



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2019 –

**L'INNOVATION MANAGERIALE, NÉCESSITÉ OU
UTOPIE POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE
AU TRAVAIL ET LA PRISE EN CHARGE DES
PATIENTS ?**

– Groupe n° 9 –

**ALBRAND Alice
AMALRIC Sarah
AUFFRET Sophie
AYOUB Marie
CHEVILLOTTE Jérôme
GERBAUD Dorothée**

**HECQUET Vincent
KISZCZAK Julien
PERISSOL Magali
SEUROT Mouna
SFILIGOI Anne-Laure**

Animatrice
Sandrine ANTOINE

Préambule

« *Le changement est permanent et dérangeant.* »

– Consultant en intelligence collective et émotionnelle

« *L'innovation managériale est un outil permettant de s'adapter à chaque instant, d'accepter de remettre en cause ses idées initiales, de ne pas s'accrocher à une idée qui ne répondrait pas au nouvel environnement.* »

– Enseignant, Institut européen du management

« *Pour avoir de l'innovation managériale, il faut une histoire de personnes, un détonateur humain.* »

– Directeur d'hôpital, CH d'Arcachon

« *Faire pour les gens sans les gens, c'est faire contre les gens.* »

– Consultant RH

« *Ce n'est pas le Lean qui est efficace mais ce qu'en font les professionnels.* »

– Cadre supérieur de santé, CH de Valenciennes

« *La stratégie managériale est évidente pour les dirigeants mais ils ne savent pas la formaliser. Choisir c'est renoncer, et certains ont du mal à le faire.* »

– Consultant RH

« *Si les cadres s'intéressent aux causes profondes et pas seulement aux cultures professionnelles et aux conflits, on peut agir sur la qualité du travail et la qualité des soins.* »

– Directeur d'hôpital, CHU de Lille

« *Les écoles de cadres devraient être des laboratoires d'innovation managériale pour l'ensemble des hôpitaux.* »

– Directeur d'un Centre de lutte contre le cancer

Remerciements

Nous tenons avant tout à exprimer notre sincère gratitude à l'égard des professionnels qui ont accepté de se rendre disponibles pour répondre à nos questions et échanger sur notre thématique de recherche. Ces entretiens, réalisés au sein d'entreprises, de structures privées et d'établissements publics de santé, nous ont permis de construire et d'enrichir nos réflexions afin d'élaborer des propositions pragmatiques.

Ensuite, nos remerciements s'adressent à Sandrine Antoine, animatrice du groupe, pour ses conseils et son accompagnement dans la réalisation de ce rapport. Par ses questionnements et ses relances, elle nous a permis de développer un regard critique sur l'avancée de notre travail. Elle a constitué un véritable soutien par sa disponibilité.

De plus, la réalisation de ce travail en inter-filiarité a encouragé les membres du groupe à apprendre à se connaître et à collaborer autour de pratiques et d'expériences différentes. L'ensemble de ces échanges a permis de développer une cohésion nécessaire aux métiers qui seront les nôtres demain.

Enfin, nous souhaitons remercier Christophe Le Rat et Emmanuelle Denieul pour l'organisation de ce module interprofessionnel très enrichissant à la fois professionnellement et intellectuellement.

S o m m a i r e

Liste des sigles.....	
Méthodologie d'enquête.....	
Introduction.....	1
<i>1. Confrontés à de nouveaux impératifs de performance, les hôpitaux français entreprennent aujourd'hui une démarche managériale innovante en vue d'améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients</i>	4
1.1 L'hôpital est aujourd'hui confronté à de nouvelles exigences et mutations.....	4
1.2 En vue d'améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients, le management hospitalier français s'est inspiré d'expériences novatrices	7
1.3 En transposant ces modèles innovants, les managers des établissements de santé entendent dynamiser la gestion hospitalière et renforcer sa performance	10
<i>2. Si le cercle vertueux entre l'innovation managériale, l'amélioration de la QVT et la prise en charge des patients semble établi, les établissements doivent questionner son impact positif réel au regard des obstacles identifiés</i>	12
2.1 Le lien entre innovation managériale, qualité de vie au travail et prise en charge des patients semble aujourd'hui plébiscité	12
2.2 Toutefois, les expérimentations menées sur le terrain révèlent des écueils et questionnent la dynamique vertueuse identifiée	15
2.3 Dès lors, le développement d'une démarche managériale innovante se heurte aux spécificités de l'hôpital et aux difficultés intrinsèques du management..	18

<i>3. Des pistes concrètes d'amélioration pour mobiliser toutes les potentialités des innovations managériales à l'hôpital tout en respectant ses spécificités</i>	21
3.1 Privilégier un pilotage managérial inclusif et responsabilisant, gage de l'adhésion au changement des professionnels hospitaliers.....	22
3.2 Communiquer avec transparence et pédagogie en s'adaptant aux héritages et à la temporalité de l'hôpital	24
3.3 Diffuser une culture managériale de l'évaluation et de l'amélioration continue des pratiques pour pérenniser le changement initié	26
Conclusion.....	27
Bibliographie.....	29
Liste des annexes	I

Liste des sigles

ANACT	Agence nationale d'amélioration des conditions de travail
CASH	Centre d'accueil et de soins hospitaliers
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CODIR	Comité de direction
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	École des Hautes Études en Santé Publique
EPS	Établissement public de santé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HACCP	<i>Hazard analysis critical control point</i>
HAS	Haute Autorité de santé
HCL	Hospices civils de Lyon
IGR	Institut Gustave Roussy
IM	Innovation managériale
ISO	Organisation internationale de normalisation
MIP	Module Interprofessionnel
MIT	<i>Massachusetts Institute of Technology</i>
NPM	<i>New public management</i> (Nouvelle gestion publique)
RETEX	Retour d'expérience
RPS	Risques psychosociaux
RH	Ressources humaines
RTT	Réduction du temps de travail
SNS	Stratégie nationale de santé
QVT	Qualité de vie au travail
T2A	Tarifcation à l'activité
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TQM	<i>Total Quality Management</i>

Méthodologie d'enquête

Chaque année, l'EHESP propose, aux élèves des différentes filières, la réalisation d'une courte étude sur une problématique de santé publique du secteur sanitaire, social et médico-social. Cette approche pluri-professionnelle a pour objectif de permettre aux élèves de partager leurs expériences et leurs connaissances dans une démarche de réflexion collective. Il s'agit pour eux de collaborer afin de définir une problématique, une méthodologie de travail et des propositions opérationnelles pour contribuer ensemble à l'apport de réponses à un sujet d'actualité.

Notre groupe de travail est constitué de onze élèves : trois élèves directeurs d'hôpital, trois élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, deux élèves directeurs des soins, deux élèves attachés d'administration hospitalière et une élève ingénieure d'études sanitaires.

1. Organisation et méthode de travail

Notre organisation s'est déroulée en trois étapes :

- Un premier travail exploratoire en amont du lancement officiel du MIP nous a permis de nous rencontrer, d'échanger par téléphone avec notre animatrice, Sandrine Antoine, d'appréhender notre thématique à l'aide d'une bibliographie étayée et enfin d'organiser notre travail autour d'un outil collaboratif : l'application « Teams ».
- Ensuite, lors d'une réunion avec l'ensemble des membres du groupe, nous avons réfléchi collectivement à notre problématique et aux enjeux soulevés par le concept d'innovation managériale. A cette occasion, nous avons déterminé nos attentes et objectifs communs pour ce module. Nous avons organisé notre journée en deux temps :
 1. Travail commun pour circonscrire la problématique et élaborer le plan à partir de sous-thèmes préalablement définis.
 2. Rappel des échéances, adoption d'une méthodologie générale (liste des entretiens et répartition), préparation des outils d'enquête (grille d'entretien, format des fiches de lecture) et désignation des référents.

- Enfin, à partir d'un rétro-planning, nous avons décidé de procéder en trois temps :
 1. Semaine 1 : Achèvement de la revue de littérature et élaboration de fiches thématiques en suivant le modèle établi (annexe 1) afin d'assurer une uniformité dans le corps du rapport lors de la rédaction mais également de ne pas se laisser déborder par le caractère très vaste du sujet proposé tout en mêlant aspects théoriques et exemples pratiques. Six axes de réflexion ont été retenus : le concept d'innovation managériale (IM), la QVT et les pratiques professionnelles, les biais stratégiques, la qualité de prise en charge des patients, la culture professionnelle et la culture managériale à l'hôpital.
 2. Semaine 2 : Réalisation des entretiens à partir d'une liste de professionnels fournie par notre tutrice et complétée par d'autres contacts issus de nos expériences personnelles. Retranscription sur le modèle d'une grille établie collectivement (annexe 2) et analyse de ces derniers.
 3. Semaine 3 : Rédaction du rapport et relecture par l'ensemble des membres du groupe.

Au cours de notre travail de recherche, nous avons fait le choix de prioriser certains éléments au regard du caractère très vaste de notre sujet. Nous avons ainsi sélectionné trois types d'innovation afin de se concentrer sur leurs fondements théoriques et leur réalisation pratique : le *Lean management*, l'hôpital magnétique et l'hôpital libéré.

Un point quotidien sur Teams, ou en présentiel, nous a permis de suivre l'avancement de chacun et d'échanger sur nos difficultés. Par ailleurs, des échanges téléphoniques ont eu lieu entre l'animatrice du groupe et le référent une fois par semaine. Cette dernière a pu, à cette occasion, nous encourager et nous orienter sur l'avancée de notre exploration puis de notre rédaction.

2. Démarche de recherche et cadre d'analyse

Notre démarche de recherche fut principalement prospective et qualitative. Il s'agissait d'exploiter les entretiens réalisés (de type semi-directif d'une heure environ) afin de mettre en regard théorie et pratiques managériales sur le terrain.

Nous avons choisi de recueillir des expériences d'innovations managériales menées dans différents secteurs, privé et public. La particularité de notre axe de recherche réside dans le lieu d'exercice des personnes interviewées : secteur commercial, secteur de la recherche et de l'enseignement et professionnels exerçant en établissements publics de santé (EPS).

Nous espérons ainsi trouver des points convergents et divergents entre les pratiques expérimentées mais également dégager des lignes directrices permettant leur transposition au sein des EPS.

Nous avons donc réalisé 16 entretiens, répertoriés au sein d'un tableau d'analyse (annexe 3) servant de support à notre rédaction.

3. Retours d'expérience

Bien que le thème du management en milieu hospitalier fasse aujourd'hui consensus, sa mise en œuvre concrète restait parfois utopique dans nos esprits. Il a donc fallu dépasser nos idées reçues pour approfondir ses fondements théoriques, analyser les démarches expérimentales au sein de plusieurs établissements français et enfin formuler des pistes d'amélioration pragmatiques mais ambitieuses.

L'écriture d'un document unique rassemblant la réflexion de onze élèves venant d'horizons différents est un exercice particulier. Notre groupe de travail a fait le choix de se scinder en deux : une partie du groupe a rédigé le corpus principal du document (5 élèves) et l'autre partie a veillé à la cohérence et à l'harmonisation de notre production.

Cette méthodologie nécessitait un travail collectif, du respect et de la bienveillance des uns vis-à-vis des autres. La cohésion d'équipe a été primordiale et s'est forgée au fil de nos échanges. Cela a grandement facilité la rédaction de ce rapport et la recherche de consensus malgré des avis parfois divergents sur la formalisation des idées et des préconisations. Ce travail illustre le partage d'une vision globale qui s'est construite à l'aide d'échanges permanents entre tous les membres du groupe.

Introduction

« *Un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner* »¹. Analysant le succès des hôpitaux magnétiques, c'est-à-dire des établissements qui réussissent à recruter et fidéliser leurs personnels, notamment infirmiers, Yvon Brunelle invite à mener une réflexion sur les démarches managériales engagées à l'hôpital. Au regard de l'exigence des métiers du soin, il alerte : « *si un contexte négatif se superpose, les effets peuvent être rapides, spectaculaires et difficilement réversibles*¹ ». Il souligne ainsi l'importance du lien, et le potentiel cercle vertueux, entre l'innovation managériale, la qualité de vie au travail et la qualité de prise en charge des patients.

Au regard des évolutions du système de santé, le management hospitalier constitue l'un des axes principaux du projet « Ma santé 2022 ». L'organisation actuelle est considérée comme rigide, inadaptée voire désuète pour faire face aux difficultés que rencontrent les établissements de santé. Au nombre de celles-ci figurent les contraintes budgétaires, les problématiques humaines (absentéisme, rigidités statutaires, défauts d'attractivité, critiques relatives au mal-être au travail), l'implantation de la nouvelle gestion publique, la succession des réformes et l'augmentation des normes réglementaires parallèlement au développement exigeant d'une culture qualité. En ce sens, le rapport Couanau (2003)² évoquait déjà un certain « *désenchantement hospitalier* » et constatait une « *double crise morale et financière* » à l'hôpital public : « *dégradation des conditions d'accueil, absence de culture de l'évaluation, désorganisation aggravée par la mise en place de la RTT, investissements sacrifiés, absence de vision stratégique, carcans administratifs, mode de financement sclérosant, difficultés à identifier l'autorité et la responsabilité à l'hôpital* ». Une des pistes aujourd'hui proposées par le projet porté par le Gouvernement est de moderniser le management hospitalier, notamment en restituant aux services leur rôle de collectif dans l'organisation des soins et la gestion des équipes soignantes.

