconnaissance symbolique	Nul, mais fort investissement en temps du DRH (ou du directeur d'établissement)
	Allègement de la charge de travail des cadres : - par délégation de tâches administratives courantes à des assistants administratifs des cadres -par une réorganisation de l'encadrement intermédiaire	DRH Directeur des soins Directeur DRH Directeur des soins	Coût, par cadre, de 0,5 ETP d'aide soignant reclassé en assistant administratif, soit environ 15 000 € annuels (coût moyen annuel ASD 2002 : 31026 €)
	Implication des cadres dans la gestion de projets institutionnels	Directeur DRH Directeur des soins Cadres supérieurs	Variable selon le degré d'implication recherché : un cadre de santé employé à temps complet sur un projet représente un coût moyen annuel de 52 650€ pour l'établissement (coût moyen annuel 2002)
BOITE À OUTILS POUR UNE GESTION DE PROJET PARTICIPATIVE			

BOITE À OUTILS POUR UNE GESTION DE PROJET PARTICIPATIVE	
EN AMONT DU PROJET	
Objectifs	Moyens
Comprendre la rationalité des cadres et les possibles phénomènes de résistance	Evaluation des impacts du projet sur la charge de travail des cadres Calcul des risques inhérents au projet
Informier (contenu et impacts du projet) et convaincre du bien-fondé du projet	Plan de communication : différencier vecteur et contenu de l'information en fonction de la cible
Mettre en place un relais, coordonnateur entre la direction et les cadres concernés par le projet	Développement de nouvelles fonctions transversales à durée limitée, pour les cadres de santé (type RPU)
Faire participer les cadres au projet pour recueillir leurs besoins, leur expertise et leur assentiment	Définition des modalités de participation des cadres au projet (décision stratégique de la direction) : membre de l'équipe projet, d'un groupe de travail ou simple consultation ponctuelle Association aux moments clés : <ul style="list-style-type: none"> ✓ élaboration du cahier des charges ✓ validation des solutions adoptées
Préparer et faciliter la phase de mise en œuvre du projet	Analyse de l'existant pour faire partager le diagnostic Rédaction d'un guide d'utilisation type « les 10 commandements » Mise en place d'indicateurs de suivi
PHASE DE MISE EN OEUVRE	
OBJECTIFS	MOYENS
Rassurer les cadres	Mise en œuvre dans une unité pilote
Limiter les perturbations pour l'unité de soins	Planification de la mise en œuvre de projet et des périodes de formation
Limiter les dysfonctionnements lors des premières journées de mise en œuvre	Soutien logistique
Capitaliser le savoir	Communication

EN AVAL DU PROJET	
OBJECTIFS	MOYENS
Démontrer les bénéfices retirés du projet	Evaluation sur la base d'indicateurs de suivi Communication du résultat
Assurer l'amélioration du projet et son évolution technique	Recueil de fiches d'incidents critiques par le comité de pilotage ou le groupe projet

CONCLUSION

Les cadres de santé sont un point nodal dans les institutions hospitalières.

La direction a intérêt à s'intéresser de près aux cadres et à leur offrir de bonnes conditions de travail, pour faire évoluer leur positionnement dans l'institution. Etablir un partenariat avec un corps social de cadres conscient de son identité et de son rôle permettra d'enrichir le traditionnel dialogue direction/ syndicats et aura d'autres conséquences positives, que nous résumons dans le tableau ci-dessous.

Faire des cadres des partenaires de la direction qui participent à la vie institutionnelle, cela permet :

D'enrichir le traditionnel dialogue direction/syndicats

D'améliorer la pertinence des projets, en utilisant l'expertise des cadres, et de favoriser leur réussite

De fournir un relais solide à la politique et aux projets de l'institution

De donner plus de sens, plus de perspective au métier de cadre

Par ricochet, de donner de la visibilité aux professionnels de l'unité de soins, dans les deux sens, ascendant et descendant : les renseigner sur la vie institutionnelle, et faire part de leurs attentes.

Pour établir ce partenariat, nous avons présenté la méthode et les outils de gestion de projet qui peuvent être utilisés pour impliquer les cadres de façon pertinente aux projets, puis nous avons dressé l'esquisse d'une politique plus globale pour affermir le positionnement des cadres dans l'institution.