Selon D. Autissier et al. (2018), un manager est responsable de l'organisation et du contrôle de l'activité, de l'animation de ses équipes, de l'identification des relais et de la mise en œuvre des changements, de la prise de décision, de la délégation des tâches ainsi que du pilotage de la performance³. Le management, c'est à dire l'acte par lequel le responsable coordonne des actions individuelles dans un contexte de production contraint et finalisé⁴, prend ainsi une dimension spécifique

¹ BRUNELLE Y., *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner*, Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009

² Rapport d'information n°714 de l'Assemblée nationale, sur l'organisation interne de l'hôpital, présenté par M. Couanau, 19 mars 2003.

³ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., JOHNSON K., *L'innovation managériale*, Eyrolles, 2018.

⁴ Ibid

à l'hôpital dans la mesure où il se caractérise par une multiplicité de responsables – cadres de santé, chefs de pôles, cadres administratifs, directeurs d'hôpitaux –, et implique dès lors la coordination de ces acteurs. Traditionnellement teinté de paternalisme, le management se décline actuellement selon deux modèles : une logique descendante (« top down »), laquelle a l'avantage d'être organisée hiérarchiquement mais peut peiner à prendre en compte les réalités du terrain, ou ascendante (« bottom up »), plus participative mais présentant le risque d'être désordonnée.

Dans ce cadre, l'innovation managériale, distincte des inventions de procédés et des innovations administratives ou organisationnelles, vise six objectifs : la confiance, l'engagement, le bien-être, l'agilité, la collaboration et la créativité⁵. Portée par des responsables et reposant sur des échanges et des expérimentations, une nouvelle démarche de ce type implique de modifier substantiellement la manière dont sont effectuées des tâches de management ou les structures traditionnelles d'un établissement, lui permettant de mieux atteindre ses objectifs. L'innovation peut être de deux sortes : elle se définit comme « *l'invention et l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management entièrement nouvelle par rapport aux pratiques et méthodes de management connues* » ou « *l'adoption par une organisation d'une pratique ou d'une méthode de management qui existe déjà mais qui est nouvelle par rapport à ses pratiques et méthodes de management actuelles* »⁶. La pratique hospitalière nous invite plutôt à retenir la deuxième acception, tant elle s'est inspirée des expérimentations étrangères, notamment mises en place au Canada ou en Belgique ou réalisées dans le secteur privé. Si d'autres démarches ont pu être engagées, le système hospitalier français a surtout tenté de transposer trois modèles : le *Lean*, l'hôpital magnétique et l'hôpital libéré.

Bien que les objectifs budgétaires et de performance aient souvent été mis en avant, le développement d'une culture managériale innovante pourrait aussi être un levier d'amélioration de la qualité de vie au travail et, directement ou en conséquence, de la prise en charge des patients au sein de l'hôpital. Selon l'accord national interprofessionnel de 2013, « *les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* »⁷. Celle-ci, élément de la certification des établissements de santé, regroupe « *l'ensemble des actions permettant de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des établissements* »

⁵ BIRKINSHAW J., HAMEL G., MOL M.J. (2008). *Management innovation*, Academy of Management Review, vol. 33, n° 4, p. 825-845.

⁶ LE ROY F., ROBERT M. et GUILIANI P., *L'innovation managériale, Généalogies, défis et perspectives*, Revue française de gestion, 2013/6 n°235, p.77 à 90, ISSN 0338-4551

⁷ Ministère de travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Accord national interprofessionnelle qualité de vie au travail. 19 juin 2013 [Consulté le 15/05/2019].

de santé » selon la Haute Autorité de santé, qui complète en affirmant que « ces actions permettent d'accompagner les professionnels tout en garantissant la sécurité des soins, la qualité des soins et la santé des professionnels »⁸. Ainsi, en luttant contre le mal-être et la perte de sens au travail, l'innovation peut avoir un impact positif sur la prise en charge des patients par les professionnels de santé. A. Donabedian avait ainsi relevé trois acceptions : la qualité structurelle (un seuil d'activité, par exemple), la qualité des processus ou actions réalisées (une bonne pratique), et la qualité des résultats (la satisfaction du patient)⁹. Il est aussi possible de faire un lien entre pratiques managériales et qualité des soins en distinguant, dans les suites de W. E. Deming, l'expertise professionnelle et les facteurs organisationnels.

Ainsi, outre les objectifs d'efficience, l'existence d'un cercle vertueux entre innovation managériale à l'hôpital, amélioration de la qualité de vie au travail et de la qualité de la prise en charge des patients semble possible. Les managers, qui ont cherché à transposer dans leurs établissements des modèles extérieurs, ont cependant dû faire face à la spécificité de l'environnement hospitalier. Le succès des innovations managériales, ou de manière plus réaliste, des politiques managériales engagées, a pu être freiné par des obstacles variés (contraintes budgétaires, humaines, ...), faisant ainsi apparaître un décalage entre les modèles et les pratiques. En conséquence, plusieurs problématiques sont soulevées : le portage de la démarche, le choix des outils et la formation, la manière d'informer et d'unir les conceptions des différents acteurs, la difficulté d'évaluer la démarche, les biais stratégiques ou encore le coût au regard des résultats. Au-delà de ces enjeux, il s'agit de développer une dynamique de changement pour permettre une amélioration continue de l'environnement de travail et des soins.

Ainsi, dans quelle mesure le développement d'une culture managériale innovante est-elle un levier d'amélioration de la qualité de vie au travail et de la prise en charge des patients au sein de l'hôpital ?

Les managers, face aux nouvelles exigences et tensions connues par les hôpitaux français, ont introduit des démarches innovantes dans leurs établissements tant pour revitaliser la gestion et la performance (I) que pour améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients, bien que les études amènent à questionner leur impact réel au regard des obstacles identifiés (II). Dès lors, des leviers d'action doivent désormais être mobilisés pour sécuriser les démarches managériales engagées au sein des établissements de santé (III).

⁸ Haute Autorité de santé. Qualité de vie au travail. 11 septembre 2017 [Consulté le 15/04/2019].

⁹ DONABEDIAN A. (1980) *The definition of quality and approaches to its assessment, Exploration in quality assessment and monitoring*, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor.

1. Confrontés à de nouveaux impératifs de performance, les hôpitaux français entreprennent aujourd'hui une démarche managériale innovante en vue d'améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients

Le secteur sanitaire est depuis quelques années marqué par de profondes mutations (1.1), lesquelles ont conduit les responsables hospitaliers à s'inspirer de nouveaux modèles (1.2) en vue de les transposer dans leurs établissements dans un objectif de performance (1.3).

1.1 L'hôpital est aujourd'hui confronté à de nouvelles exigences et mutations

Les établissements de santé sont confrontés à des restructurations qui se sont accélérées depuis le début des années 2000 et ont conduit à un bouleversement du paysage hospitalier. Or, ces réformes hospitalières successives se sont traduites par des transformations administratives, sociales, économiques et culturelles, et ont ainsi bousculé les pratiques professionnelles.

Comme le souligne la HAS dans sa revue de littérature relative à la qualité de vie au travail et à la qualité des soins de 2016¹⁰, « *les restructurations peuvent entraîner avec elles toute une série de risques comme la transformation du travail, ou des règles de métier, sans que cela ne soit anticipé ni accompagné* ».

Frédéric Moatty et Mihai Dinu Gheorghiu¹¹ identifient trois principales vagues de réformes.

La première est celle de la **réduction du temps de travail** au début des années 2000, dans un contexte émergent de pénuries locales de certaines compétences médicales.

La deuxième, et certainement la plus structurante, est celle de la **tarification à l'activité (T2A)**. Instaurée dès 2004, la T2A a été progressivement introduite afin de remplacer le financement au budget global des activités dites de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Désormais, le budget des établissements dépend de la nature et du volume de son activité médicale et non d'un financement *a priori*. Cependant, l'introduction de ce nouveau mode de tarification a eu un impact sur les pratiques professionnelles, et s'est notamment traduite par une augmentation de la charge de travail pour les soignants : selon le rapport IGAS sur l'évaluation des effets de la T2A sur le management des

¹⁰ *Qualité de vie au travail et qualité des soins*. Revue de littérature ; HAS ; janvier 2016.

¹¹ GHEORGHIU MD., MOATTY F. *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*. Editions Liaisons ; 2013.

établissements de santé¹², une course à l'activité s'est engagée et a ainsi favorisé une évolution des pratiques et des organisations médicales conduisant notamment à une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) et à une augmentation du flux de patients. Ce faisant, certaines études, répertoriées par F. Moatty et MD. Gheorghiu, montrent un lien entre T2A et absentéisme : dans la mesure où la majorité des recettes dégagées par la T2A profiterait aux médecins, et non aux personnels non médicaux, ceci aurait eu pour effet d'augmenter la charge de travail de ces derniers.

La troisième est la **loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)** du 21 juillet 2009. Dans la mesure où ce texte incite les établissements à coopérer en se regroupant au sein de communautés hospitalières de territoire (CHT), il implique un changement de conditions de travail pour les soignants : d'une part, ceux-ci sont désormais parfois amenés à travailler sur plusieurs sites ; d'autre part, ils doivent coopérer davantage avec les soignants d'autres établissements, ce qui peut générer des conflits qui nuisent au travail coopératif.¹³ Ce processus de territorialisation qui intervient dans un contexte marqué par une forte désertification médicale se poursuit dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 qui rend obligatoire la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), et de la réforme « Ma santé 2022 » qui prévoit le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé.

Or, dans la mesure où elle intervient dans un secteur marqué par un rapport au travail fort, ou encore un investissement physique et psychique important, cette multiplication des obligations réglementaires peut directement impacter l'objectif de qualité des soins et mettre en cause « *la conception qu'ont les professionnels du travail bien fait* »¹⁴. Selon Gilles Herreros, ce manque de sens donné aux réformes lors de leur mise en œuvre atteint le sens donné au travail par les soignants qui sont alors « *sceptiques, méfiants et hostiles à ces réformes, estimant ne pas avoir été bien informés, ne pas avoir saisi les enjeux de la réforme de la nouvelle gouvernance* »¹⁵.

Parallèlement, alors que le secteur hospitalier se caractérise par une pénibilité des conditions de travail avec une charge mentale importante, plusieurs études¹⁶ montrent une dégradation de celles-ci dans le contexte des réformes hospitalières successives susmentionnées. En effet, différentes enquêtes statistiques mettent en exergue plusieurs types de contraintes : les contraintes horaires (travail de nuit et les week-ends) ; le rythme de travail ; les contraintes physiques (déplacements fréquents, déplacement

¹² BRUANT BISSON A., CASTEL P., PLANEL MP. *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*. IGAS ; 2012.

¹³ HERREROS G. *L'hôpital à l'épreuve des réformes. Entre institution et organisation*. Socio-Anthropol ; 2007.

¹⁴ *Qualité de vie au travail et qualité des soins*. Revue de littérature ; HAS ; janvier 2016.

¹⁵ HERREROS G. *L'hôpital à l'épreuve des réformes. Entre institution et organisation*. Socio-Anthropol ; 2007.

¹⁶ BENALLAH, S. & DOMIN, J. (2017). Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ? *La Revue de l'Ires*, 91-92(1), p.156.

de charges lourdes, mouvements douloureux) ; la charge mentale et la charge émotionnelle¹⁷ (confrontation quotidienne à la mort). Selon la DREES, 59 % des personnels infirmiers estiment avoir une quantité de travail excessive¹⁸.

D'une part, ces contraintes peuvent avoir pour conséquence une perte de sens et de repères, un mal-être au travail, un manque de coordination voire des relations conflictuelles entre les professionnels¹⁹ ; d'autre part, elles exposent les soignants à des risques psychosociaux importants. Les soignants font par exemple partie des catégories de personnels les plus exposées aux risques d'accident du travail, le secteur hospitalier est donc marqué par un fort absentéisme²⁰. L'exposition à ces situations de travail peut avoir des conséquences sur la santé des personnels soignants, notamment en termes de maladies cardio-vasculaires, de troubles musculo-squelettiques (TMS), de troubles anxio-dépressifs, d'épuisement professionnel, voire de suicide.

Ces mutations associées à une dégradation des conditions de travail et à un sentiment de malaise des soignants poussent aujourd'hui les établissements de santé à repenser la qualité de vie au travail et à la placer au cœur de leurs organisations. Cette démarche appelle à des modifications et adaptations managériales afin de répondre aux nouveaux impératifs du système de santé.

Dans ce contexte, la culture managériale française, encore embryonnaire, tend à s'inspirer de modèles innovants pour aller vers une organisation plus transversale et plus souple et, de fait, progresser sur la question de la qualité des soins.

¹⁷ Sur ce point, voir : HOLCMAN R. *La souffrance des soignants*. Dunod ; 2018.

¹⁸ Les conditions de travail à l'hôpital. Portrait des professionnels de santé. DREES ; 2016.

¹⁹ Cf. notion de « travail empêché » : TRUCHOT D. *Rapport de recherche sur la santé des soignants* ; Université Bourgogne-Franche-Comté ; décembre 2018.

²⁰ Selon la HAS, les arrêts-maladie ont progressé de 10 % entre 2007 et 2011.

Le nombre d'arrêts augmente, ainsi que leur durée et leur gravité lorsque les soignants ont une forte charge physique, et double, voire triple lorsque la pression temporelle augmente et lorsque le travail d'équipe est jugé très insuffisant : cf.

GHEORGHIU M. D., MOATTY F. *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail* ; 2013.