Faire des cadres des partenaires de la direction qui participent à la vie institutionnelle, cela passe par :

Une volonté du directeur de l'établissement de reconnaître et d'écouter ses cadres

Une politique classique de ressources humaines

pour inciter les cadres à s'impliquer dans la vie institutionnelle, au travers d'une politique d'évaluation;

et pour leur en donner les moyens : formation, allègement de la charge de travail des cadres.

Des actions ponctuelles pour concrétiser le partenariat:

implication formelle et réelle des cadres dans les projets institutionnels, à différents niveaux du projet,

et accompagnement des cadres dans le changement en utilisant toute une palette d'outils.

Une politique globale imaginative : création de media d'information, de lieux d'expression et de consultation, réflexion sur l'organisation de l'encadrement intermédiaire.

Adopter une organisation décentralisée, basée sur la contractualisation interne, pour responsabiliser les producteurs de soins et les cadres des unités de production ne dispense pas de se poser des questions sur la plus juste et efficace répartition des tâches et des responsabilités entre la direction et les cadres des unités de production de soins. Qu'un établissement choisisse ou non d'adopter une forme de contractualisation interne, il devrait aujourd'hui soigner particulièrement sa politique envers les cadres de santé, et plus largement envers les cadres intermédiaires, qui sont un enjeu majeur du dynamisme de nos institutions hospitalières.

Bibliographie

TEXTES DE LOI

Décret no 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

ARTICLES

BRAY L., Vanderlieb C. Evolution des pratiques managériales et approche du changement, *Gestions Hospitalières*, p. 101-104, février 2002

BRUGERON J-M., DANOS J-P, L'organigramme de direction, outil privilégié d'un management rénové ? *Gestions Hospitalières*, p. 99-104, février 1998

DE CONINCK F. Les bonnes raisons de résister au changement, *RFG*, no 120, septembre- octobre 1998

DELAVALLEE E. Construire des démarches participatives, *Personnel* no 408, p.50-55, 2000

DUBOYS FRESNEY C. La direction du service de soins infirmiers et la place des cadres, Cahier management « Les cadres hospitaliers : dynamiser le changement » , *Objectif Soins* no 98, 2001

GELINIER O. Le management par projets : ce que doivent savoir les directions générales, *Travail et méthodes*, no 547, 1999

GENELOT D. Manager dans la complexité, Insep, *Travail et méthodes* no et no 547

GIROUX N, GIORDANO Y. Les deux conceptions de la communication de changement, *RFG* no 120

GODELIER E, Le changement dans les entreprises : crise ou mutation ? , *Revue Française de Gestion*, no 120, septembre- octobre 1998

HAEFFNER A-L. Cadres infirmiers et démarche qualité : des managers en mutation, *GH* no 413

HERIAUD A, VIGOUROUX P, Le comité consultatif des cadres du CHU de Bordeaux, *Revue Hospitalière de France* no 487, 2002, p.5255

- KOURILSKY F, La communication, levier du changement à l'hôpital, *Soins, pédagogie encadrement*_no 19, 1996, p.16-20
- LABBE P. Deux ou trois choses à propos des mutations hospitalières et des cadres de santé, dossier « Etre cadre en l'an 2000, réflexion et théorie », *Soins cadres* no 34, p. 4-10,2000
- LUCAS S. Les trois niveaux de management, *Objectif Soins* no98
- MONDON, L'encadrement au centre du changement à l'hôpital, *Le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie*, no 132, p. 39-40, 1999
- NICOLAS B. Gestion des projets d'organisation et cynisme : quels outils au service du changement ? , *Gérer et comprendre*_no 60, p. 13-19, 2000
- PERRIN G, Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui, *Soins cadres* no 34, p.11-15, 2000.
- RAINE S. Changement et résistance au changement dans une unité de soins, *Revue de l'infirmière*, no 11, 1985
- REICHERS A et alii, Understanding and managing cynism about organizational change, *Academy of Management Executive*, vol 11, P. 48-59, 1997
- VILCHIEN D. Les cadres de santé et le changement à l'hôpital, *Les cahiers hospitaliers* no 119, p. 10-12, 1996
- ZAOUI E et al. Le changement à l'hôpital : comment transformer les contraintes en opportunités ? , *Soins cadres* no 36, p.41, 2000