1.2 En vue d'améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients, le management hospitalier français s'est inspiré d'expériences novatrices

Le management évolue rapidement vers de nouvelles modalités de mise en œuvre : procédures inclusives et participatives, outils visuels, dynamique « bottom-up »...L'objectif de replacer l'humain au cœur des organisations est issu d'une évolution globale des paradigmes managériaux français et étrangers.

Le concept d'« innovation managériale » témoigne, à cet égard, du partage d'influences au sujet du management. La paternité de ce terme revient à Kimberly dès les années 1980, toutefois, le concept d'IM s'est largement diffusé par les travaux de Mol, Birkinshaw et Hamel, auteurs issus de la London Business School et de la Copenhagen Business School. Plusieurs expérimentations étrangères se sont alors développées au-delà de leurs frontières nationales comme en témoigne l'influence du toyotisme japonais sur **la démarche « Lean »** développée au MIT. En effet, il s'agissait pour Womack et Jones dans leur ouvrage de référence intitulé « *The machine that changed the world* » (1990) d'expliquer les écarts de qualité et de performance observés entre l'industrie occidentale et japonaise.

Qu'est-ce que le « Lean Management » ?

Méthode managériale visant l'amélioration continue des performances par la réduction du gaspillage. Elle repose sur deux piliers essentiels :

Le **JIDOKA** qui signifie « Auto-activation » qui vise à assurer et garantir la qualité des opérations en détectant l'apparition de dysfonctionnements mais aussi en stoppant l'activité dès l'apparition d'un problème pour le résoudre immédiatement

Le « **JUST-IN-TIME** » qui est une méthode d'organisation et de gestion de la production consistant à adopter une production à flux tendu avec des stocks minimum dans le sens où on produit ce dont on a besoin quand on en a besoin.

Le *Lean* favorise les projets transverses avec des équipes pluridisciplinaires, dans le but d'améliorer la performance globale d'une organisation. Il s'agit enfin d'un système adaptable qui comprend de nombreux outils : Obeya, 5S, 5 minutes flash, Gemba, Poka Yoke, DMAIC, Kanban, SMED... Ceux-ci sont malléables et peuvent s'imbriquer entre eux.

L'implémentation du *Lean Management* à l'échelle des établissements de santé français est passée par une phase préalable de recherche, conduisant les Hospices Civils de Lyon à s'inspirer des méthodes canadiennes et américaines et le CHU Dijon-Bourgogne à consulter l'expérience belge (par exemple celle du CHU UCL de Namur). En effet, si l'on prend l'exemple canadien, le CHU de Sherbrooke a mis en place entre 2006 et 2011, quinze projets d'amélioration des processus basés sur la méthode *Lean*, initiant une nouvelle culture de performance utilisée aujourd'hui comme modèle d'analyse.

Une autre inspiration étrangère peut être celle touchant au **concept d'hôpital magnétique**. Développé dans les années 1980 en réaction à un travail collectif de l'Association des Infirmiers Américains (ANA) sur les difficultés à recruter et fidéliser les personnels hospitaliers, le label « magnet » s'est imposé dans plus de 500 établissements américains.

Qu'est-ce qu'un « hôpital magnétique » ?

L'évaluation du caractère magnétique d'un hôpital se fonde sur cinq axes autour de l'exercice professionnel des infirmiers :

- la qualité du leadership infirmier,
- la qualité de la structure de l'organisation en mettant l'accent sur la culture des soins autour de l'organisation,
- la pratique professionnelle exemplaire des soins infirmiers,
- l'amélioration de la qualité par l'innovation et les nouvelles connaissances,
- l'amélioration de la qualité des soins en étudiant les résultats en comparaison d'autres établissements

Sur la base de ces critères, le management hospitalier s'adapte et propose de nouveaux outils destinés à renforcer l'attractivité des établissements. Cette dynamique destinée à appréhender la qualité de vie au travail d'une manière globale au sein d'un établissement a inspiré le projet « Attraction, Rétention, Implication des Infirmières et Qualité des soins » (ARIQ) mis en œuvre par une équipe belge et transposé dans la clinique Pasteur à Toulouse.

Aux côtés de ces expériences étrangères, les managers hospitaliers se sont également imprégnés des théories issues du **New Public Management** afin de répondre aux exigences de performance et de qualité. Dans cette perspective, le secteur privé constitue une source d'inspiration via certains outils ou processus organisationnels. La **culture d'entreprise** joue, à ce titre, un rôle croissant dans le développement de pratiques managériales innovantes. Cette dernière n'est pas innée mais se fonde dans le temps long de l'organisation et à travers les métiers qui la composent selon Maurice Thevenet²¹. Développer une culture commune facilite ainsi l'implémentation du changement en poussant les acteurs vers un objectif collectif partagé. Or, l'hôpital se distingue par la grande variété de ses corps métiers, ce qui complexifie l'imposition d'une culture légitime et partagée.

Un autre domaine où le secteur privé est venu influencer le management hospitalier est celui de la **gestion des risques** dans l'aéronautique. La qualité et la sécurité des soins constituent aujourd'hui des prérequis dans l'organisation de l'environnement hospitalier, poussant ainsi les établissements à

²¹ THEVENET M., La culture d'entreprise, 5^{ème} édition, Paris : Presses Universitaires Françaises, 2006, 128 pp (Que sais-je ? n° 2756)

convoquer des outils utilisés dans l'industrie. On pense ici aux méthodes de résolution de problème, d'analyse des défaillances ou encore de leur criticité comme les procédures HACCP (utilisées en restauration hospitalière par exemple).

Enfin, un vocabulaire issu d'un nouveau mode d'entreprise semble s'imposer de manière croissante dans le paysage hospitalier : **l'entreprise « libérée »**. Cet engouement entraîne des conséquences pratiques sur le management. En effet, alors que l'innovation prenait le plus souvent des traits techniques, Frédéric Spinhirny affirme que l'hôpital « libéré » a pour but d'opérer une « *métamorphose des ressources humaines à l'aide d'outils conceptuels qui mélangent libéralisme et solidarité* »²². La thèse de la « libération » atteint son paroxysme dans le modèle de **l'holocratie** où, non seulement, la hiérarchie est supprimée mais également l'organisation en services. La notion d'intelligence collective s'en trouve ainsi privilégiée.

Qu'est-ce qu'une « entreprise libérée » ?

Nouveau mode d'organisation et de management, la thématique de la « libération » est développée par Isaac Getz et Brian M. Carney dans leur ouvrage « Liberté & Cie : quand la liberté des salariés fait le succès des entreprises » (2012).

Principe : Laisser aux salariés une marge de manœuvre importante pour proposer et innover plutôt que de leur imposer des directives et les contrôler.

Le postulat théorisé par Getz et Carney repose sur les notions de confiance, d'autonomie et de reconnaissance entre professionnels, nécessaires à l'expression de leurs compétences. Les collaborateurs s'auto-dirigent sur un modèle hiérarchique horizontal, remplaçant ainsi lignes hiérarchiques verticales.

Pour conclure, peu importe la méthode innovante choisie comme modèle, les doctrines étrangère et française s'accordent à dire que l'introduction de pratiques managériales innovantes est faite dans le but d'augmenter la performance d'une l'organisation. Toutefois, le caractère *intuitu personae* étant prépondérant dans le développement managérial, son déploiement à l'hôpital dépend donc directement de l'acceptation des acteurs et de la transmission de l'information au sein et entre les équipes, ce qui semble moins aisé en France, tant le modèle traditionnel paternaliste subsiste. Ainsi, ces influences sont-elles généralisables et/ou souhaitables au sein des établissements français ?

²² « L'hôpital libéré : une innovation managériale efficiente et socialement acceptable », Perspectives, *Gestions Hospitalières*, Numéro 569 - octobre 2017.

1.3. En transposant ces modèles innovants, les managers des établissements de santé entendent dynamiser la gestion hospitalière et renforcer sa performance

« Les expériences menées nous ont prouvé que le Lean ne saurait se résumer à une boîte à outils, qui est adaptée à l'industrie qui l'a créée : l'automobile. Au contraire, c'est la philosophie originelle du Lean, bien adaptée à l'hôpital, qui a su s'imposer dans nos projets et conduire à des résultats positifs », selon V. Fortineau, S. Lamouri et G. Eckerlein²³. Ainsi, plusieurs solutions *ad hoc* ont été imaginées par les agents pour éviter des temps morts et réduire leur pénibilité :

- ▶ Les Hospices civils de Lyon, forts d'un partenariat avec le CHU de Montréal, ont sensibilisé et formé les cadres et une partie des agents au *Lean*. Les stand-up meetings (réunions debout et en cercle, entre professionnels et de courte durée) et le management visuel (par exemple, les A3, supports de suivi visuels qui exposent les objectifs, le planning et les responsables du projet) sont des outils utilisés pour identifier les irritants, partager les bonnes pratiques et, dans un second temps, valoriser la voix du patient.
- ▶ L'équipe dirigeante du CHU de Dijon a invité les personnels à identifier et diffuser les pratiques innovantes ou encore à repérer et traiter les irritants et les sources de gaspillage – intellectuel, surproduction, transport, méthodes inefficaces, etc. Plusieurs méthodes ont été utilisées dans ce cadre : la méthode *Gemba* qui consiste à aller sur le terrain pour diminuer la distance entre l'encadrement et les agents, la méthode Orion pour analyser les événements cliniques (fiches événements indésirables et RETEX) et la méthode A3 pour résoudre les problèmes identifiés.
- ▶ La direction de la performance du CHU de Lille s'est concentrée sur la thématique de l'excellence opérationnelle. Les équipes ont mené une réflexion pour améliorer leur quotidien et libérer du temps de soin : déplacement du poste de soin au centre du service, rangement d'un local désorganisé et réaménagement du chariot de soin. Le *Lean* a ainsi servi à repérer et analyser les dysfonctionnements et envisager les solutions.

²³ FORTINEAU V., LAMOURI S. et ECKERLEIN G., *Analyse des potentialités et des limites du Lean à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière*, QUALITA' 2015, Mar 2015, Nancy, France.

- Un parallèle peut être tracé avec les projets menés par l'Institut Gustave Roussy, centre de lutte contre le cancer, au sein duquel a été mis en place un plan d'accompagnement managérial, vecteur de fidélisation des agents. Des conférences managériales sont organisées une fois par mois sur des thématiques comme la conduite du changement, le courage managérial ou le bonheur au travail. Les agents, libres de s'exprimer, ont créé un livre-album pour questionner les pratiques du service d'une manière collaborative, complété par des ateliers de théâtre-forum pour les équipes de nuit. Une formation continue est prévue pour les directeurs et chefs de départements.

En outre, si aucun établissement français n'est en mesure d'être considéré comme un hôpital magnétique en tant que tel, il est intéressant de constater que les directions s'investissent pour réunir les conditions qui caractérisent ces structures attractives. Tout d'abord, au travers **d'outils responsabilisant les cadres** et encourageant la parole des agents (*Lean* ou encore formation des infirmiers en pratique avancée depuis septembre 2018, permettant ainsi une montée en compétence et une revalorisation de l'activité des soignants). Ensuite, par **l'amélioration des conditions de travail** en conférant aux agents des moyens et des locaux renforçant les relations avec le corps médical et leurs pairs. Certains établissements ont également investi dans **les supports informatiques et les formations au numérique** pour apaiser les relations interservices et améliorer les soins. Enfin, le label « magnet » pousse les établissements à développer une culture qualité, notamment via la certification.

De la même manière, le modèle du *Total Quality Management*²⁴ (TQM) peine à émerger au sein de l'hôpital public français autrement que par des outils tels que les retours d'expérience et le patient traceur, les guides de bonnes pratiques et indicateurs ou encore l'existence d'une commission des usagers dans chaque établissement. Ce modèle a toutefois inspiré l'Institut Gustave Roussy (IGR), qui a mis en place le diagnostic en un jour pour les cancers de la thyroïde et du sein, alors que le délai moyen en France est de six mois pour ce dernier. Ce sont désormais les équipes qui se déplacent, permettant ainsi de diminuer le stress du patient, de prendre en charge au plus tôt sa maladie, de réduire les bons de transport, etc.

Enfin, l'hôpital libéré, lequel permet aux personnels de définir leurs conditions de travail dans une démarche collaborative, commence à influencer les établissements publics de santé :

- Le projet d'établissement 2020-2025 de l'IGR aborde la question de l'hôpital libéré, en vue d'atteindre une gestion plus responsabilisante.

²⁴ En français : gestion de la qualité totale

- Le directeur général de la clinique Pasteur à Toulouse a également développé les principes de l'hôpital libéré et magnétique. Nommé par la ministre des Solidarités et de la Santé en tant que responsable stratégique d'une *task force* dédiée au numérique en santé, il pourra ainsi amener son expertise au sein du service public hospitalier.

Au regard de ces éléments de contexte, un lien privilégié entre innovation managériale et amélioration de la QVT et de la PEC patients se dessine, malgré une grande variabilité des résultats observés.

2. Si le cercle vertueux entre l'innovation managériale, l'amélioration de la QVT et la prise en charge des patients semble établi, les établissements doivent questionner son impact positif réel au regard des obstacles identifiés

Au-delà de l'objectif de performance, les responsables hospitaliers ont développé des démarches managériales en vue d'améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients (2.1). Toutefois, les résultats pratiques témoignent d'échecs et d'effets pervers (2.2) qu'il convient d'analyser pour en identifier les écueils (2.3).

2.1 Le lien entre innovation managériale, qualité de vie au travail et prise en charge des patients semble aujourd'hui plébiscité

Face aux difficultés que connaît aujourd'hui l'hôpital, l'innovation managériale, qu'elle soit une invention ou une transposition, est « *la plus à même de provoquer une rupture durable* »²⁵. Elle entend responsabiliser les acteurs, clarifier la prise de décision et la reconstruction de la coordination transversale dans un objectif global de « *faire ensemble* »²⁶. Outre la création de nouvelles entités de coordination, les innovations managériales peuvent émerger par le développement de la qualité de vie au travail ou de nouvelles relations avec les patients²⁷. Il s'agit donc de soutenir l'hypothèse d'un

²⁵ LE ROY F., ROBERT M. et GUILIANI P., *L'innovation managériale, Généalogie, défis et perspectives*, Revue française de gestion, 2013/6 n°235, p.77 à 90, ISSN 0338-4551.

²⁶ CLAVERANNE J.-P., PASCAL Ch., *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Eyrolles, 2004.

²⁷ NOBRE. T, *L'innovation managériale à l'hôpital*, Dunod, 2013

cercle vertueux entre innovation managériale, amélioration de la qualité de vie au travail et, directement ou indirectement, sécurisation des soins.

2.1.1 Lien entre innovation managériale et qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail, laquelle doit concilier l'amélioration des conditions de travail pour les agents et la performance globale des établissements, dépend de nombreux éléments : environnement de travail, conditions d'emploi, capacité à s'exprimer et à agir, dialogue social, soutien managérial, autonomie au travail, valorisation, travail complet et permettant une progression, etc. Déployée de manière opérationnelle au sein de l'organisation²⁸, une innovation managériale peut constituer une variable supplémentaire de la QVT. Par son impact sur les équipes, elle peut avoir un effet neutre, positif ou négatif, sur la revalorisation des personnels, les risques psycho-sociaux, la pénibilité ou encore la participation des agents aux projets de l'établissement.

Les **expérimentations en matière de *Lean***, en recherchant l'efficacité de la production et la réattribution de la valeur du travail à ceux qui la produisent, ont fait état du lien entre innovation managériale et qualité de vie au travail. Le directeur de la performance des Hospices civils de Lyon affirme : « *le Lean management, ce n'était pas la recherche d'une logique et d'outils de performance [...], l'objectif c'était d'améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients [...]. Si on cherche trop la performance on casse la culture Lean et la démarche est rejetée* ».

Selon la directrice générale du CHU de Dijon, la mise en place du *Lean* devait « *permettre à chaque membre de chaque équipe d'avoir voix au chapitre* »²⁹ pour agir sur son environnement de travail. Le bilan tiré sur la QVT est globalement positif : la démarche participative a poussé l'ensemble des corps de métier à collaborer dans leur exercice professionnel quotidien, les risques professionnels sont mieux prévenus, l'usage de la méthode « pompier » de court terme a reculé. Outre le gain en termes d'efficacité en évitant les temps morts et une fatigue inutile des agents, le projet engagé en conformité avec les principes du *Lean* a permis de valoriser la parole des agents. Cet aspect a été confirmé par une étude de la HAS et de l'ANACT (2011)³⁰.

²⁸ MOL M.-J., BIRKINSHAW J., *Giant steps in management: creating innovations that change the way we work*, 2008, Prentice Hall, London.

²⁹ Entretien de BEAU E. pour Infos Dijon, 21/01/2018.

³⁰ La HAS et l'ANACT ont lancé en 2011 une démarche sur la thématique de la qualité de vie au travail dans 80 établissements en se fondant sur le triptyque suivant : direction, représentants du personnel et corps médical. Le sentiment d'être écouté et entendu pour les professionnels de santé a été renforcé par la mise en place des outils Lean.

L'étude des **hôpitaux magnétiques**³¹ révèle aussi le lien positif entre innovation managériale et qualité de vie au travail. Dans cette perspective, lesdits hôpitaux privilégient l'action sans condamner les erreurs, ont un souci concret du client, favorisent l'autonomie, recherchent la productivité avec le soutien des agents, partagent des valeurs, comptent peu de paliers hiérarchiques et affichent une gestion à la fois souple et ferme. A rémunération équivalente, ils recrutent et fidélisent ces derniers plus aisément, diminuant le taux de roulement.

Au-delà de ces modèles, la direction du CHU de Montpellier a mis en place une équipe d'accompagnement professionnel et social au sein de la direction des ressources humaines (DRH). Cette dernière a pour objectif « *d'écouter, expliquer et faire prendre du recul aux professionnels* » dans le cadre de restructurations ou de maladies professionnelles. Ainsi, 700 personnes ont été accompagnées en cinq ans et l'absentéisme a reculé³².

2.1.2 Lien entre innovation managériale, qualité de vie au travail et qualité de la prise en charge des patients

D'une part, **l'amélioration de la qualité des soins peut être le résultat d'une dynamique vertueuse** : la démarche managériale nouvelle fait progresser la qualité de vie au travail, ce qui permet *in fine* d'améliorer les soins. En ce sens, le temps et les horaires de travail impactent directement la qualité des soins. Le taux de mortalité est 31 % plus élevé à la suite d'une pneumonie dans les hôpitaux où les infirmiers ont mentionné des horaires de travail comportant de nombreuses heures.

Il y a également un lien entre conditions de travail et sécurité du patient : le burn-out des soignants est fortement corrélé à un risque avéré d'erreurs de raisonnement et, donc, un risque pour la qualité du soin³³. Cécile Betout³⁴ montre que le travail de nuit est vecteur de risque tant en raison de la fatigue que d'une communication moins intense la nuit. Le nombre d'erreurs est multiplié par trois lorsque les infirmières travaillent plus de 12h d'affilée, plus de 40h par semaine ou lorsqu'elles font des heures supplémentaires.

³¹ BRUNELLE Y., *Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon à travailler en est un où il fait bon se faire soigner*, Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009.

³² LABAUNE S., "CHU de Montpellier: le changement de "culture managériale" a permis une réduction des accidents de travail (DRH)", APMJOB, publié le 30/05/2018.

³³ OOTIM B., *Error making. Part 2: Identifying the causes in nursing*. Nurs Manag 2002.

³⁴ BETOUT C., CARDI C., MORVANT E., PANISSIER S., *Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins*. 2007.

Enfin, les travaux publiés par la HAS sur la maltraitance ordinaire en 2009 relient management, soutien des équipes, place de l'encadrement, charge de travail et risques de maltraitance³⁵. Contraindre les soignants à accélérer les cadences les oblige à faire des choix parmi les actes prioritaires, amenant de la culpabilité et des frustrations et, sur le plus long terme, un épuisement professionnel et une moindre empathie envers les patients³⁶.

Plusieurs expérimentations pratiques ont été menées : utilisation de l'investissement pour améliorer la qualité et non compenser la non qualité au CH de Valenciennes, sensibilisation et formation du personnel à la bientraitance au CHU de Nîmes ou encore travail sur le taux d'encadrement au CASH de Nanterre et au CH d'Aix-en Provence.

D'autre part, **l'innovation managériale peut directement influencer la qualité des soins**. Le management par la qualité totale³⁷ développé précédemment a pu être intégré dans les organisations de soins à l'échelle d'unités ou dans le cadre de programmes spécifiques comme la prise en charge de la douleur. Dans ce cadre, une amélioration de la qualité des soins a été constatée³⁸ et une certaine adhésion des professionnelles acquise³⁹. Ce type de modèle peine toutefois à émerger dans le système hospitalier français.

2.2 Toutefois, les expérimentations menées sur le terrain révèlent des écueils et questionnent la dynamique vertueuse identifiée

Le président de la FHF, Frédéric Valletoux, affirme : « *mobiliser les équipes pour un meilleur service au patient dans un contexte de contrainte économique toujours croissante est un exercice de plus en plus complexe* ». Ainsi, malgré les volontés réformatrices des managers hospitaliers, les expérimentations menées ont pu aboutir à un échec et révéler des effets pervers. Toutefois, il convient de rappeler au préalable l'existence de certains biais stratégiques :

- Le manager peut ne prendre en considération qu'une partie des éléments (par exemple, les éléments financiers et logistiques en occultant les contraintes RH), ce qui fausse la pertinence de l'innovation managériale.

³⁵ COMPAGNON C., GHADI V., *La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages*. 2009

³⁶ WINTERS R., NEVILLE S., *Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand Hospital*. 2012

³⁷ DEMING W. E., *Quality productivity and competitive position*, 1ère édition, 1982

³⁸ VONNEGUT M., *Is quality improvement improving quality ? A view from the doctor's office.*, N Engl J Med, 2007

³⁹ NABITZ U., KLAZINGA N., WALBURG J., *The EFQM excellence model : European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. European Foundation for Quality Management.*, Int J Qual Health Care, 2000

- Le manager peut aussi avoir une confiance absolue en l'expert, sans respecter la culture de son établissement. En ce sens, la direction du CH d'Arcachon critique le dogmatisme de certains managers face au concept d'innovation.
- Le biais de confirmation peut causer une myopie stratégique⁴⁰ : le manager, qui a investi du temps et des moyens dans un projet de long terme, sera moins enclin à dire que son projet échoue ou a échoué sans prendre le temps de l'évaluation et de la réflexion.

Ainsi, malgré les critiques qu'ils ont pu énoncer, les directeurs d'hôpital ou les cadres intermédiaires remettent rarement en cause les atouts d'une démarche managériale innovante pour la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients.

2.2.1 Les échecs

Selon une cadre supérieure du CH de Valenciennes, « *les démarches sont positives lorsqu'elles fonctionnent mais destructrices si le contexte n'est pas suffisamment propice à ces changements* ». A ce titre, le président du club Agile explique que certains managers disent suivre un modèle précis mais donnent des informations contradictoires à leurs agents. Ils peuvent avoir peur de prendre des responsabilités – le projet ne sera ainsi pas mené à son terme – ou ne lâchent pas prise, ce qui empêche les cadres intermédiaires de se saisir du projet. Enfin, le chef de projet peut être trop confiant et ne pas se remettre en cause lorsque la démarche est compromise. Par ailleurs, un directeur de clinique privée met en garde contre les mesures creuses et cosmétiques, en mentionnant le *happiness management*⁴¹ (open space, jeux de société, tables de ping pong...).

Enfin, les expérimentations managériales peuvent échouer par défaut d'accord sur les objectifs visés par l'innovation. S'agissant par exemple du terme de qualité des soins, il est noté une différence de vocabulaire entre les soignants, qui relie cette notion à l'aspect relationnel, les médecins, qui se réfèrent plutôt à des référentiels techniques, et les managers, qui conçoivent la qualité non comme un résultat mais comme une démarche de performance (certification, référentiel qualité, contrôle qualité)⁴². Dans ces circonstances, la démarche managériale innovante aura soit un impact nul sur la QVT et la qualité de la prise en charge du patient, soit entrainera une aggravation de la situation à laquelle elle devait remédier.

⁴⁰ BEST PRACTICES. Corriger la myopie stratégique.

⁴¹ GILLET-GOINARD F., MOLET H., MONTEILLER G., 2016, *Happy management : osez manager par l'enthousiasme !*, Dunod : « management qui s'affranchit des contrôles pour donner à chacun l'espace de liberté auquel il aspire afin de libérer son potentiel et de participer à la performance collective ».

⁴² FRAISSE S., ROBELET M., VINOT D., *la qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles*, Revue française de gestion, 2003/5 n° 146 | pages 155 à 166, ISSN 0338-4551.

2.2.2 Les effets pervers

Plusieurs effets pervers ont également été induits par l'insuccès des expérimentations menées par les établissements. Interrogée sur ce qu'elle ferait différemment, la cadre supérieure du CH de Valenciennes a expliqué qu'elle serait plus vigilante à l'épuisement des professionnels – empressement dans la conduite du changement, pression disproportionnée sur les agents ou objectifs trop ambitieux. En effet, l'expérimentation aboutit à plus de stress et de désordre dans le service, en particulier lorsque l'épuisement affecte les cadres : « *comment prendre en charge complètement cette démarche quand 50 % du temps cadre est dédié aux problématiques quotidiennes ?* »⁴³.

En outre, l'incapacité à tout gérer peut générer de la frustration. L'innovation est porteuse d'une attente qu'il ne faut pas décevoir mais cette démarche ne peut pas être la solution à tous les problèmes. Selon une directrice du CHU de Lille, l'outil du *Lean* est adapté à l'échelle des services, donc à des projets de taille modeste. Il est générateur de frustration s'il est utilisé pour résoudre des problématiques de grande ampleur, pour lesquelles la direction doit reprendre la main. Elle ajoute que, pour les projets à dimension institutionnelle, la participation des agents peut se heurter à leur impression d'être manipulés. La direction, qui se décharge ainsi sur les équipes, les utilise pour mener un changement, voire une réorganisation dont elles ne veulent pas. Certains cadres et agents peuvent donc ressentir le transfert de pouvoir comme un excès de responsabilité.

Enfin, la cadre supérieure insiste sur le fait que le succès d'une innovation managériale peut avoir un impact négatif sur la valorisation des acteurs : « *Dans la réussite, on ne parle que du Lean et non pas des personnes : les professionnels se sont appropriés une méthode de travail et ont obtenu des résultats* ».