MEMOIRES

- TOUSSAINT E. *L'accompagnement du changement à l'hôpital : méthodes et outils de gestion ; le cas de la création d'un SMA à l'hôpital de la Croix Rousse*, mémoire EDH 2000
- GANS G, *Conduite du changement managérial à l'hôpital : analyse de la création d'une cellule prospective au centre hospitalier intercommunal de Meulan*, mémoire EDH 1997
- HUGUET MF., *Contribution des outils du management socio-économique à l'efficience de la fonction de cadre infirmier à l'hôpital*, mémoire de DEA de gestion socio-économique des entreprises et des organisations, 1994

OUVRAGES

- BARANSKI L. *Le manager éclairé ; piloter le changement*, Editions d'Organisation, 2000
- CREMADEZ M, GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*, Interéditions, 2è édition 1997
- HERNIAUX G. *Organiser la conduite de projet, Propositions méthodologiques pour des situations complexes*, INSEP éditions, 1997
- LIVIAN YF, *Organisation : théories et pratiques*, Dunod, 2 è édition
- LUCAS S, HART J. *Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres*, éd. Lamarre, 2003
- MULLER JL, BURCKEL MF. *Encadrement hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*, Masson, 1999
- TOMAS J-L. *ERP et progiciels de gestion intégrés, Sélection, déploiement et utilisation opérationnelle*, Dunod, 2002

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des entretiens de préparation du mémoire

Annexe 2 : plan de charges pour les cadres des Hôpitaux du nord

Annexe 3 : projet Tempo : cartographie des unités de travail aux HCL, grille de recueil des données sur la situation des cadres et leurs souhaits concernant la gestion des plannings

Annexe 4 : guide d'évaluation des cadres de santé aux Hôpitaux du nord

Annexe 5 : CHU Lille. Elaboration du projet social 2004-2008. Questionnaire spécifique destiné aux cadres

Annexe 6 : CHU Lille. Résultats de l'enquête auprès des cadres

ANNEXE 1 : LISTE DES ENTRETIENS

Nadiège Baille, DRH chef de projet TEMPO à la DPAS

Arnaud Bernadet, directeur du personnel et des affaires sociales (DPAS) des HCL

Mme Blezard, coordinatrice des soins au CHU de Bordeaux (entretien téléphonique)

Lydie Chartier, sage-femme cadre, Responsable Projet Utilisateur aux Hôpitaux du Nord (RPU)

Bruno Donius, directeur des ressources humaines du CHU de Lille

Patrice Farci, directeur des Hôpitaux du Nord

Véronique Faujour, directeur du projet ERP

Marie-Joséphine Fournier, cadre supérieur des hôpitaux du Nord

Richard Garito, directeur au Département de Conseil en Stratégie des HCL

Marie-France Huguet, conseillère conditions de travail aux Hôpitaux du Nord, ancienne RPU

Frédérique Jarlot, chargée de mission pour l'accompagnement du changement, projet ERP

Alain Lefebvre, cadre supérieur des hôpitaux du Nord

Brigitte Luquet, cadre du bloc opératoire de chirurgie générale de la Croix Rousse

Serge Malacchina, DRH des Hôpitaux du Nord

Laurent Raisin-Dadre, directeur du Département de Conseil en Stratégie des HCL, ancien directeur des Hôpitaux du Nord

Janine Renaud, cadre de santé, chargée de mission auprès du directeur adjoint des Hôpitaux du Nord

Serge Volay, informaticien, membre du groupe- projet TEMPO

Thérèse Valette, coordinatrice des soins aux Hôpitaux du Nord

Roger Vigne, DSE des Hôpitaux du Nord

Claudine Volckmann, médecin du personnel de la Croix Rousse

ANNEXE 2 : PLAN DE CHARGE POUR LES CADRES DES HÔPITAUX DU NORD

légende:

- plus la couleur est foncée, plus l'impact de l'opération est lourd pour les cadres: le gris clair signifie que les cadres sont sollicités ponctuellement, le noir qu'ils sont des acteurs majeurs du projet.
- les cases bordées de noir signifient que l'ensemble des cadres est touché en même temps