Ainsi, les effets pervers induits par les innovations managériales peuvent générer une dégradation des conditions de travail et de la pénibilité et une dégradation de l'environnement de travail à travers une peur du changement et une défiance vis-à-vis des managers. Dès lors, le cercle vertueux entre innovation managériale, qualité de vie au travail et qualité de la prise en charge des patients est rompu, les problématiques initiales persistent et la méfiance à l'égard des démarches managériales peut nuire à toute innovation future.

⁴³ Entretien mené au CHU de Dijon-Bourgogne.

L'analyse des expérimentations engagées met en exergue des obstacles récurrents, empêchant la montée en charge des innovations managériales. Si une partie de ces écueils prend sa source dans les spécificités de l'hôpital, la majorité tient aux risques liés à la mise en œuvre de la démarche elle-même.

2.3 Dès lors, le développement d'une démarche managériale innovante se heurte aux spécificités de l'hôpital et aux difficultés intrinsèques du management

L'analyse des expérimentations menées par les managers interrogés révèle deux types d'obstacles au succès des innovations managériales.

2.3.1 Les spécificités liées à l'hôpital

Contraint de se trouver à l'hôpital, le patient est à la fois le client final et la « matière première » du processus. Contrairement aux méthodes de l'industrie, le parcours du patient est ainsi peu reproductible ou réductible à des standards.

La diversité des activités, des métiers et des compétences complexifie l'environnement hospitalier, poussant V. Fortineau et al. à parler d'une « *organisation en silos d'opérateurs sur-qualifiés* »⁴⁴. Le système de prise de décision, lourd et complexe est propre à l'hôpital. Il a pour objectif de représenter toutes les légitimités présentes dans l'établissement. Les rapports de pouvoir sont marqués par différentes hiérarchies internes – direction, médecins, personnel soignant, personnel administratif – et externes – les tutelles.

Enfin, l'hôpital n'adapte pas ses prix en fonction de la quantité, de la qualité ou des coûts réels⁴⁵. T. G. Zidel explique que la problématique principale des établissements est « *comment soigner mieux une patientèle plus nombreuse, avec des moyens limités ?* » L'hôpital est sous contrainte financière. Un directeur du CH d'Arcachon montre l'importance d'une bonne santé financière pour mener une innovation managériale et met en garde contre le risque de « *morosité* » quand l'établissement est sous contrat de recours à l'équilibre financier. L'hôpital connaît des problématiques spécifiques en matière de ressources humaines : absentéisme, *turn over*, statuts rigides, etc.

⁴⁴ FORTINEAU V., LAMOURI S. et ECKERLEIN G., *Analyse des potentialités et des limites du Lean à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière*, QUALITA' 2015, Mar 2015, Nancy, France.

⁴⁵ ZIDEL T. G., « *A lean toolbox: Using lean principles and techniques in healthcare.* » J Healthc Qual, vol. 28(1), pp. 1{7, 2006.

Si l'innovation managériale a précisément pour but d'améliorer la qualité de vie au travail, ces éléments peuvent précisément empêcher son succès.

2.3.2 Les obstacles récurrents identifiés

Le portage du projet est un élément clé dans la réussite d'une innovation managériale.

- Le **positionnement de la direction** est fondamental. Ainsi, de nombreux comportements peuvent conduire à l'échec de la démarche :

- Une fracture entre les managers de terrain – en charge de l'aspect opérationnel – et les cadres intermédiaires – à qui incombent le pilotage et la stratégie – peut mener à l'échec d'une démarche managériale innovante⁴⁶. De même, une direction qui communique uniquement par cadre interposé et non directement avec les agents nuit au bon dialogue de gestion.

- Le manager qui n'arrive pas à trancher ou le défaut de soutien par la direction pendant la durée du projet peut décevoir les attentes suscitées par l'engagement dans la démarche.

- Sous-estimer la verticalité et les rapports de pouvoir existants dans un établissement et parallèlement, oublier de solliciter les instances de la gouvernance, les chefs de pôles ou les cadres intermédiaires sont autant de comportements qui nuisent au succès d'une démarche. Le fonctionnement en nids d'abeille génère une déresponsabilisation nuisible pour l'esprit d'équipe.

- La **formation** est un élément primordial dans le succès d'une démarche managériale. L'EHESP forme insuffisamment les directeurs à la prise de décision au profit d'une expertise technique. Les médecins et les cadres souffrent d'un manque de formation au changement alors qu'ils en sont les principaux relais. Les personnels ne sont pas assez sensibilisés à la prise d'initiative, ce qui empêche la montée en charge des projets.

- Le **manque de soutien institutionnel** peut desservir la démarche :

- L'absence de mention de l'innovation managériale dans le projet d'établissement nuit à sa cohérence.

- Le projet peut également être ralenti par l'absence de soutien par un système informatique solide et lisible.

⁴⁶ DUJARIER M.-A., *Le management désincarné*, La Découverte, 2015

La mise en œuvre comporte des risques nombreux.

- La **décision** : selon un directeur d'hôpital du CH d'Arcachon, il faut savoir saisir l'opportunité du changement, que ce soit l'arrivée d'un nouveau directeur général ou l'élection du président de la commission médicale d'établissement. Le danger principal consiste à changer de cap trop souvent.
- L'**externalisation** peut être mal acceptée en ce qu'elle est vue comme une manière pour la direction de se déresponsabiliser et une dépense excessive.
- Le **paramétrage du projet** : l'échelle peut être inadaptée pour certaines méthodes.
- La **communication** : le manque de pédagogie est souvent relevé par les agents. En outre, l'absence de dialogue avec les syndicats ou les médecins est décriée. Toutefois, la participation des agents ne signifie pas qu'ils l'approuvent.
- Le **décali** : le manager peut ne pas respecter la temporalité du fonctionnement hospitalier ou oublier de laisser le temps aux agents de se saisir du projet. L'absence d'espace de dialogue peut bloquer la montée en charge de la démarche.
- Les **blocages psychologiques** : des craintes liées à la mise en place d'une méthode freinent son appropriation par les agents. A titre d'exemple, s'agissant du *Lean*, les peurs sont les suivantes : 1) les suppressions d'emplois ; 2) l'idée que le *Lean* n'est qu'un effet de mode qui finira par passer ; 3) la faible implication des médecins ; 4) la connotation péjorative associée au *Lean*⁴⁷.
- Le **suivi et l'évaluation** : l'absence de suivi lors de la mise en œuvre est préjudiciable. De même, une directrice du CHU de Lille a pu se reprocher de ne pas avoir prévu en amont une cellule de veille et de contrôle : celle-ci a été mise en place dans un contexte de crise en découvrant les difficultés jusqu'alors cachées. Globalement, des évaluations sont rarement menées.

L'**absence de culture du changement**, plus difficile à identifier, est un frein essentiel au bon déroulement d'une innovation managériale. Une directrice du CLCC identifie deux obstacles majeurs à l'hôpital public : l'absence de courage managérial et l'incapacité à motiver des gens qui ne veulent pas s'inscrire dans une démarche managériale innovante. La cadre supérieure du CH de Valenciennes affirme : « *il faut faire attention aux institutions qui veulent faire du Lean dans une continuité historique immuable* ». Ainsi, A. Rousseau et de C. d'Autume, dans le rapport final « Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière » intégré à la Stratégie nationale de santé de 2016, précisent : « *La notion de management paraît peu valorisée ou à tout le moins mal identifiée en tant que telle, comme si la capacité managériale était un accessoire de la compétence technique et*

⁴⁷ FINE B. A., GOLDEN B., HANNAM R., and MORRA D., "Leading lean: a canadian healthcare leader's guide," Healthcare Quarterly, vol. 12(3), pp. 32-41, 2009.

scientifique ». Les projets de ce type paraissent donc secondaires par rapport aux problématiques actuelles de l'hôpital.

Après avoir identifié, d'une part, la relation positive entre innovation managériale, qualité de vie au travail et qualité des soins et, d'autre part, les éléments à même de nuire à la démarche, il convient de formuler des recommandations en vue d'aider les établissements à sécuriser leur politique managériale tout en respectant leur culture propre.

3. Des pistes concrètes d'amélioration pour mobiliser toutes les potentialités des innovations managériales à l'hôpital tout en respectant ses spécificités

L'enjeu du développement d'une nouvelle culture managériale à l'hôpital est aujourd'hui largement partagé. Toutefois, les particularités attachées aux établissements de santé rendent l'imposition de démarches « *Lean* », « agile » ou « libérée » complexe.

A l'appui d'une littérature de plus en plus riche et de nos entretiens, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être privilégiées pour s'assurer de la pérennité des nouvelles méthodes développées en milieu hospitalier. Ces pistes reprennent souvent les conditions de réussite théoriques des démarches de gestion de la performance : (1) Comprendre l'environnement, (2) Impliquer les cadres dirigeants, (3) Organiser des équipes pluridisciplinaires, (4) Accompagner le changement, (5) Superviser.

Or, selon Radnor⁴⁸, ces prérequis doivent être étroitement intégrés au sein des outils opérationnels afin d'imposer une démarche de supervision et d'amélioration continue, d'assurer l'évaluation des outils déployés, de diagnostiquer les résistances au changement et de trouver des solutions en aval du projet initial.

Ainsi, comme le souligne Moisdon⁴⁹ (1997), « *la gestion de la performance peut constituer un levier de transformation des systèmes de santé, si les outils sont utilisés non pas comme des outils de conformation mais comme des outils d'apprentissage* », ce qui oblige donc l'hôpital à se saisir de nouvelles pratiques pour assurer sa transition vers un modèle de management résilient pour ses professionnels et performant pour ses patients.

⁴⁸ RADNOR, HOLWEG et WARING, 2012, « Lean in healthcare : the unfilled promise ? », *Social science & medicine* : 377-91.

⁴⁹ MOISDON, 1997, « Introduction générale », Ouvrage collectif, *Du mode d'existence des outils de gestion*, p.7-44.

3.1 Privilégier un pilotage managérial inclusif et responsabilisant, gage de l'adhésion au changement des professionnels hospitaliers

Recommandation 1 : Assurer un portage affirmé du projet managérial par les directeurs à la fois sponsors et acteurs du changement

Les directeurs d'hôpital et directeurs des soins sont des **pilotes** de choix pour le développement d'un projet managérial à l'échelle d'un établissement, d'un pôle ou d'un service. En effet, il apparaît qu'un changement organisationnel ne peut être pérenne sans un portage hiérarchique tangible afin de centraliser la stratégie initiale (**sponsors**). Les directeurs doivent donc endosser le rôle de manager et prendre des décisions afin d'ancrer le projet avec réalisme sur le terrain. Toutefois, ces derniers doivent également être **acteurs** du changement en participant directement à son déploiement⁵⁰. M.V, consultant RH, nous confiait alors l'importance de l'exemplarité, afin qu'ils deviennent une ressource pour les autres professionnels et non une autorité de contrôle et d'imposition.

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
Un portage hiérarchique clair garantit cohérence, visibilité et légitimité au projet et participe à l'adhésion des professionnels.	Ce pilotage ne doit pas conduire la direction à s'appropriier le projet et à déresponsabiliser les professionnels au risque de privilégier une démarche « top-down » perçue comme imposée par les professionnels.	Pilotage au moyen d'espaces de dialogue (CODIR, instances de dialogue social). Inscription de l'engagement de la direction au sein des documents réglementaires comme le projet d'établissement ou encore les contrats de pôle.

Recommandation 2 : Responsabiliser et autonomiser les professionnels en se reposant avec confiance sur les personnels d'encadrement

Aux côtés d'un portage hiérarchique, le développement d'une culture managériale innovante à l'hôpital doit s'appuyer sur des relais opérationnels : les **cadres de santé**. Ces derniers sont d'ailleurs régulièrement mobilisés pour déployer de nouveaux outils ou piloter une réorganisation afin d'impliquer les professionnels médicaux et non-médicaux à l'échelle de leur service. L'objectif est bien de convaincre sans « prendre au piège les soignants »⁵¹. L'**appropriation** du changement nécessite

⁵⁰ Exemple de la méthode *Gemba* au CHU Dijon-Bourgogne dans le cadre du « Lean management » : aller sur le terrain pour observer, au contact des professionnels, une problématique concrète.

⁵¹ Entretien avec une directrice du CHU de Lille.

autonomie, sécurité et confiance afin de laisser à la grande variété de professionnels hospitaliers l'occasion de participer et faire remonter initiatives et corrections (management participatif).

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
<p>Les professionnels montent en compétence et deviennent acteurs du changement.</p> <p>La formation assure l'efficacité du dispositif mis en œuvre en renforçant leurs aptitudes de managers.</p>	<p>La formation ne doit pas être aléatoire mais bien répondre à un engagement global de l'établissement et du professionnel autour d'un projet concret.</p> <p>Veiller à l'opérationnalité de la formation afin d'assurer une mise en pratique rapide et utile des outils mobilisés.</p>	<p>Demande du temps et des moyens financiers importants.</p> <p>L'intervention d'un consultant extérieur peut constituer une piste.</p>

Recommandation 3 : Former les professionnels aux nouveaux outils managériaux, anticiper leur montée en compétence afin qu'ils s'approprient les changements de pratiques et d'organisations

Préparer et former les professionnels aux innovations managériales apparaît fondamental pour s'assurer de la réussite d'un projet de réorganisation. Un manager doit relever plusieurs défis : accompagner les changements et transformations organisationnelles, co-construire et animer les collectifs de travail, trouver un point d'équilibre entre poids du collectif et autonomie individuelle... Ces défis sont autant de missions pour lesquelles les « soft skills » ne suffisent pas. La formation permet d'acquérir des capacités de diagnostic et d'analyse afin que les professionnels-managers se saisissent concrètement des outils aujourd'hui disponibles pour valoriser la qualité de vie au travail des agents et renforcer la performance des soins (par exemple le master spécialisé « trajectoire dirigeant » de l'Institut Gustave Roussy). Ainsi, le CHU de Reims utilise depuis 2016 la simulation managériale afin de renforcer les compétences de ses managers en les confrontant à des situations proches de la réalité.

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
<p>Une culture managériale inclusive et participative assure acceptation et appropriation du changement de la part des professionnels, garantie de la pérennité du projet à long terme.</p>	<p>Veiller au caractère inter-professionnel du projet afin que les cadres de proximité coordonnent l'ensemble des corps de métiers (médical, administratif, technique).</p> <p>Assurer un « temps protégé » pour les cadres dédié au développement de l'initiative.</p>	<p>Pilotage au moyen de groupes de travail permettant l'échange de bonnes pratiques (entre cadres, cadres supérieurs et direction par ex.).</p> <p>Mettre à disposition comme le management visuel, des locaux adaptés et des systèmes d'information performants.</p>

3.2. Communiquer avec transparence et pédagogie en s’adaptant aux héritages et à la temporalité de l’hôpital

Recommandation 4 : Communiquer et expliquer de manière coordonnée, concrète et transparente les objectifs de la démarche innovante mise en œuvre

Dans une institution telle que l’hôpital, la communication va plus loin que la simple transmission d’une information. Elle revêt une mission de construction de règles, procédures et solutions collectives qui vont *in fine* s’imposer à tous⁵². Or, la communication à l’hôpital est souvent en proie à une distorsion entre travail réel et travail prescrit créant un climat de « *défiance chronique qui intoxique le travail* » selon Y. Clot⁵³. Assurer le développement d’une IM comme celle du « magnétisme » ou du « *Lean* » oblige donc à s’intéresser d’abord à l’humain avant l’outil. L’accompagnement semble ici fondamental et le management doit alors permettre de créer une congruence entre le travail du professionnel et le sens qu’il donne à ce dernier. Il convient donc d’expliquer avec pédagogie et transparence l’objectif visé et en quoi ce dernier peut être partagé par tous.

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
<p>L’information est centrale dans l’accompagnement au changement.</p> <p>Communiquer juste et vrai permet donc à un projet de s’imposer plus aisément à l’hôpital en évitant les écueils dus à ses contraintes actuelles (recherche pure d’économie et d’efficacité, réduction de moyens...).</p>	<p>Utiliser les canaux de communication les plus adaptés pour chaque corps de métier afin d’assurer la transversalité du projet engagé.</p> <p>Communication pas uniquement descendante : veiller à ce que les observations de la base remontent facilement jusqu’aux pilotes.</p> <p>Être cohérent sur les objectifs, les outils et les autres projets de l’établissement.</p>	<p>Avoir des canaux de communication institutionnalisés : journal d’établissement, documents institutionnels, dialogue social...</p> <p>Exploiter les ressources numériques et informatiques.</p>

⁵² MEDINA. P., LAHMADI G. «La dimension communicationnelle du management hospitalier », *Communication et organisation*, 41 | 2012, 157-168.

⁵³ CLOT Y., *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, Ed. La Découverte, 2010.

Recommandation 5 : S'adapter au terrain pour développer une culture « sur mesure » adaptée à l'histoire et aux spécificités d'une structure ou d'un service

L'héritage culturel d'un établissement peut déterminer la réussite ou l'échec d'une innovation organisationnelle si ce dernier n'est pas pris en compte dès la conception du projet. Tout changement s'amorce par une phase de diagnostic souvent difficile à l'hôpital tant certaines spécificités sont ancrées dans la vie d'un établissement. A ce titre, les managers se doivent « *d'identifier le bon moment, d'établir le bon diagnostic et de choisir les bonnes personnes pour mettre en œuvre un nouveau projet.* »⁵⁴ Il n'est donc pas nécessaire de repartir de zéro pour innover. Une fois cette étape réalisée, la question de la transposition d'outils innovants intervient. L'adaptation des outils et le recueil d'informations au plus près des professionnels – et tout particulièrement pour la QVT – apparaissent donc fondamentaux.

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
Cette démarche assure une grande adaptabilité du projet à l'établissement et favorise sa réussite auprès des professionnels.	Ne pas évincer des méthodes innovantes trop rapidement au regard des résistances locales : s'adapter ne signifie pas refuser d'évoluer. Comment prioriser ou classer les attentes recensées ?	Disposer de personnes ressources pour réaliser le diagnostic initial : difficile dans un contexte de fort turn-over des directeurs par ex. Contrainte de temps.

Recommandation 6 : Respecter la temporalité de l'hôpital et les périodes de transition nécessaires à l'adhésion des professionnels

Réformer les organisations et procédures à l'hôpital demande du temps et un rythme naturel de transition afin d'assurer la pérennité d'un projet à long terme. La plupart des établissements consultés souffrent d'un difficile équilibre entre la nécessité du temps long pour la mise en place d'un projet novateur et la volonté pour ses pilotes et les professionnels d'en observer les résultats rapidement. Une temporalité trop lente risque en effet de décourager les acteurs et de porter atteinte à la légitimité du projet.

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
Permet aux professionnels d'adhérer progressivement au projet malgré leurs résistances au changement.	Si le temps est trop long, risque de démoralisation pour les professionnels et d'abandon.	Tenir un calendrier de pilotage et respecter ses grandes étapes. Montrer de manière régulière les réussites et les avancées.

⁵⁴ Entretien réalisé avec le directeur général du Centre Hospitalier d'Arcachon.

3.3. Diffuser une culture managériale de l'évaluation et de l'amélioration continue des pratiques pour pérenniser le changement initié

Recommandation 7 : Développer, dès la conception d'un projet managérial, les indicateurs de suivi et d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prise en charge des patients

Les expérimentations managériales réalisées en France souffrent le plus souvent d'un faible retour d'expérience. En effet, peu de chiffres ou indicateurs viennent étayer très précisément le cercle vertueux identifié précédemment et pourtant largement partagé. Cet état de fait traduit un écueil fréquent : la supervision à court terme, l'amélioration continue et l'évaluation à long terme restent embryonnaires. Le suivi par tableaux de management visuel (qui fait quoi ; fiches projet ; planning) semble acquis ; toutefois, la construction d'indicateurs dès la conception du projet (absentéisme, accidents du travail, « humeur du jour » ...) est encore insuffisante. Or, il semble que l'observation des résultats participe à la motivation des acteurs.

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
Concevoir un projet en parallèle d'indicateurs de suivi et d'évaluation confère à ce dernier une plus grande légitimité et justifie ainsi son arrêt ou sa généralisation.	Veiller à sélectionner des indicateurs objectifs et ne pas généraliser de manière automatique les résultats obtenus.	Possibilité de s'appuyer sur le contrôle de gestion, les données de santé au travail ou les enquêtes de satisfaction.

Recommandation 8 : Organiser dès le déploiement du dispositif des retours d'expérience des professionnels et des enquêtes satisfaction pour les patients

Les retours d'expérience permettent aux professionnels engagés dans une démarche de réorganisation ou d'amélioration de la performance d'échanger sur les outils utilisés, les écueils relevés et les réussites observées. Cette culture d'amélioration continue constitue un prérequis fondamental dans la pérennisation d'un projet managérial innovant. En institutionnalisant des espaces de dialogue et de partage de bonnes pratiques, une mesure dépasse l'intérêt cosmétique, gagne en légitimité et s'intègre toujours plus profondément dans la culture de l'établissement. A ce titre, l'interaction dans l'usage des outils de gestion de la performance augmente la satisfaction du personnel à leur égard et pourrait même contribuer, en retour, à l'innovation initiale⁵⁵.

⁵⁵ DEMARTINI, C. and MELLA, P. (2014), Beyond feedback control: the *interactive* use of performance management systems. Implications for process innovation in Italian healthcare organizations. Int J Health Plann Mgmt.

Avantages	Points de vigilance	Faisabilité et moyens
Les RETEX et questionnaires sont autant de sources d'informations destinées aux managers pour améliorer leurs pratiques et intégrer dans leur corps de métier une nouvelle culture managériale.	Analyser les échecs et les réussites à la lumière des spécificités de chaque entité. Recueillir les avis de tous les professionnels et pas seulement des agents mobilisés.	Demande du temps dédié et des locaux appropriés.

Conclusion

Au regard des réformes, transformations et tensions qui impactent depuis quelques années les établissements publics de santé, les managers hospitaliers s'interrogent : l'innovation managériale est-elle une nécessité pour répondre à ces nouveaux enjeux ou seulement un instrument cosmétique ?

Si l'hôpital se caractérise le plus souvent par des innovations techniques (innovations médicales, outils numériques et systèmes d'information), la diversité des cultures professionnelles qui le compose et la spécificité du « prendre soin » rend le management fondamental. En effet, ce sont *in fine* les hommes qui en sont les acteurs principaux. Dès lors, la question du bien-être au travail constitue un enjeu majeur.

Au-delà d'un simple effet positif sur la qualité de vie au travail, nous avons identifié, à l'appui de nos lectures et entretiens, un cercle vertueux au sein duquel un management bienveillant et participatif aboutit, plus ou moins directement, à une plus grande satisfaction des professionnels au profit d'une meilleure prise en charge des patients à l'hôpital.

Cependant, la question soulevée par les nouvelles méthodes managériales (*Lean management*, hôpital magnétique et hôpital libéré) est bien celle de leur transposition concrète au sein des EPS malgré leurs spécificités et les potentielles résistances au changement de leurs professionnels. Dès lors, tout l'enjeu pour les managers est de se saisir des outils et modèles en les adaptant à leur structure et héritage culturel propre. En effet, le risque principal est de reproduire à l'identique un dispositif inadapté où le choix de l'outil prime sur un objectif correspondant aux besoins et attentes de l'organisation et résultant d'une réflexion collective.

Afin de surmonter cet écueil et de susciter l'adhésion des professionnels, garantie de la réussite du projet, les acteurs du changement doivent veiller à respecter plusieurs principes. Tout d'abord, le portage du projet managérial est une étape fondamentale nécessitant un positionnement clair et affirmé des pilotes, une formation adaptée des cadres intermédiaires et une collaboration étroite et transversale des professionnels. Ensuite, la conduite du changement nécessite une communication appropriée : faire preuve de pédagogie, privilégier la transparence et respecter la temporalité de l'hôpital. Enfin, la mise en œuvre d'un projet ne pouvant se limiter à son déploiement, une culture de l'évaluation et de l'amélioration continue des pratiques doit être infusée dès la conception de ce dernier.

Ces pistes de réflexion sont d'ailleurs au cœur des réformes hospitalières actuelles et à venir. La montée en charge des groupements hospitaliers de territoire depuis 2016 invite par exemple les établissements à organiser un management unifié entre les structures membres pour renforcer la pertinence de cette nouvelle coopération, faisant ainsi de ces derniers un espace propice au partage de bonnes pratiques. En outre, les propositions de réforme des études médicales et paramédicales – à l'instar des infirmières de pratique avancée (IPA) – pourraient être l'occasion de sensibiliser les soignants aux enjeux du management et ainsi privilégier les regards croisés et les échanges interprofessionnels.

Bibliographie

ARTICLES

- AUTISSIER D., JOHNSON K., MOUTOT J-M., (2015), « De la conduite du changement instrumentalisé au changement agile », *Questions de management*, n°10, p. 37-44.
- BARRAND J., (2009), « Être agile... le destin de l'entreprise de demain », *L'expansion management review*, n°132, pp. 118-129.
- BENALLAH, S. & DOMIN, J. (2017). Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?. *La Revue de l'Ires*, 91-92(1), p.156.
- BIRKINSHAW J., HAMEL G., MOL M.J. (2008). *Management innovation, Academy of Management Review*, vol. 33, n° 4, p. 825-845.
- BRUNELLE Y., (2009), « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se soigner. », *Pratiques et organisations des soins*, Vol. 40 n°1, p.10.
- COLLECTIVITE AUTEUR, (2014), « L'innovation managériale à l'hôpital », *Gestions Hospitalières*, n°534.
- COLLECTIVITE AUTEUR, (2017), « L'hôpital libéré : une innovation managériale efficiente et socialement acceptable », *Gestions Hospitalières*, n°569.
- COLOMBAT P., (2017), Entretien dans la revue *Travail et changement*, n°366, p.8.
- DE GANTES E., BELLAGAMBA G., LEHUCHER-MICHEL M-P., (2014), « Analyse lexical de la qualité de vie au travail des psychiatres à l'hôpital », *Santé Publique*, vol.26, pp.803-812.
- DETCHESSAHAR M., (2011), « Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème, mais la solution », *Revue française de gestion*, vol. 37, n°214, pp.89-105.
- DONABEDIAN A., (1980), The definition of quality and approaches to its assessment, Exploration in quality assessment and monitoring, Volume 1, *Health Administration Press*, Ann Arbor.
- FINE B.A., GOLDEN B., HANNAM R. et al., (2009), « Leading Lean: a canadian healthcare leader's guide », *Healthcare Quaterly*, vol. 12, pp. 32-41.
- FORTINEAU V., LAMOURE S., ECKERLEIN G., (2015), « Analyse des potentialités et des limites du Lean à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière. », *Qualita*, Nancy, France, p. 9
- FRAISSE S., ROBELET M., VINOT D., (2003), « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, n° 146, pp. 155-166.
- HERREROS G., (2007), L'hôpital à l'épreuve des réformes, entre institution et organisation, *Socio-Anthropologie*.