Les périodes les plus critiques, d'après le plan de charges, sont :

- **l'automne 2003**: auto-évaluation HD+ formation réglementaire pour Tempo+ formation et mise en place de Stare+ opérations-tiroirs+ transferts à la maternité + arrivée néonatalogie en novembre.
- **le deuxième trimestre 2004** : accréditation HD+ auto-évaluation XR+ mise en fonctionnement plate-forme logistique+ relocalisations+ transferts à la maternité+ emménagement dans le CBN + mise en place de Tempo si site pilote.

plan de charge des cadres pour chaque projet

Projet	2003												2004												2005						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	
Accréditation																															
A1 : Hôtel Dieu																															
A2 : Croix Rousse																															
Tempo																															
B1 : site pilote																															
B2 : non pilote et tardif																															
Stare																															
plate-forme																															
ERP																															
T2A																															
relocs																															
F1 : op tiroirs																															
F2 : mater																															
CBN																															

ANNEXE 3 : PROJET TEMPO – CARTOGRAPHIE DES UNITES DE TRAVAIL AUX HCL

Grille de recueil des données sur la situation des cadres et leurs souhaits concernant la gestion des plannings : consignes de remplissage

La cartographie TEMPO a pour objectif d'identifier l'unité de travail et son responsable, d'apprécier la charge de gestion du temps et des plannings et de connaître l'équipement existant.

Définition du responsable : est considéré comme responsable, dans l'optique Tempo, la personne qui est chargée d'une mission d'encadrement et de gestion du temps de professionnels d'un ou plusieurs secteurs d'activité.

LIBELLÉS DE LA GRILLE		CONSIGNES										
Établissement												
Situation à ce jour	Identification unité de travail et responsable	Libellé Unité(s) de travail										
		N° UF rattachée(s)										
		Responsable et fonction	Nom du cadre, faisant fonction ou responsable, sa fonction (<i>une grille par responsable</i>)									
		TEL	Numéro de téléphone et un second si nécessaire									
		FAX	Numéro de fax s'il y a lieu									
		Adresse électronique	répondre NON en cas d'absence d'adresse électronique									
		Nom et coordonnées cadre supérieur	Nom du cadre ou responsable supérieur et son numéro de téléphone									
		Nombre personnes physiques	Nombre de personnes que le responsable a à gérer, tous statuts confondus									
		ETP	Equivalents temps plein, tous statuts confondus									
	Gestion du temps et des plannings	Temps consacré à cette activité (1 à 5)	COTATION									
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>moins d'1 fois par semaine</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>1 fois par semaine</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>plusieurs fois par semaine</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>1 fois par jour</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>plusieurs fois par jour</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>			moins d'1 fois par semaine	1	1 fois par semaine	2	plusieurs fois par semaine	3	1 fois par jour	4	plusieurs fois par jour	5
moins d'1 fois par semaine		1										
1 fois par semaine	2											
plusieurs fois par semaine	3											
1 fois par jour	4											
plusieurs fois par jour	5											
Complexité ressentie de cette activité (1 à 4) Coter le degré de complexité ressentie :	de 1 peu complexe à 4 très complexe		en tenant compte de la diversité des horaires gérés, de l'importance des effectifs, de la diversité des statuts, de l'existence d'astreintes, des variations d'amplitude horaire, du nombre de temps partiels...									
	Utilisation d'un outil informatique O/N si Oui lequel ?	Préciser si support papier ou support informatisé. Dans ce cas, indiquer le nom de l'outil : GESTOR, EXCEL ou AUTRE 1										

Situation informatique	Nombre total postes inform. dans l'Unité	
	Utilisations par équipe	Indiquer les applications utilisées par leur nom générique (GEMA, ARHPEGE, SYCOMOR, SIIPS, CIRUS ...) et les logiciels bureautiques utilisés en précisant : EXCEL, WORD, POWER POINT, ACCESS, NETSCAPE 1
	Nombre postes réservés au responsable exclusivement	
	Utilisations par le resp.	Indiquer les applications utilisées par leur nom générique (GEMA, ARHPEGE, SYCOMOR, SIIPS, CIRUS ...) et les logiciels bureautiques utilisés en précisant : EXCEL, WORD, POWER POINT, ACCESS, NETSCAPE 1
Évolutions souhaitées	REMARQUES ATTENTES SUGGESTIONS	
	Demande matériels: poste micro (seul) imp (seule)	Indiquer : POSTE (correspond à micro + imprimante) ou MICRO ou IMP (imprimante)

ANNEXE 4 : GUIDE POUR L' EVALUATION DES CADRES DE SANTE AUX HOPITAUX DU NORD

Entretien d'une durée de 1h30 à 2 heures, sous forme d'autoévaluation, d'échanges et de perspectives :

- ce qui a "bien marché", ce qui a "moins bien marché", pourquoi ?
- objectifs atteints, objectifs à prévoir,
- méthodes de travail, outils,
- formations suivies, besoins de formation,
- besoins d'accompagnement,

Entretien portant sur les domaines suivants :

Gestion de l'activité de l'unité :

- gestion et organisation de l'accueil, du séjour, de prise en charge des patients,
- contrôle de la qualité des soins.

Gestion des ressources humaines :

- gestion des effectifs
- organisation du travail
- animation d'équipe
- évaluation du personnel
- amélioration des conditions de travail, prévention des risques,
- formation, accompagnement des projets promotionnels et professionnels
- encadrement des étudiants.

Gestion du matériel et des locaux.

Implication dans les projets institutionnels ; activités professionnelles hors institution.

Collaboration et coordination avec les autres partenaires dont les collègues cadres de santé.

Projet éventuel d'évolution professionnelle.

Cette liste n'est qu'un canevas que vous n'avez pas l'obligation de suivre, et elle n'est pas non plus exhaustive

ANNEXE 5 : CHU LILLE ELABORATION DU PROJET SOCIAL 2004-2008
QUESTIONNAIRE SPECIFIQUE DESTINE AUX CADRES

*A retourner par courrier à l'organisme extérieur chargé du traitement grâce à l'enveloppe T, avant
le 18 septembre 2002*

Informations générales

1- Vous êtes ? Cadre animateur d'équipe Cadre-expert Faisant-fonction de
cadre

2- A quelle catégorie statutaire appartenez-vous ? Catégorie A Catégorie B
Catégorie C

3- Vous êtes ? De sexe féminin De sexe masculin

4- Dans quel type de service travaillez-vous ?

Service de soins

Service de rééducation

Service médico-technique

Service administratif

Service technique ou logistique

Service socio-éducatif

Service d'entretien

5- Quelle est votre ancienneté dans la fonction de cadre ?

Moins de 2 ans 2 à 4 ans 5 à 9 ans 10 à 14 ans 15 à 19 ans 20 à 29 ans 30 ans

6- Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

Moins de 25 ans 25-39 ans 40-54 ans 55 ans et plus

7- Quel est votre rythme de travail ? Jour fixe Nuit fixe Roulant
ou alternant

8- Travaillez-vous à temps partiel ? Oui Non

9- Si non, souhaiteriez-vous travailler à temps partiel ? Oui Non

10- Le travail à temps partiel vous paraît-il compatible avec vos fonctions actuelles ?

Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout

Vos conditions de travail

11-Que pensez-vous de la qualité des relations avec les interlocuteurs suivants dans vos fonctions d'encadrement ?

	Très bonnes	Bonnes	Mauvaises	Très mauvai
Avec votre direction	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec votre chef de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les autres médecins de l'unité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec vos collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les autres services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les autres directions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec les syndicats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec la Direction des Ressources Humaines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le Service de Médecine du Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avec le Service Social du Travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (précisez) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12-Estimez-vous avoir les moyens matériels pour exercer vos fonctions d'encadrement ?

Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout

13-Quels sont les moyens matériels qui vous manquent ?

14- La gestion de votre charge de travail vous paraît ?

Très facile Facile Difficile Très difficile

15-Pour quelle(s) raison(s) ?

16-Lorsque vous êtes absent(e) pour quelques jours, quelqu'un vous supplée-t-il dans vos fonctions d'encadrement ?

Totalement En grande partie Partiellement Pas du tout

17-L'organisation et le rythme des réunions auxquelles vous êtes convié(e) sont-ils compatibles avec :

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas d
Les besoins de fonctionnement du service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre vie personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18-L'impact des outils informatiques sur votre charge de travail va-t-il dans le sens ?

d'un allègement d'un accroissement ni l'un ni l'autre

19-Pouvez-vous citer 3 sources principales de pertes de temps dans l'exercice de votre fonction de cadre ?

Vos missions et tâches

20-Vos missions vous paraissent-elles ?

	Très claires	Claires	Obscures	Très obscures
Votre mission d'encadrement d'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vos missions transversales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21-Pourquoi ?

22-Parmi vos tâches d'encadrement, quelles sont les activités plus ou moins faciles ?

	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile
Animation des équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relations avec les syndicats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des horaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des absences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planification et gestion des tâches à réaliser par l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion des postes médicalement adaptés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation des personnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboration du plan de formation continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretiens / Bourse des Emplois Vacants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proposition d'attribution de primes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procédure disciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23-En tant que cadre, que pensez-vous de l'intégration des nouveaux arrivants dans votre service ?

Tout à fait satisfaisante Satisfaisante Pas satisfaisante Pas du tout satisfaisante

24-Pour quel(s) motif(s) ?

25-Les compétences des membres de votre équipe sont-elles adaptées au travail à réaliser ?

Totalement En grande partie Partiellement Pas du tout

26-Le nombre d'agents composant votre équipe est-il en adéquation avec la charge de travail à réaliser ?

Totalement En grande partie Partiellement Pas du tout

27-Menez-vous des entretiens annuels d'évaluation auprès des membres de votre équipe?

Toujours Souvent Rarement Jamais

28-Disposez-vous d'outils pour réaliser cette évaluation ?

Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout

29-Si oui, les outils d'évaluation dont vous disposez vous paraissent-ils ?

Tout à fait satisfaisants Satisfaisants Pas satisfaisants Pas du tout satisfaisants

Votre vécu professionnel

30-Le travail qui vous est demandé a-t-il du sens à vos yeux ?

Toujours Souvent Rarement Jamais

31-Pensez-vous avoir les compétences requises pour exercer la fonction qui vous est confiée ?

Totalement En grande partie Partiellement Pas du tout

32-Pour exercer vos fonctions d'encadrement, disposez-vous d'une information suffisante ?

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout
Information sur les procédures à suivre ou la réglementation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur les projets institutionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information sur l'organisation (qui fait quoi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33-Pensez-vous bénéficier de l'autonomie nécessaire à l'exercice de vos fonctions de cadre ?

Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout

34-Pour quelle(s) raison(s) ?

35-Dans le cadre de la gestion du personnel de votre équipe, votre avis est-il pris en compte dans les décisions finalement prises ?

	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
Affectation de personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaboration du plan de formation continue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sélection pour la promotion professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Procédure disciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proposition d'attribution de primes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticipation des recrutements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36-Globalement, êtes-vous satisfait du travail que vous réalisez en tant que cadre ?

Oui tout à fait Plutôt oui Plutôt non Non pas du tout

37- Aujourd'hui, en tant que cadre, vous vous sentez ? (Citez trois qualificatifs décrivant vos sentiments personnels)

Conclusion

38-Avez vous un souhait particulier à formuler, relatif à vos fonctions d'encadrement, dans le cadre de l'élaboration du nouveau Projet Social du CHRU de Lille ?...

ANNEXE 6 : CHU LILLE : RESULTATS DE L' ENQUÊTE AUPRES DES CADRES

Extrait des principaux résultats

Le mot du directeur général

J'ai le plaisir de vous faire part des résultats de la consultation des cadres menée en septembre dernier dans le cadre de l'élaboration de notre futur Projet Social, composante du Projet d'Etablissement 2004-2008.

40% d'entre vous, un pourcentage significatif pour ce type d'enquête, ont répondu à l'invitation qui leur avait été adressée nominativement. Je tiens à vous remercier pour cette participation massive qui dénote de votre part une grande capacité de mobilisation et une importante soif d'expression.

Cette démarche, inédite dans notre établissement, a permis à l'institution de cerner la perception que vous aviez de votre vécu professionnel (sens donné au travail, satisfaction, sentiment d'appartenance...) et de mesurer votre niveau de satisfaction vis à vis des prestations du champ social.

Elle a également confirmé la place que chacune et chacun d'entre vous souhaite, en tant que cadre, prendre dans l'évolution de notre hôpital et l'attente qui est la vôtre de disposer pleinement des moyens de votre action et de la reconnaissance institutionnelle qui vous est légitimement due.

Ainsi je vous invite à continuer, ensemble, à préparer l'avenir du CHRU de Lille en construisant un Projet d'Etablissement qui donne sens et lisibilité à votre action en l'inscrivant dans une politique générale et partagée.

Didier Delmotte

Les sources de perte de temps

Vous évoquez différentes sources de perte de temps :

- La gestion des horaires, de l'absentéisme et des problèmes de personnel
- La multiplicité des réunions
- La multiplicité des interlocuteurs
- Les charges administratives (ex ; suivi de commande)
- L'absence de prise de position des directions
- Le manque de communication

Ce sont les tâches connexes au cœur de la fonction qui font perdre du temps aux cadres, ainsi que des problèmes de désorganisation.

Difficulté des tâches d'encadrement

Les tâches jugées les plus difficiles sont différentes selon la catégorie de cadres concernée.

Les cadres de soins éprouvent des difficultés dans leurs relations avec les syndicats, la gestion des horaires et des absences, la gestion des postes adaptés et les procédures disciplinaires. Pour eux, l'animation des équipes, le plan de formation continue et l'attribution de primes sont des tâches plutôt faciles à réaliser.

Les cadres médico-techniques semblent être les plus en difficultés (animation d'équipe, relations avec les syndicats, évaluation, procédure disciplinaire).

Les cadres logistiques et techniques se sentent en difficulté vis à vis des entretiens de recrutement et du plan de formation continue.

Les cadres administratifs sont les plus à l'aise avec les tâches précitées à l'exception de l'attribution des primes.

Le niveau d'information

Alors que le personnel juge son niveau d'information faible sur les projets du CHRU, vous pensez, quant à vous, être suffisamment informés excepté les cadres techniques ou logistiques. Pourtant, l'organisation interne est mal connue.

Vos souhaits

Vous demandez à être pris en considération et valorisés dans votre travail. Vous réclamez une redéfinition de votre champ de responsabilité et de vos tâches avec, en particulier, un allègement de la charge administrative. Vous souhaitez retrouver une place dans le processus de décisions, notamment dans votre positionnement dans les relations sociales avec les partenaires sociaux.

Pour résumer

Vous exprimez un sentiment global de satisfaction quant aux fondements de votre vécu professionnel : vous appréciez de travailler au CHRU, dans votre service et vous en tirez un sentiment de fierté d'appartenance.

Vous êtes positifs tout en étant vigilants : vous exprimez des demandes précises et vous relevez des problèmes ciblés (l'intégration des nouveaux arrivants, la formation pour partie, l'évaluation, la communication interne...).

Votre motivation pour le cœur de votre métier est réaffirmée mais vous semblez en difficulté vis à vis de votre place dans l'organisation et vis à vis de votre capacité à gérer l'ensemble des sollicitations dont vous êtes l'objet.

Les cadres médico-techniques, logistiques et techniques paraissent avoir un positionnement décalé. Ces professionnels font part d'un sentiment d'exclusion et demandent que leur métier soit reconnu et respecté.

Vous attendez également davantage de reconnaissance individuelle (travail fourni, carrière, formation...), davantage d'animation. Vous aimeriez un contact plus étroit et un dialogue plus nourri avec les décideurs, avec la direction du CHRU

Et maintenant ?? ...

Vos avis recueillis lors de cette consultation font désormais partie du diagnostic préalable au futur Projet Social.

Le but de ce diagnostic est de faire un bilan des forces et faiblesses de la politique sociale et du management des ressources humaines du CHRU.

Ce diagnostic va nous guider pour déterminer les actions d'amélioration à mettre en place pour que le Projet Social contribue efficacement à la stratégie du Projet d' Etablissement 2004-2008 du CHRU de Lille et réponde à vos attentes.

Pour en savoir plus : *connectez-vous sur l'Intranet, rubrique "Présentation du CHRU" et posez vos questions ou bien contactez Stéphanie Liénard (45 055)*