- LE ROY F., ROBERT M., GIULIANI P., (2013), « L'innovation managériale », *Revue française de gestion*, n°235, pp. 77-90.
- LEMIEUX N., BEAUREGARD M., (2015), « Parallèles entre l'évolution des pratiques de gestion du changement et le changement agile », *Questions de management*, n°10, pp. 65-76.
- MCCLURE ML., POULIN MA., SOVIE MD. et al., (1983), « Magnet hospitals attraction and retention of professional nurses. Kansas City Missouri: American nurses' association, *Task force on nursing practice in hospitals* ».
- MEDINA P., LAHMADI G., (2012), « La dimension communicationnelle du management hospitalier », *Communication et organisation*, 41, pp. 157-168.
- NABITZ U. KLAZINGA N. WALBURG J., (2000), "The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care". *European Foundation for Quality Management.*, Int J Qual Health Care.
- NASSERA T., BRABANT, B., (2015), « L'appropriation des innovations managériales par les établissements de santé : à propos du rôle des agences régionales, l'exemple de l'utilisation des données de performance », *La revue de l'innovation : la revue de l'innovation dans le secteur public*, n° 20, article 3, 28 p.
- NOBRE. T., (2013), « Changer les principes du management pour que rien ne change ? », *Revue française de gestion*, n°235, pp. 113-127.
- OOTIM B., (2002), "Error making. Part 2: Identifying the causes in nursing", *Nurs Manag.*
- RADNOR Z., HOLWEG M., WARING J., (2012), « Lean in healthcare: the unfilled promise? », *Social science & medicine*, 74, pp. 364-71.
- SPINHIRNY F., COHEN-BOUMAKIA A., (2019), « S'orienter dans les nouvelles pratiques managériales », *Gestions Hospitalières*, n°584, pp.152-162.
- TOVIM B., BASSHAM J., BOLCH D. et al., (2007), « Lean Thinking across a Hospital: Redesigning Care at the Flinders Medical Centre », *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, p. 1015.
- VONNEGUT M., (2007), "Is quality improvement improving quality? A view from the doctor's office", *N Engl J Med.*
- WINTERS R., NEVILLE S., (2012), "Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing care in a New Zealand Hospital", *Nursing praxis in New Zealand*, Vol. 28 n°1, pp. 19-28.
- ZIDEL T.G., (2006), « A lean toolbox: Using lean principles and techniques in healthcare », *Healthcare Qualerly*, vol. 28, pp. 1-7.

OUVRAGES

- AUSTISSIER D., JOHNSON K., MOUTOT J-M et al., *L'innovation managériale*, Eyrolles, janvier 2018, 224 p.
- CLAVERANNE J.-P., PASCAL C., *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Eyrolles, 2004.
- CLOT Y., *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, Ed. La Découverte, 2010.
- DEMARTINI, C. et MELLA, P., *Beyond feedback control: the interactive use of performance management systems. Implications for process innovation in Italian healthcare organizations*. Int J Health Plann Mgmt, 2004.
- DEMING W. E., *Quality productivity and competitive position*, 1ère édition, 1982.
- DUJARIER M., A., *Le management désincarné*, La Découverte, 2015.
- GHEORGHIU M., D., MOATTY F., *L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail*, Editions Liaisons, 2013, 304 p.
- GILLET-GOINARD F., MOLET H., MONTEILLER G., *Happy management : osez manager par l'enthousiasme !*, Dunod, 2016.
- HAMEL G., *La fin du management. Inventer les règles de demain*, Paris : Vuibert, 2018, 249 p.
- HOLCMAN R., *La souffrance des soignants*, Dunod, 2018.
- LOUAZEL A, MOURIER E., ERWANN R. et al., *Le management en santé, gestion et conduite des organisations de santé*, Presses de l'EHESP. 2018, 544 p.
- MOISDON J-C., TONNEAU D., *La démarche gestionnaire à l'hôpital*, Séli Arslan, 2015, 254 p.
- NOBRE T., ANTOINE A., CREMIEUX F. et al., *L'innovation managériale à l'hôpital : 14 cas de mise en œuvre*, Santé Sociale : Dunod, 2013, 320 p.
- THEVENET M., *La culture d'entreprise*, Que sais-je ? 5ème édition, Paris : Presses Universitaires Françaises, 2006, 128 p.

DOCUMENTS ELECTRONIQUES

- AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER (ANCC). Magnet Model. [Visité le 04/05/2019], disponible sur internet : <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/>
- BEST PRACTICES. Corriger la myopie stratégique. Disponible sur internet : <https://www.bestpractices-si.fr/publications/analyse/corriger-la-myopie-strategique>
- MINISTERE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS, mars 2019, Guide de la qualité de vie au travail. Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT, les collections de la DGFAP, disponible sur internet : www.fonction-publique.gouv.fr.

- LABAUNE S., (2018), « CHU de Montpellier : le changement de "culture managériale" a permis une réduction des accidents de travail (DRH) », *APMJOB*. Disponible sur internet : <https://www.apmjob.com/news/501/>.
- MOISAN P. Myopie stratégique ou stratégie durable, la prospective de l'interdisciplinarité pour (re)penser le territoire. Disponible sur internet : <http://zoneoccupee.com/myopie-strategique-ou-strategie-durable-la-prospective-et-linterdisciplinarite-pour-repenser-le-territoire>.
- SPINHIRNY F., L'hôpital libéré. Et pourquoi pas avec le Lean management ? Disponible sur internet : <https://managersante.com/2017/01/11/hopital-libere-et-pourquoi-pas-avec-le-lean-management-partie-12/>

THESES

- CURATOLO N., 2014, « Proposition d'une méthode Lean pour l'amélioration des processus métiers : application au processus de prise en charge médicamenteuse à l'hôpital », Génie des procédés. École nationale supérieure d'arts et métiers - ENSAM, 246 p.
- KOSTULSKI K., « Communication et rationalités collectives dans les équipes de travail : analyse formelle des transmissions écrites et orales au sein de deux équipes de soins », Université de Nancy II, 1998.
- SIBE M., « L'hôpital magnétique », Thèse pour le doctorat de sciences de gestion : Université Rennes 1 ; 2014, 545 p.

RAPPORTS

- BETOUT C., CARDI C., MORVANT E., PANISSIER S., Le travail de nuit des infirmiers : effets sur les conditions de vie, les pratiques professionnelles et la qualité des soins, INTD, 2007.
- BRUANT-BISSON A., CASTEL P., PLANEL MP., *Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé*. IGAS ; 2012.
- COMPAGNON C., GHADI V., *La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages*, 2009.
- COUANAU M., *L'organisation interne de l'hôpital*, Rapport d'information n°714 de l'Assemblée nationale, présenté le 19 mars 2003.
- DREES, 2016, *Les conditions de travail à l'hôpital*. Portrait des professionnels de santé.
- HAS, 2016, *Qualité de vie au travail et qualité des soins*, Revue de littérature.
- ROUSSEAU A., D'AUTUME C., *Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*, Rapport final, Stratégie de transformation du système de santé, 2018.
- TRUCHOT D., *Rapport de recherche sur la santé des soignants* ; Université Bourgogne-Franche-Comté, 2018.

Liste des annexes

Annexe 1 : Modèle fiche thématique

Annexe 2 : Modèle questionnaire

Annexe 3 : Tableau récapitulatif des entretiens

Annexe 1 : Modèle fiche thématique

THEME DE LA FICHE	
Thème et définition	« La plus large possible » historique (cela concerne qui ? - Quels sont les principes ?)
Littératures	« Les différents auteurs et leurs théories »
Enjeux- Limites Outils	Illustrations pratiques transférables
Exemples pratiques	Dans la fiche de lecture, essayer de trouver des exemples de mise en œuvre hospitalière.
Mots clés	« En lien avec la problématique »
Bibliographie	

L'objectif de cette grille était d'assurer une uniformité dans le corps du rapport lors de la rédaction mais également un moyen de ne pas se laisser déborder par le caractère très vaste du sujet proposé tout en mêlant aspects théoriques et exemples pratiques.

Annexe n°2 : Grille d'entretien

Questionnaire

Nom :

Fonction :

Établissement :

Date de l'entretien : .../.../...

Durée de l'entretien :

- 1) Quelle est votre définition du concept d'innovation managériale ?
- 2) Avez-vous mis en place une démarche managériale innovante ?
- 3) Si oui, laquelle ? Et dans quel but ?
- 4) Comment avez-vous mis en œuvre cette démarche (acteurs, outils, ressources, procédure, temporalité, aide extérieure) ?
- 5) Quels effets positifs avez-vous relevé (sur la structure, sur le personnel : QVT/pratiques professionnelles, sur la patientèle) ?
- 6) Quels obstacles et effets pervers avez-vous rencontré ? Comment les avez-vous surmontés ?
- 7) Où en êtes-vous aujourd'hui ? Si vous deviez recommencer ce projet, que modifieriez-vous ?
Avez-vous des conseils à soumettre à des établissements qui souhaiteraient s'inscrire dans une démarche similaire ?

Annexe n°3 : Tableau récapitulatif des entretiens

ENTREPRISES PRIVEES									
	Structure	Fonction	Définition du concept d'innovation managériale	Démarche(s) mise en place	Objectifs	Méthodologie	Effets positifs	Obstacles rencontrés	Conseils
1	Entreprise spécialisée dans l'électronique (Gironde) – 2 300 salariés	Responsable de programme	Contribuer à la transformation de l'entreprise par la mise en place d'une nouvelle organisation propice à l'amélioration continue de l'efficacité, tout en permettant l'épanouissement et la progression des collaborateurs.	Entreprise libérée	Mise en place d'un fonctionnement en holocratie afin de placer les instances décisionnaires au niveau ad hoc (décideurs inversés)	Espace de démonstration et proximité des équipes Innovation : centrée sur les usages et les attentes des utilisateurs Espaces collaboratifs Ergonomie des lieux évolutive Focus particulier sur la qualité de vie au travail	Satisfaction des salariés	Innovation à l'échelle de l'entreprise alors chaque entité a ses spécificités et sa culture	Importance du leader même si celui-ci n'a pas plus de pouvoir de décision que les autres
2	PME dans l'industrie de composants électriques et électroniques (Pyrénées Atlantiques) - 25 salariés	Ingénieur au bureau d'études Ex-DG, jardinier holiste	Il n'y a pas de méthode générale, pas de plan préétabli. Il existe des outils ; on doit faire avec l'humain, on doit adapter l'outil.	Agilité via scrum pour le côté opérationnel Entreprise libérée pour la Direction	« Casser la routine des réunions du lundi matin à l'intérêt limité et celle des diagrammes de Gantt sans cesse ajustés » Redonner et retrouver du sens du travail fait	Formation du service autour de 5 outils : * Le backlog * La revue de backlog (bimensuelle) * Le stand-up * La présentation au client * Une rétrospective sous forme de jeu	L'agilité et la liberté ont permis le renouveau autour de 4 axes : - Faire se sublimer les gens - Procurer régulièrement de la valeur - Commencer par installer un cadre bienveillant - Expérimenter vite pour apprendre	« Il y a eu de grandes variations au début (joie et euphorie suivies de peur et inquiétude) à l'instar du cycle du deuil ».	« L'holocratie est fondée sur le principe de l'intelligence collective. Elle [...] nécessite de travailler en transparence et la motivation des différentes parties est augmentée »

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS									
	Structure	Fonction	Définition du concept d'innovation managériale	Démarche(s) mise en place	Objectifs	Méthodologie	Effets positifs	Obstacles rencontrés	Conseils
3	Hôpital public (Nord) – 2 065 lits	Cadre supérieur de santé	« Pour moi l'innovation managériale n'existe pas. Il s'agit de trouver une méthode de management capable de fédérer une équipe autour d'objectifs partagés »	Lean management Intelligence collective	« Il s'agissait de montrer aux professionnels qu'ils sont non pas des exécutants mais des acteurs du système. Ce sont eux qui font la qualité ou la non qualité ».	* Définition d'une culture d'entreprise commune * Création d'outils avec tableaux de bord, indicateurs	* Amélioration de la satisfaction des usagers, des professionnels * Motivation et implication des personnels * Amélioration de la productivité individuelle	« Il a été nécessaire de s'autocensurer pour éviter l'épuisement des leaders et ne pas vouloir toujours en faire plus que nécessaire »	« Je ne changerai rien. Je serai vigilant quant à la détection de l'épuisement des personnes car le leader est le maître du temps »
4	Clinique privée (Pyrénées Orientales), 183 lits	Directeur général	Il s'agit de savoir « comment amener des équipes dans un projet pour faire en sorte qu'ils remettent en cause leurs systèmes anciens, dans lesquels ils ont l'habitude de travailler, tout en prenant du plaisir ».	Proche d'une démarche Lean management et/ou hôpital magnétique	« Casser la culture où le directeur est le grand manitou en motivant et responsabilisant les équipes »	Un directeur a été dédié au changement et l'établissement a fait appel à un cabinet de consultant extérieur	* Moins de turn-over dans les équipes * Effets positifs sur la qualité de vie au travail	* Nécessité, au préalable, de définir des valeurs communes. * Un seul directeur pour porter le projet	« Quand on avance dans un projet d'IM, on ne connaît rien. Les éléments que je réaliserais différemment aujourd'hui est de faire les changements plus rapidement »

5	Hôpital public (Gironde) – 291 lits	Directeur général	Il s'agit de « <i>mettre du nouveau dans le management (et non inventer de nouvelles formes de management)</i> » et « <i>inventer de nouvelles formes de management</i> »	Pas d'outils spécifiques Management bienveillant et responsabilisant	« <i>Il s'agit d'inventer de nouveaux styles de management pour éviter le management ancien de type paternaliste.</i> »	Mobilisation des acteurs de la gouvernance de l'hôpital ainsi que les Chefs de pôle et de service. Redonner du sens aux pôles et redonner la parole aux acteurs de terrain.	* Revalorisation des cadres * Amélioration de la communication avec le patient	* Manque de culture du changement de certains acteurs * Différence générationnelle à prendre en compte	« <i>Mon conseil principal est d'avoir un alibi, de savoir trouver le moment clé pour lancer une démarche, il faut se servir d'une opportunité</i> »
6	Hôpital public (Nord) – 3 000 lits	Directeur de la performance et des organisations	« <i>Je n'ai pas de définition de l'innovation managériale et préfère plutôt une vision différente du management, mais pas vraiment de l'innovation en tant que tel</i> »	L'excellence opérationnelle par le Lean management	« <i>Traiter les sujets de façon opérationnelle et aller au cœur des sujets opérationnels, ce qui n'est pas forcément l'attitude des directeurs</i> »	Accompagnement des agents, par une équipe de 3 personnes, avec des outils pour repérer et analyser les changements (analyse flux, observations avec partage sur ce qu'on a vu) Accompagnement des agents dans une dynamique où ils remontent eux-mêmes leurs difficultés Réalisation via un mode participatif	Difficiles à évaluer même si certains projets ont été menés à terme et ont montré des effets positifs tant pour les agents que les patients	Grande difficulté à convaincre et à faire participer les équipes au projet	« <i>Il convient de bien intégrer dans le management l'aspect opérationnel, surtout sur un sujet concret comme l'informatique. Il ne faut pas regarder le projet de manière théorique</i> »
7	Hôpital public (Saône-et-Loire) – 381 lits	Directeur général	« <i>L'innovation est associée à un contexte donné et est vecteur d'effet positif. C'est une pratique qui n'a pas peur de l'échec</i> »	Lean Management	Travailler sur les irritants. Recenser en collectif les problèmes. Identifier les irritants, source de sous efficacité, de fatigue et d'épuisement	Animation d'équipe en recherche de solution. Forte énergie managériale au quotidien	« <i>Concept autoporteur : quand on voit que ça marche on continue</i> »	Le manque de préparation des cadres à cet exercice entraînant une déstabilisation Indisponibilité de l'équipe de direction	Faire un diagnostic précis de l'établissement

8	ESPIC (Val-de-Marne) – 457 lits	Responsable développement et innovation managériale	« L'idée est de trouver des approches qui sortent des sentiers battus et qui permettent de s'adapter à un public particulier du fait de la nature de l'activité »	Un accompagnement managérial	« Faire en sorte que les managers agissent en responsabilité et veillent au respect des règles (Code du travail » et au maintien de la qualité de vie au travail »	Conférences managériales Coaching individuels et collectifs Master exécutif « Trajectoire dirigeants » pour les directeurs et chefs de départements Stages de théâtre	« Dès qu'il y a un problème, le manager et les salariés viennent consulter la direction en direct » Évaluation des pratiques managériales par un questionnaire 360 Satisfaction des patients	Nécessité de mener une étude scientifique pour convaincre Contrainte de temps	« L'important est d'être sûr de l'objectif final : on doit démontrer aux salariés l'efficacité de la démarche. Il faut du courage managérial »
9	Hôpital public (Côte d'Or) – 1 788 lits	Directeur général	Il s'agit d'initier un mouvement transversal d'amélioration de la qualité des soins par l'implication directe des professionnels	Lean management	Assurer le bien-être et l'engagement des professionnels afin de renforcer l'attractivité de l'établissement pour ses professionnels Améliorer la qualité du service rendu patient et l'organisation	Formation par un cabinet extérieur : Dialogue avec les équipes Repérage des traitements des irritants Développement de l'implication de chacun des acteurs de l'établissement	Management plus visuel Réunions plus courtes Amélioration de la qualité de vie au travail, des organisations	« Démarche qui prend du temps et qui demande la participation de l'ensemble des acteurs et une impulsion forte de la direction »	Communiquer sur le projet, la méthode et ses objectifs Mettre des moyens suffisants pour mener à bien le projet Impliquer les acteurs de proximité et les valoriser
10	Hôpital public – 1 308 lits	Directeur des finances et affaires médicales	« Cela relève plutôt d'un effet de mode » Rien de nouveau dans le management	Aucune	Pas en faveur d'une méthode mais bien d'une philosophie : placer l'humain au cœur du management	Coaching individuels pour les managers Regards croisés sur la QVT entre professionnels	/	Peu ou pas de formation au management pour les chefs de service	« Faire avec qui on est en disant qui on est »

11	Hôpital public – 5 362 lits (Rhône-Alpes)	Directeur de la performance et du contrôle de gestion	/	<i>Lean management</i>	Améliorer la qualité de la vie au travail et la prise en charge des patients	Revue de littérature Prise en compte des expériences étrangères Création d'une offre de formation : module de sensibilisation, module pour les Chefs de projet, module de formation-action	Meilleure collaboration entre les acteurs Meilleure connaissance des métiers de chacun	Turn-over des cadres de santé Mobilisation variable du corps médical	« C'est un système qui fonctionne par capillarité le Lean. Il faut aussi être très concret et être patient »
STRUCTURES DE CONSEIL ET D'ENSEIGNEMENT									
	Structure	Fonction	Définition du concept d'innovation managériale	Éléments caractéristiques	Outils	Effets positifs	Obstacles rencontrés	Conseils	
12	Société spécialisée dans l'intelligence collective (Paris)	Consultant en intelligence collective et émotionnelle	Il s'agit d'une redéfinition des rôles, de la relation entre les acteurs par de nouvelles choses, postures, points de vue, pratiques	Le changement est permanent, dérangeant Il faut l'accompagner, aider à l'accepter	« Il en existe des centaines mais aucun n'est miracle, il faut s'adapter au public, à la situation »	Cercle vertueux	Ne pas s'engager si le manager n'est pas prêt	Prendre en compte la sensibilité humaine du terrain, l'altérité, la connaissance et la reconnaissance de leurs réalités. Il faut établir de la crédibilité dans la relation	
13	Institut de formation en management en santé (Paris)	Président	« Le management des entreprises est une science dont le but est l'optimisation de la gestion des organisations. Inspiré du commandement militaire, le management doit beaucoup à l'organisation stratégique des armées et reste basé, à l'origine, sur la relation d'autorité »	« La gouvernance d'une organisation doit favoriser la performance du processus de décision. La gouvernance idéale, partenariale et cognitive »	Connaitre et impliquer les parties prenantes Favoriser la cohésion entre les acteurs et la cohérence dans les travaux Intégrer le développement des compétences des collaborateurs	L'intégration de l'ensemble des acteurs favorise la bonne prise de décision, la motivation du personnel et l'amélioration de la prise en charge du patient	Pas d'enseignement de la prise de décision dans les écoles Le pouvoir de décision est fortement centralisé et laisse peu de marge de manœuvre aux dirigeants locaux	« Même si l'ingénierie de projet est unique, il faut penser que chaque cas est unique et il faut toujours faire du sur mesure »	

14	Association (Normandie), club de réflexion	Président	« L'innovation managériale est un outil permettant de s'adapter à chaque instant, accepter de remettre en cause ses idées initiales, ne pas s'accrocher à une idée qui ne répondrait pas au nouvel environnement, découvert en avançant »	« L'objectif est d'apporter davantage de lien humain aux relations de travail dans une logique d'efficience »	Proposition d'ateliers tels que le <i>lego for scrum</i> qui est un jeu pour apprendre la méthode agile.	Meilleure communication entre les membres du personnel, une meilleure maîtrise des outils informatiques.	« Certains managers disent faire de l'agilité mais donnent des informations contradictoires à leurs agents, ont peur de prendre des responsabilités »	« Il faut sensibiliser les acteurs à un nouveau mode de management. Il faut que la volonté d'adopter un management agile vienne des agents »
15	Société de conseil spécialisée en RH	Consultant	« Il faut faire une différence entre concept et notion, il n'existe pas de concept de l'innovation managériale. Concept signifierait qu'il y ait une démarche scientifique (sciences molles et dures) ce qui n'est pas le cas dans l'innovation managériale et notion nous en utilisons tous les jours » C'est davantage une approche sociologique ➤ l'innovation des processus managériaux	Le rôle managérial devient radicalement différent. Le manager donne du sens, fait monter en compétence et donne de l'autonomie	La méthode en 5 points, les cercles qualité, les groupes expression, l'entreprise libérée, le <i>Lean</i> , l'agilité...	La symétrie des attentions. « On ne peut pas développer des comportements, des actions avec les interlocuteurs extérieurs si en interne vous avez des comportements et des actions qui sont complètement contradictoires avec cette logique. Il faut qu'il y ait un minimum de cohérence ».	Héritage culturel « Vous avez 20% de pro-actifs, 70% suivent, 10% ne changeront pas ne bougeront pas ne transformeront pas leur pratique. Souvent corrélé avec la génération mais pas automatiquement »	Réaliser une analyse approfondie de la culture d'entreprise. Définir la cible managériale et les compétences managériales requises après avoir défini sa cible stratégique.
16	Société conseil Management Développement personnel et collectif	Directeur fondateur Passeur d'intelligence collective Coach Thérapeute	“C'est redéfinir la relation entre les acteurs au travail” “c'est un changement de pratiques, de point de vue, de posture managériale” Revenir aux fondements du management en plaçant l'humain au cœur des pratiques	S'adapter aux changements en l'accompagnant et en aidant à l'accepter C'est de la qualité relationnelle du manager qu'émergera de nouvelles pratiques de travail Agile Scrum	“S'adapter au public et à la situation” “il n'y a pas d'outil miracle”	Augmentation de la responsabilisation, de l'autonomie C'est un vecteur de reconnaissance Permet la maturité des équipes	Les freins managériaux (perte de pouvoir)	« Diriger et encadrer avec la sensibilité humaine du terrain” “ La connaissance et la reconnaissance de la réalité du terrain donne de la crédibilité à la relation de travail” “piloter avec moins d'indicateurs pour donner plus de temps à la relation humaine”

Thème n°9

Animé par : Sandrine Antoine

L'innovation managériale : nécessité ou utopie pour améliorer la qualité de vie au travail et la prise en charge des patients ?

Alice Albrand (D3S), Sarah Amalric-Lagoutte (DH), Sophie Auffret (AAH), Marie Ayoub (DH), Jérôme Chevillotte (DS), Dorothee Gerbaud (IES), Vincent Hecquet (D3S), Julien Kiszczak (D3S), Magali Perissol (DH), Mouna Seurot (AAH) et Anne-Laure Sfiligoi (DS).

Résumé :

Dans le cadre du Module Interprofessionnel 2019, onze élèves de cinq filières de l'EHESP ont eu pour objectif d'étudier le concept d'innovation managériale, ses enjeux et son adaptabilité dans l'environnement hospitalier.

L'hôpital est aujourd'hui confronté à de nouvelles mutations et impératifs (contraintes financières, réformes successives, double hiérarchie, mal-être au travail...) le poussant à faire évoluer ses techniques managériales vers des méthodes résilientes pour ses professionnels et performantes pour ses patients.

Les innovations managériales rassemblent un ensemble hétérogène d'outils dont les objectifs sont pluriels : la confiance, l'engagement, le bien-être, l'agilité, la collaboration et la créativité. Dans cette perspective, les managers français se sont progressivement inspirés d'expériences menées à l'étranger (le *Lean management* au Canada par exemple) ou dans le secteur privé (l'entreprise libérée, la gestion des risques) afin d'imposer de nouvelles procédures et organisations.

Notre thèse avait pour but de montrer en quoi l'innovation managériale peut constituer un outil d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels et de la prise en charge des patients à l'hôpital. Nous avons identifié un cercle vertueux d'amélioration, faisant d'ailleurs consensus, tout en mettant en exergue l'existence de biais, effets pervers ou encore freins à sa réalisation concrète.

Pour cela nous avons exploité seize entretiens, ces derniers donnant la parole à des professionnels variés (directeur d'hôpital, cadre de santé, chercheur, consultant RH...). Cette diversité nous a permis de saisir la complexité d'un phénomène souvent décrié pour ses potentiels objectifs budgétaires ou sous-estimé de par son caractère utopique.

L'hôpital rend en effet complexe l'implémentation d'un management plus participatif et collectif. Ses spécificités (variété des activités, des métiers, rigidités dans la prise de décision, gouvernance administrative et médicale, patient-client...) rendent obligatoires plusieurs prérequis. Ces derniers nous ont permis de formuler huit pistes d'amélioration regroupées en trois axes : le portage hiérarchique, la communication et l'évaluation.

Toutefois, l'élément fondamental qui émerge de ces recherches est bien l'importance de privilégier l'humain avant l'outil afin d'apporter sens, cohérence et adhésion au changement.

Mots clés : Innovation managériale, qualité de vie au travail, performance, culture managériale, Lean management, hôpital magnétique, myopie stratégique, courage managérial, formation, évaluation, pilotage

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs