



---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

---

# **La prise en compte des transversalités dans les organisations des Centres hospitaliers**

**L'exemple de l'élaboration du Projet d'établissement du Centre  
Hospitalier de Fougères**

---

**Steven BOBE**



---

# Remerciements

---

D'abord, mes premiers remerciements vont à mon épouse, Hélène, et à mes enfants, Ulysse et Diane. Sans leur accord, compréhension et patience, ce mémoire n'aurait jamais été rédigé.

Ensuite, je tiens à remercier l'EHESP qui offre un cadre d'étude et d'apprentissage d'un métier exigeant, celui de Directeur d'hôpital, de très grande qualité, dans un cadre privilégié et dans une atmosphère sereine. Avoir la possibilité de profiter d'une scolarité de deux ans en milieu de carrière est une chance sans commune mesure qui offre l'occasion de prendre du recul et d'évoluer ; le choix de rédiger ce mémoire de master 2 s'inscrit dans cette démarche.

Puis, je tiens à remercier M. David CHAMBON, Directeur général du Centre hospitalier de Fougères, pour m'avoir accueilli dans le stage long de la filière de Directeur d'hôpital et confié l'élaboration du projet d'établissement qui est le point de départ de ce mémoire.

Enfin, mes remerciements vont également, en particulier aux médecins et aux cadres de santé qui m'ont reçu et sans lesquels je n'aurai pas pu avancer sur la mission qui m'a été confiée. De manière moins formelle, mais pas moins sincère, je tiens à remercier chaleureusement l'ensemble du personnel hospitalier, de mes collègues directeurs qui m'ont intégré au Codir, aux aides-soignantes avec lesquelles j'ai pu échanger lors de mes gardes et qui, tous, m'ont permis de découvrir, comprendre et surtout aimer l'hôpital public.



---

# Sommaire

---

Introduction générale.....	1
1 L'environnement interne et externe du Centre hospitalier de Fougères à prendre en compte dans une évolution de l'organisation de l'établissement.....	7
1.1 Un établissement bien doté en équipement mais à la performance limitée.....	7
1.1.1 Le Centre hospitalier de Fougères, un établissement MCO bénéficiant d'un ensemble récent d'équipements.....	7
1.1.2 Une dynamique de l'activité médicale variable selon les spécialités.....	8
1.1.3 Un établissement à la performance limitée.....	9
1.2 Des coopérations s'imposent dans un espace rural soumis au vieillissement de la population.....	10
1.2.1 Un territoire rural et vieillissant.....	10
1.2.2 Des coopérations territoriales pour proposer certaines activités médicales.....	12
1.2.3 Des coopérations territoriales déclinées dans les outils de planification.....	13
1.3 Une organisation qui évolue par le Projet d'établissement.....	14
1.3.1 Le Projet d'établissement, un outil de planification stratégique.....	14
1.3.2 L'organigramme en pôle.....	16
2 Identifier la transversalité dans l'organisation par la méthode de gestion de projet de l'élaboration du Projet d'établissement.....	18
2.1 En 2019, l'élaboration du Projet d'établissement est initiée mais subira ses premières modifications méthodologiques majeures.....	18
2.1.1 La première phase de l'élaboration menée par un prestataire spécialisé.....	18
2.1.2 La deuxième phase conduite en interne.....	19
2.2 Stage long : Viser le retour à une convergence des dynamiques de projet.....	19
2.2.1 L'appropriation du projet dans le respect des attentes de la hiérarchie.....	19
2.2.2 La nécessité de dresser une cartographie de l'état d'avancement du projet.....	20
2.2.3 Nos préconisations méthodologiques basées sur le retour de la définition d'une posture managériale d'appui (Annexe 3).....	21
2.2.4 L'entretien semi-directif pour reprendre en main la coordination de projet.....	22
2.3 Rupture méthodologique avec la crise sanitaire.....	24

2.3.1	Notre action stoppée et nos propositions méthodologiques remises en cause	24
2.3.2	Une nouvelle méthode de gestion de projet pour obtenir des actions .....	25
2.3.3	Intégrer autant que possible la transversalité malgré les contraintes .....	26
3	Les retours des services expriment un besoin fort en transversalités.....	29
3.1	L'analyse de la transversalité dans les services : un besoin d'adaptation du fonctionnement de l'organisation .....	29
3.1.1	L'organisation en pôle inadaptée à la réalité de la transversalité .....	29
3.1.2	Partir de la réalité des transversalités pratiquées par les services .....	30
3.1.3	La transversalité, un processus de fonctionnement des organisations hospitalières multiple et complexe .....	32
3.1.4	Le rôle spécifique des équipes mobiles comme vecteur de transversalité.....	33
3.1.5	Appréhender les transversalités par leur réalité fonctionnelle autour d'un patient-projet.....	34
3.2	Les transversalités dans les services.....	37
3.2.1	L'ensemble des services expriment des besoins en transversalité .....	37
3.2.2	Identification des besoins des transversalités internes autour du patient-projet 40	
3.2.3	Le territoire pour soulager l'hôpital de ses maux.....	41
3.2.4	Le Projet d'établissement, un outil de déploiement sur-mesure des transversalités.....	41
4	Nos propositions pour faciliter les transversalités.....	43
4.1	Faire évoluer la culture hospitalière .....	43
4.2	Adapter l'organisation .....	43
4.2.1	Introduire les transversalités en complément des procédures.....	43
4.2.2	Privilégier les managements de proximité, de convivialité et de reconnaissance 45	
4.3	Appliquer la transversalité dans les temps de vie de l'hôpital.....	47
4.3.1	La transversalité au rythme quotidien de l'hôpital.....	47
4.3.2	Le Projet d'établissement en mode logiciel .....	48
	Conclusion générale .....	51
	Bibliographie .....	55
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AFOM : Atouts faiblesses opportunités menaces (méthode)  
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance  
ARS : Agence régionale de santé  
AVC : Accident vasculaire cérébral  
CAF : Capacité d'autofinancement  
CH : Centre hospitalier  
CHF : Centre hospitalier de Fougères  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CLS : Contrat local de santé  
CME : Commission médicale d'établissement  
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
DMS : Durée Moyenne de séjour  
DRH : Direction des ressources humaines  
DS : Direction des soins  
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique  
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EIAS : Evénement indésirable associé aux soins  
ES : Etablissement de santé  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
GHT : Groupement hospitalier de territoire  
HAS : Haute autorité de santé  
HPST : Hôpital patients hôpital et territoire  
PI-DMS : Indice de performance de la durée moyenne de séjour  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
MAG : Médecine aigüe gériatrique  
MCO : Médecine chirurgie obstétrique  
OA : Organisme agréé  
ORL : Oto-rhino-laryngologie  
PE : Projet d'établissement  
PRS : Plan régional de santé  
QVT : Qualité de vie au travail  
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SSR : Soins de suites et de réadaptation

UA : Unité d'accompagnement

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

USLD : Unité de soins de longue durée



---

## Liste des figures

---

Figure 1 – Evolution des IP-DMS par service

Figure 2 – Cartographie des parts de marché des activités médicales du Centre hospitalier de Fougères

Figure 3 – Méthode de production des actions

Figure 4 – Méthode de classification et traitement des actions transversales

Figure 5 – Cas pratique d'un parcours patient X et liens de transversalité

Figure 6 – Tableau de classement des actions transversales collectées

Figure 7 – Tableau de classement des actions transversales collectées



## Introduction générale

En un an, l'hôpital public a été confronté à deux crises majeures successives : la sienne et celle du Covid-19. Contre toute attente, la seconde pourrait apporter des réponses à la première. En effet, les contraintes financières qui pèsent sur l'hôpital public ont été exacerbées à la rentrée 2019 au moment du vote de l'ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie) et a causé des mouvements de grève de personnels soignants, la création du collectif extra-syndical « inter-urgences » et des actions d'insubordination avec la grève du codage. Cette crise sociale sourdait depuis plusieurs années déjà, au fil d'une application toujours plus stricte de trajectoires financières qui pèsent sur les ressources matérielles et humaines. Même s'il s'en distingue, ce mouvement s'inscrit en continuité du mouvement des « gilets jaunes » qui a eu pour champ de revendications, en particulier, la place des services publics dans les territoires, et donc de l'hôpital public. Ainsi, plusieurs revendications ont abouti avec, au début d'année 2019, l'annonce de la reprise d'un tiers des 30 Md€ de dette des hôpitaux publics. Mais ces mesures n'ont pas satisfait car elles sont conjoncturelles alors que les personnels de soins dénoncent une crise structurelle.

C'est dans ce contexte de tensions sociales vives qui s'étendent à tous les centres hospitaliers de France qu'a surgi la crise sanitaire de la Covid-19. Alors que l'hôpital s'engage dans une mutation structurelle vers la performance avec beaucoup de résistance, dans une optique que d'aucuns qualifieront « d'hôpital industrie »<sup>1</sup> ou « d'hôpital usine »<sup>2</sup>, ou encore « d'hôpital-entreprise »<sup>3</sup>, il a pourtant fait preuve d'une vive et surprenante réactivité en s'adaptant avec pragmatisme, dextérité, sagacité et souplesse, pour faire face à la crise sanitaire. Cette évolution diligente a fonctionné durant plusieurs semaines, le temps de ce qui semble avoir été non pas la crise mais le premier épisode de la crise, avant l'arrivée de la seconde vague annoncée. Cette hyperréactivité a pu probablement se mettre en place aussi rapidement et sans contestation parce que cette crise a replacé l'hôpital public au centre de sa mission première, celle du soin « quoi qu'il en coûte »<sup>4</sup>. Cette parenthèse dans la performance a été l'occasion pour les personnels de soins de renouer avec le sens de leur engagement professionnel.

Ainsi, alors que le nombre de patients en réanimation diminuait, sans finalement attendre la sortie totale de la crise, ce moment fort a été suivi très rapidement de retour d'expériences,

---

<sup>1</sup> VELUT S., *L'hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme*, Gallimard (Coll. Tracts), janvier 2020, 48 pages.

<sup>2</sup> PIERRU F., *Les hôpitaux sont devenus des usines à soins*, dans *Le Monde*, 17 novembre 2011.

<sup>3</sup> ROLLOT S., *Le concept hôpital-entreprise et ses conséquences*, dans *Objectifs soins & management*, avril 2016, n°245.

<sup>4</sup> Discours télévisuel du Président de la République M. Emmanuel MACRON du 12 mars 2020.

de rapports<sup>5</sup> et, surtout, d'un temps fort de dialogue au sein du Ségur de la santé qui a abouti à des mesures immédiates au début juillet 2020. La crise sanitaire a rétabli des impératifs qui avaient pu être éclipsés par l'impératif de performance devenu hégémonique. Ainsi, le Ségur a été l'occasion de remettre à plat le fonctionnement de l'hôpital, mais aussi du système de santé dans son ensemble car penser l'hôpital sans son environnement est restrictif au regard des complexités de la santé. La crise sanitaire a démontré que l'hôpital public disposait de ressources organisationnelles et managériales insoupçonnées qui méritaient d'être capitalisées par-delà l'exception de la crise. Tant sur la base de diagnostics de l'état des lieux de l'hôpital public depuis des années, que sur le retour d'expérience de la crise, des besoins d'évolution du management, de gouvernance et de renforcement de la territorialisation des établissements de santé ont été mis en exergue. Autrement dit, il convient de faire évoluer l'organisation des centres hospitaliers par des réajustements internes et externes.

Précisément, le fonctionnement des organisations des établissements de santé paraît bien peu efficient et un indicateur clé permet de le résumer. Le rapport 2017-2019 des organismes agréés (OA) pour l'accréditation de la qualité<sup>6</sup>, publié par la Haute autorité de santé (HAS) en juillet 2020, révèle que, sur les 8 250 événements indésirables associés aux soins (EIAS) traités en 2019, 3 885, soit 47%, étaient provoqués par des problèmes de communication entre professionnels ! Cette situation nécessite d'être corrigée et des mesures d'amélioration de la communication sont à engager. Reste que si la moitié des EIAS sont dus à des problèmes de communication, la problématique ne peut pas se réduire à rechercher des solutions technologiques ou procédurales. Pour qu'une telle proportion touche l'ensemble des établissements de santé, certes avec des variations d'un établissement à l'autre, c'est qu'il s'agit d'un symptôme d'une organisation inopérante. En effet, par communication, il faut entendre les interfaces entre les unités qui composent l'organisation. Or, la gestion managériale des interfaces, c'est-à-dire des liens d'interactions entre les unités d'une organisation, soit pour l'hôpital les services et les pôles, est une prérogative directionnelle qui implique une appréhension et une action globale, à l'échelle de l'ensemble de l'organisation. Renvoyer le traitement de chaque EIAS à l'analyse hebdomadaire des EI est certes incontournable car il faut donner une suite constructive immédiate à l'événement ; mais se limiter à cette simple gestion au fil de l'eau réduit la compréhension du problème qui est profondément structurel.

---

<sup>5</sup> En premier lieu le « rapport CLARIS » : CLARIS O., *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière confiée au Pr Olivier CLARIS*, juin 2020, 156 pages. Ce rapport a été engagé en novembre 2019 mais sa méthodologie a été modifiée en raison de l'épidémie et les recommandations prennent en compte l'impact de la crise sanitaire sur l'hôpital.

En second lieu, on peut citer : DUMEZ H., MINVIELLE E., *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, Centre de recherche en gestion, CNRS, Ecole polytechnique de Paris, juillet 2020, 90 pages.

<sup>6</sup> Haute autorité de santé, *Rapport 2017-2019 des organismes agréés (OA) pour l'accréditation de la qualité*, juillet 2020, 92 pages.

Des mesures seront retenues à l'issue du Ségur en termes de management et de gouvernance des établissements de santé et il y a fort à parier que celles-ci amélioreront le fonctionnement des organisations de santé. Egalement, certaines mesures relèvent des établissements de santé qui disposent d'une certaine autonomie organisationnelle. Quel qu'elles soient, elles se baseront sur le diagnostic largement partagé des rigidités fonctionnelles de l'hôpital public : lourdeurs administratives, procédures sclérosantes, hiérarchies étouffantes, fonctionnements des organisations en silos, mandarinat, etc. Bref, le fonctionnement des hôpitaux reste structurellement pyramidal, assez directif et engendre des rigidités contre-productives. A l'évidence, les organisations hospitalières ont besoin d'agilité, de souplesse et de réactivité comme elles l'ont connu pendant la crise sanitaire.

Sans révolutionner les organigrammes, cette souplesse ne peut venir que du développement de la transversalité dans les organisations. Davantage en complément qu'en opposition, il s'agit d'envisager la mise en place d'actions en mode projet, ce qui implique des interactions qui transcendent les axes verticaux des silos des organigrammes. Aux cas complexes auxquels peuvent être confrontés les soignants, il s'agit alors de disposer de libertés d'actions qui permettent d'intervenir avec agilité et rapidité. La communication est indispensable mais elle n'est qu'une partie de la transversalité, sinon un simple vecteur ; par transversalité, nous entendons les échanges qui lient au moins deux agents de deux services différents afin de développer un projet. A l'hôpital, ce projet peut être les soins à prodiguer à un patient, mais pas exclusivement. Ainsi, favoriser la transversalité permet de « fluidifier » le fonctionnement des organisations, c'est-à-dire apporter des cadres de travail qui permettent de prévenir les tensions qui peuvent surgir aux interfaces. Seul le management directionnel peut établir, et légitimer, la transversalité dans l'organisation.

Cette transversalité répond à plusieurs tendances de fond. D'abord, les contraintes financières vont perdurer, même si des mesures du Ségur devaient leur accorder un répit, car l'état des finances publiques de la France est sans équivoque. Continuer à envisager une organisation de l'hôpital sur une approche lourde est une impasse et il convient de s'atteler au chantier de son agilité ; il s'agit de libérer des gisements de productivité en adaptant les organisations. Ensuite, la génération Y est qualifiée, réclame un management participatif et a des attentes fortes en termes de sens au travail. L'hôpital doit donc être attractif, en particulier dans un contexte de tension de la ressource humaine et de concurrence des établissements. Outre le développement de la qualité de vie au travail (QVT), la mise en œuvre des cadres organisationnels et fonctionnels qui répondent aux attentes des personnels sont ceux de la transversalité. Enfin, le vieillissement de la population engendre l'accueil de patients poly-pathologiques dont le nombre s'accroît avec

l'âge, pour passer de 3,5 à 60 ans à 6,6 à 90 ans<sup>7</sup>. Ainsi, autour du patient poly-pathologique, il faut déployer un ensemble de soins dont la complexité se renforce avec le nombre de pathologies. Or, chaque spécialité médicale a sa propre approche sur la pathologie qu'elle soigne et elle entre nécessairement en confrontation avec les autres approches des autres pathologies. Dans un fonctionnement pyramidal ou en silo où chaque unité de soin se vit avec la plus ferme cohésion, le patient poly-pathologique se retrouve souvent orienté vers tel ou tel service par un choix qui retient souvent les disponibilités en lits ; dans le fond, au regard des pathologies, il faut bien en choisir une prédominante pour placer le patient. Mais ces patients poly-pathologiques qui vont se multiplier sont autant de motifs d'interfaces qui vont inévitablement provoquer des EIAS si les organisations actuelles ne sont pas adaptées.

Le management des organisations met bien en évidence l'adaptation des organisations à leur environnement. Pour les directions des ES, la structuration de l'organisation est donc stratégique dans le sens où elle oriente les ressources de l'hôpital vers la performance. Tous les établissements de santé sont confrontés aux grandes tendances et pourtant ils n'adoptent pas strictement la même organisation. Leur territoire, leurs propres ressources, voire même les caractères et personnalités des agents qui intègrent ses effectifs vont conditionner les choix organisationnels et managériaux. Mais amorcer des évolutions organisationnelles et managériales ne peut se faire sans un cadre de travail adapté qui va accompagner le changement. L'élaboration d'un Projet d'établissement offre ce cadre nécessaire.

Instauré comme obligation par la loi HPST de 2009, le Projet d'établissement est l'opportunité de définir une stratégie pour cinq ans autour d'un projet médical. L'ensemble de l'établissement est alors orienté dans une dynamique commune. Aussi, la stratégie figurant dans le Projet d'établissement appelle à définir une organisation adaptée. D'ailleurs, cette même loi HPST affirme le rôle des pôles dans lesquels des services, unité de base immuable, sont rassemblés dans le cadre d'une cohérence qui les dépasse. Dans cette cohérence médicale, des interactions sont particulièrement développés et vont ainsi tracer le périmètre ; en retour, la constitution de ces pôles doit apporter une structuration pour établir les transversalités entre les services.

Aussi, comment développer la transversalité au sein de l'organisation hospitalière grâce au projet d'établissement ?

Pour apporter des éléments de réponse, nous prendrons l'exemple du Centre hospitalier de Fougères (CHF). Situé au nord-est de la Bretagne, le CHF est un établissement Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de taille moyenne dans un territoire rural vieillissant à la performance générale moyenne. Le Projet d'établissement 2014-2019 arrive à échéance et il

---

<sup>7</sup> BATAILLON R., « Les soins primaires », pp.39-56. Page 43 dans LOUAZEL M. (dir.), MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., « Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé », Presses de l'EHESP, 544 pages.

doit élaborer son nouveau Projet pour cinq ans, ce qui est l'opportunité de s'interroger sur la stratégie définie et mise en œuvre, tout en abordant la question de l'adaptation de son organisation. A l'instar de la tendance nationale, les analyses hebdomadaires des EI permet de prendre connaissance des problèmes liés à la communication entre services. La transversalité est donc un sujet à développer. Parallèlement, tant par les incitations réglementaires que par les démarches déjà menées, le centre hospitalier s'applique à entretenir des liens forts avec « l'aval » et « l'amont », soit les établissements médico-sociaux et la médecine de ville, mais aussi avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) de Haute-Bretagne dont il est membre, pour fluidifier ses entrées et ses sorties de patients. L'hôpital est un système complexe avec sa propre organisation figurée dans un organigramme mais circonscrire le champ de la transversalité à sa seule organisation interne ne serait que faire la moitié du chemin ; la transversalité est à penser à l'échelle du territoire. Notre investigation est menée dans le cadre de notre stage long de filière de Directeur d'hôpital au cours duquel le Directeur général nous a confié la responsabilité de l'élaboration du Projet d'établissement. Déjà largement engagée quand nous avons pris nos fonctions, nous nous sommes appliqués à donner une suite à l'élaboration qui avait rencontré plusieurs difficultés. Nous nous sommes appliqués à définir une méthode qui s'inscrit en continuité de ce qui avait déjà été entrepris et qui donne une trajectoire commune qui, *in fine*, aboutisse à une convergence des dynamiques d'élaboration pour faire projet d'établissement, dans le sens projet en tant que tel. Ainsi, nous avons entrepris un ensemble d'entretiens avec tous les chefs de services et de pôles qui, sur la question de la transversalité, nous a permis de dresser un état des lieux, une estimation des efficacités et des besoins, et de collecter des actions. Sur cette base, nous nous sommes efforcés à identifier des propositions. Nécessairement, ce travail s'inscrit dans le cadre à cinq ans du Projet d'établissement du CHF. Mais ces cinq ans doivent être abordés avec modestie, c'est-à-dire comme un cadre contraint dans la durée, soit une simple étape d'un processus plus long et ambitieux. Penser et appliquer la transversalité dans l'organisation par le Projet d'établissement peut être appréhendé comme une perspective stratégique de long terme qui, par projection par-delà la temporalité du Projet d'établissement, peut avoir pour ambition d'explorer l'hôpital du futur. Après une présentation du contexte du Centre hospitalier de Fougères (I), nous expliquerons la méthode de gestion de projet que nous avons mise en œuvre. Celle-ci est marquée par plusieurs ruptures qui ont nécessité plusieurs ajustements consécutifs (II). Notre rôle de chef de projet de l'élaboration du Projet d'établissement nous a permis d'identifier un état des lieux de la transversalité et de recueillir un ensemble d'actions (III). Sur cette base, nous soumettons plusieurs propositions (IV).





# **1 L'environnement interne et externe du Centre hospitalier de Fougères à prendre en compte dans une évolution de l'organisation de l'établissement**

Les formes des organisations sont établies pour répondre aux contextes internes (1) et externes (2). Le Projet d'établissement est l'outil qui permet de faire évoluer le CHF (3).

## **1.1 Un établissement bien doté en équipement mais à la performance limitée<sup>8</sup>**

### **1.1.1 Le Centre hospitalier de Fougères, un établissement MCO bénéficiant d'un ensemble récent d'équipements**

Le Centre hospitalier de Fougères (CHF) est un établissement MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) de 427 lits et places. C'est un centre hospitalier général de proximité présentant une offre complète. Il compte 124 lits de médecine, 28 lits de chirurgie, une unité ambulatoire médico-chirurgical de 14 places, 18 lits d'obstétrique, 25 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), 49 lits de soins de longue durée (USLD), ainsi que 159 lits d'EPHAD. Au sein de ses services de soins, de nombreuses spécialités médicales sont assurées : urgences, gynécologie-obstétrique, pédiatrie néonatalogie, gastro-entérologie, diabétologie, addictologie, cardiologie, pneumologie, gériatrie, soins palliatifs, prise en charge des AVC, anesthésie, surveillance continue, chirurgie orthopédique, digestive, ORL, stomatologie, etc. En 2019, l'activité s'est répartie comme suit : 7 757 séjours en médecine, 2 667 séjours en chirurgie, 3 119 interventions au bloc opératoire, 27 911 passages aux Urgences, 554 sorties SMUR, 52 900 consultations toutes spécialités, 35 600 examens en imagerie, 41 412 examens de laboratoire, 753 naissances. Au cours des dernières années, l'activité se répartit entre la médecine pour 70%, la chirurgie 17%, l'obstétrique avec 10% et le SSR avec 3%. Les urgences sont l'entrée principale pour la chirurgie avec 75 passages par jour en moyenne en semaine. D'ailleurs, en 2017 l'activité d'hospitalisation dépend de 53% des urgences et est ainsi supérieure de 12% aux établissements de taille comparable. Le CHF dispose d'un plateau technique comportant un laboratoire polyvalent, un service d'imagerie, une pharmacie et une stérilisation centrale.

Suite à la restructuration complète des locaux, achevée en juin 2013, l'établissement possède un outil de travail particulièrement fonctionnel. Bénéficiant du plan Hôpital 2000, le CHF dispose depuis 2013 d'une nouvelle aile accueillant les unités de SSR, soins palliatifs, la chirurgie, la médecine viscérale et AVC, la médecine aigüe gériatrique (MAG) et les

---

<sup>8</sup> RIESS E., VINCENT S., YAN X., Monographie du Centre hospitalier de Fougères, rapport de Mastère spécialisé « Management en santé », EHESP, juin 2020, 32 pages.

services administratifs. Également, le bloc opératoire a été entièrement refait en 2011 et comprend cinq salles de bloc et une salle de réveil permettant de réaliser des interventions en chirurgie orthopédique, digestive, vasculaire, ORL, urologique, gynécologique, des césariennes, des endoscopies. La transformation architecturale du CHF s'inscrit dans une stratégie de long terme de consolidation de l'offre hospitalière de soins. Cette stratégie immobilière est au service d'un développement de l'activité dont la dynamique est inégale selon les spécialités.

### **1.1.2 Une dynamique de l'activité médicale variable selon les spécialités**

La stratégie de développement de la performance du CHF s'inscrit à la fois dans ses murs et dans son investissement. La politique d'investissement va favoriser le développement de supports médico-techniques complets avec un plateau technique d'imagerie complet, un laboratoire et une pharmacie, sans lesquels le développement médical serait limité.

Ces activités de support technique vont appuyer l'activité des spécialités. Avec le vieillissement de la population, le pôle gériatrie voit son activité se développer et connaît régulièrement des tensions sur ses 30 lits du service MAG. Dans le même pôle, les 25 lits du SSR sont continuellement en tension, en particulier depuis la fermeture du SSR du Centre hospitalier des marches de Bretagne sur le site de Saint-Brice-en-Coglès. La DMS dépasse régulièrement les 30 jours, tant pour des raisons de complexification des situations médicales par poly-pathologies, que par une régulation des sorties difficiles par un aval mal adapté et engorgé. Reste que cet aval est quelque peu intégré au CHF puisque l'hôpital comprend deux EHPAD dont la capacité est de 159 lits.

Le vieillissement moyen de la population s'observe certes par l'arrivée en âge des classes du baby-boom, mais aussi par une diminution des populations des classes de jeunes adultes en âge de procréer. C'est la raison pour laquelle, à contrario de la gériatrie, la maternité n'accueille que 750 accouchements par an alors qu'elle est dimensionnée pour 1 100 accouchements et qu'elle offre un cadre de qualité de niveau 2A. En conséquence, la chirurgie gynécologique reste à un niveau faible avec 104 actes en 2018.

Le pôle médecine offre une activité étayée de pneumologie, cardiologie, AVC, hépato-gastro-entérologie, diabétologie, addictologie et soins palliatifs dont l'entrée principale est les Urgences. A noter que le CHF dispose d'une unité saisonnière qui, en raison de tensions estivales en lits chroniques, devient pérenne en 2020 avec le recrutement d'un médecin.

Enfin, le pôle Chirurgie dispose d'un bloc opératoire récent exploité principalement par l'orthopédie, le digestif, la chirurgie ORL et l'urologie. Mais les spécialités les plus actives sont le vasculaire, la neurologie, l'intervention due au rachis et le digestif, en particulier avec les endoscopies. Reste que les entrées principales de la chirurgie, notamment viscérale et traumatique, proviennent principalement des Urgences. L'activité non-programmée constitue

ainsi 73% de l'activité, ce qui est largement supérieur au niveau de référence de l'ANAP à 40%. Également, le niveau de l'ambulatoire est faible.

### **1.1.3 Un établissement à la performance limitée**

Malgré les investissements qui lui permettent de maintenir son offre de soins aux standards exigés, en particulier dans la perspective de concurrence entre établissements hospitaliers, la performance globale est limitée. En effet, l'attractivité de la patientèle du CHF reste cantonnée à son territoire, d'autant qu'elle est concurrencée par les grosses structures hospitalières publiques (CHU de Rennes) ou privées (Groupe Vivalto – CH Privé de Saint-Grégoire). L'attractivité médicale est également limitée, voire problématique pour certaines spécialités. Si l'attractivité peut être bonne pour certaines spécialités comme l'hépatogastro-entérologie qui se développe avec l'arrivée de jeunes médecins qui portent des projets de développement et représentent 8,4% de l'activité de l'établissement avec une croissance annuelle de plus de 10%, la performance de l'établissement est lourdement pénalisée par les deux secteurs d'activités clés de l'hôpital.

D'abord, le nombre d'accouchements est trop faible et obère la partie obstétrique du CHF. Avec 750 accouchements en 2019, l'activité s'inscrit dans une décroissance tendancielle puisqu'en 2014, la maternité accueillait 1 097 accouchements. Cette baisse de -4% en moyenne annuelle des accouchements est accompagnée d'une même baisse de -4% pour la consommation des soins gynécologiques.

Ensuite, la chirurgie dépend trop des entrées aux urgences et ne génère pas assez de programmation. En effet, de 2013 à 2017, la croissance de l'activité chirurgicale n'a cru que de +0,8% en moyenne annuelle alors que sur la même période, la consommation de soins en chirurgie sur le territoire a cru de +2% en moyenne annuelle. 70% de l'activité chirurgicale est concentrée sur l'ortho-traumatologie et la chirurgie digestive. Mais 35% des patients viennent des Urgences, soit un taux de dépendance aux Urgences de plus de 12% par rapport aux établissements de taille comparable, et les consultations sont en chute marquée depuis 2014. Depuis cette date elles ont régressé de 29% en orthopédie, de 25% en chirurgie digestive. Certes, certaines activités voient leur activité de consultation se développer comme le vasculaire avec +147% entre 2014 et 2018 mais le nombre d'acte représente à peine 5% des actes au bloc. La chirurgie du CHF ne représente même pas un quart des parts de marché et est concurrencée sur son territoire par les établissements publics et privés rennais.

La performance limitée du CHF se lit également dans ses durées moyennes de séjour (DMS) :

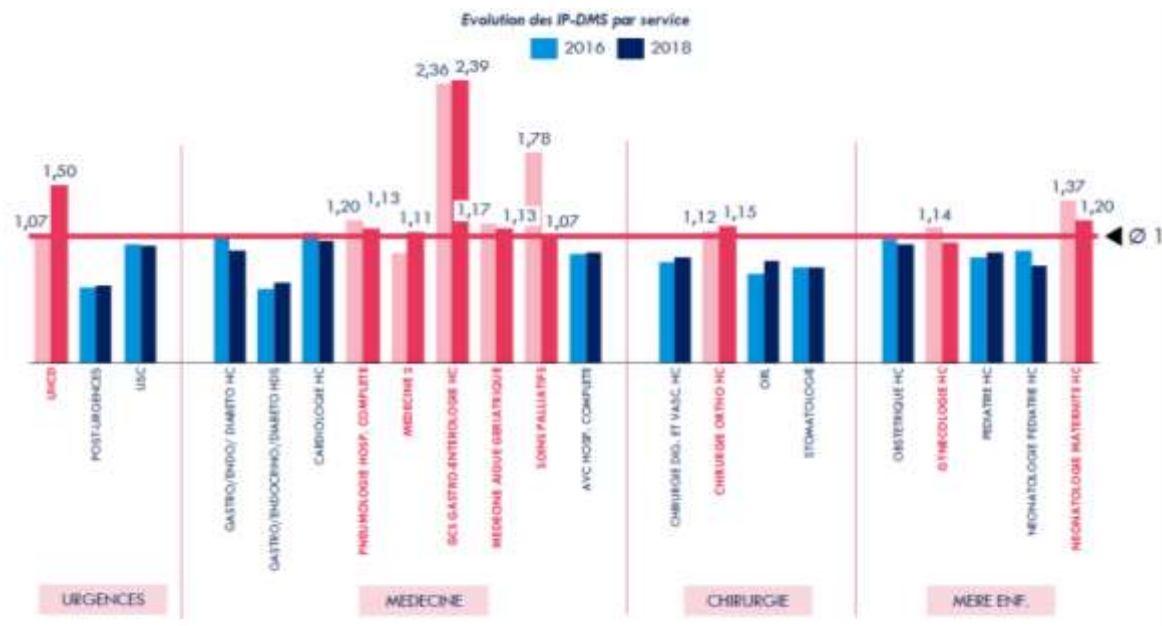


Figure 1 – Evolution des IP-DMS par service (Source : Adopale 2019)

Ces nombreuses DMS trop importantes pèsent sur la rentabilité de la médecine et de la chirurgie. Ces faibles rentabilités concourent à expliquer la dégradation de la situation financière de l'établissement. Depuis 2016, le résultat comptable est déficitaire avec - 2 022, 35K€ en 2018. Le taux de CAF nette n'est que de 0,3%. La durée apparente de la dette est de 16 ans. Le niveau du taux d'encours de la dette est de 62,9%. Quant au ratio d'indépendance financière, il est de 65,3%. Enfin, dans ces conditions, le CHF se distingue comme l'établissement présentant le délai de rotation des dettes fournisseurs le plus élevé de Bretagne à 76,5 jours.

La performance de l'établissement est donc très limitée. Mais par-delà les indicateurs de performance, le maintien des activités de service public à la population profitent de coopérations territoriales.

## 1.2 Des coopérations s'imposent dans un espace rural soumis au vieillissement de la population

### 1.2.1 Un territoire rural et vieillissant

La représentation cartographique des parts de marché permet de cerner le territoire du CHF au travers de la dynamique de son activité. Chaque spécialité dispose d'un territoire distinct :

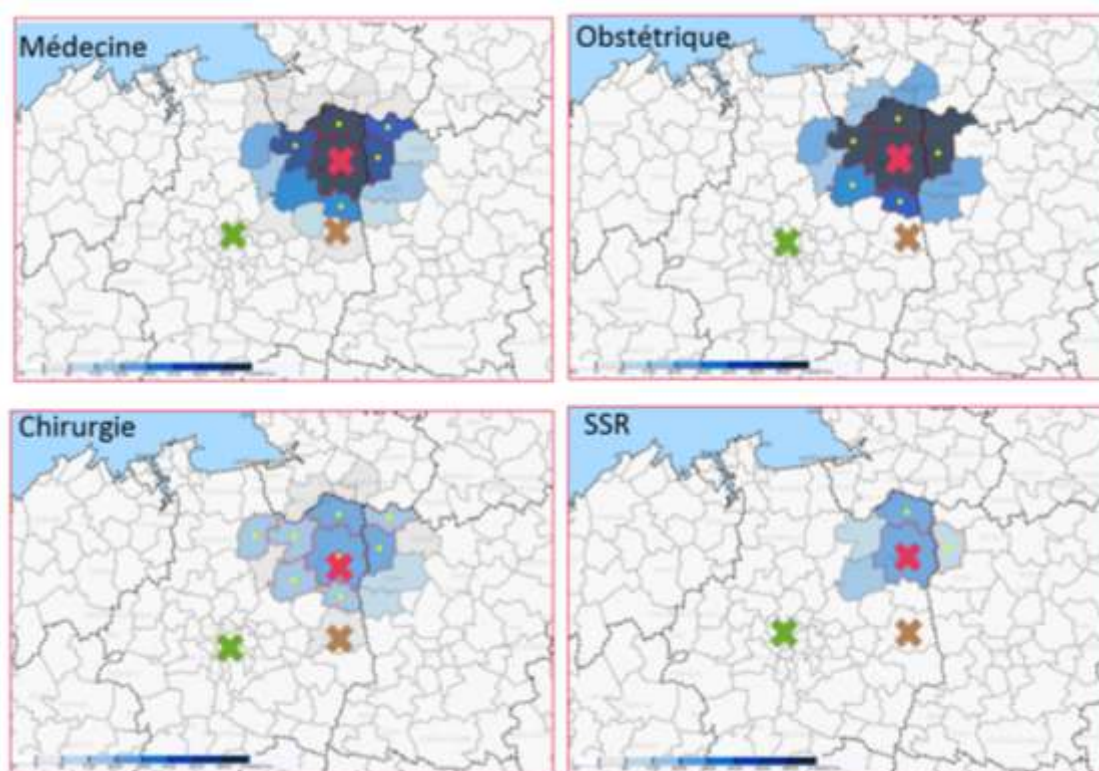


Figure 2 – Cartographie des parts de marché des activités médicales du Centre hospitalier de Fougères (Source : Adopale, 2019).

Par-delà les différences géographiques observées, tant dans l'intensité des parts de marchés que dans la couverture spatiale, les quatre activités médicales du CHF occupent le territoire de manière similaire. La part de marché du CHF est très forte sur la commune de Fougères et les communes limitrophes périurbaines constituent un noyau central d'activité. Ensuite, les parts de marché du CHF s'amenuisent avec l'éloignement et s'étendent jusqu'à 50 Km à l'ouest, au nord et à l'est, en Normandie et en Pays de la Loire, et à 35 km environ au sud. Cette couverture géographique plus lointaine constitue une seconde ceinture rurale pour laquelle le CHF offre des soins. Mais cette occupation du territoire, y compris dans la zone centrale, fait l'objet d'une concurrence des établissements rennais public et privés dans les territoires de parts de marché s'étendent largement sur une partie du Grand Ouest.

Selon l'INSEE Bretagne<sup>9</sup>, la démographie de la zone d'emploi, comprenant 68 458 habitants, présente un faible dynamisme. De 2011 à 2016, la croissance démographique s'explique principalement par un solde migratoire positif, tandis que le solde naturel est atone à 0%. Au sud de Fougères, les communes ont un solde naturel positif alors qu'il est négatif au nord. Cette différence territoriale est le reflet de la différence entre le territoire métropolisé par Rennes et les campagnes vieillissantes.

<sup>9</sup> INSEE BRETAGNE, <https://www.insee.fr/fr/information/2016662>, 2020.

La structure par âge de l'aire urbaine comprend une surreprésentation des plus de 55 ans, soit un vieillissement prononcé de la population. Quant aux territoires ruraux de la Manche<sup>10</sup> et de Mayenne<sup>11</sup>, ils présentent une évolution démographique similaire, marquée par le vieillissement et la baisse du nombre d'habitants.

Du point de vue sanitaire, les pathologies les plus répandues causant la mortalité sont le cancer, les maladies de l'appareil circulatoire et celles de l'appareil respiratoire. L'addiction à l'alcool explique les cancers et les décès liés à l'appareil respiratoire sont dus à l'extraction du granit dont les poussières provoquent des silicoses. Les hommes décèdent davantage par le cancer alors que les femmes sont emportées par les maladies de l'appareil circulatoire. La mortalité évitable reste élevée (abus d'alcool, accidents, suicides).

Pour l'avenir, l'INSEE Bretagne<sup>12</sup> indique que le rythme de croissance démographique resterait dynamique pour la métropole rennaise. En matière de structure démographique, le vieillissement de la population devrait s'accroître puisque les plus de 65 ans pourraient représenter 29% de la population en 2040 contre 22% actuellement. Ainsi, la population de la zone retenue pour Fougères devrait atteindre 85 885 habitants en 2040, soit croître de +9,1% avec 7 460 habitants supplémentaires. Pour les territoires limitrophes en Mayenne et en Manche couverts par le rayonnement du centre hospitalier de Fougères, l'INSEE de ces deux régions<sup>13</sup> confirme l'accroissement de leur vieillissement et une quasi-stagnation de leur population.

Ainsi, l'hypothèse d'un accroissement du vieillissement sur le territoire de Fougères se confirme et devrait, en toute logique, s'accompagner par une continuité du développement de patients polyopathologiques et des problématiques de dépendance.

### **1.2.2 Des coopérations territoriales pour proposer certaines activités médicales<sup>14</sup>**

En premier lieu, le CHF est membre du GHT de Haute-Bretagne qui a été créé en 2016 et dont l'établissement support est le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes. Le GHT

---

<sup>10</sup> <https://www.insee.fr/fr/information/2018628>

<sup>11</sup> <https://www.insee.fr/fr/information/2018886>

<sup>12</sup> INSEE Bretagne, « En 2050, près d'un Breton sur trois serait un senior », dans *INSEE Analyses Bretagne*, juin 2017, n°58, 4 pages.

INSEE Bretagne, « Plus de 400000 habitants supplémentaires en Bretagne d'ici 2040 », dans *INSEE Analyses Bretagne*, novembre 2019, n°89, 4 pages.

INSEE Bretagne, « En Bretagne, la population augmenterait d'ici 2040 quel que soit le scénario envisagé », dans *INSEE Analyses Bretagne*, novembre 2019, n°90, 4 pages.

<sup>13</sup> INSEE Normandie, « La population normande à l'horizon 2050 », dans *INSEE Analyses Normandie* juin 2017, n°33, 4 pages.

INSEE Normandie, « Le vieillissement démographique en Normandie à l'horizon 2050 : une forte poussée des populations dépendantes à partir de 2030 », dans *INSEE Flash Normandie*, juin 2018, n°65, 2 pages.

INSEE Pays de la Loire, « A l'horizon 2050, plus d'un quart des personnes âgées de plus de 65 ans ou plus dans les Pays de la Loire », dans *INSEE Flash Pays de la Loire*, juin 2017, n°67, 2 pages.

INSEE Pays de la Loire, Projections de population : une croissance concentrée à l'ouest et un fort vieillissement », dans *INSEE Analyses Pays de la Loire*, juin 2018, n°61, 4 pages.

INSEE Pays de la Loire, « D'ici 2030, 17 400 ménages supplémentaires à loger en moyenne chaque année », dans *INSEE Analyses Pays de la Loire*, Avril 2019, n°73, 4 pages.

<sup>14</sup> RIESS E., VINCENT S., YAN X., op. cit.

regroupe onze établissements publics de santé, soit trois CH d'activité de MCO (les CH de Redon, de Fougères et de Vitré), sept Centres Hospitaliers de proximité (Janzé, les Marches de Bretagne, La Guerche de Bretagne, le Grand Fougeray, Montfort-sur-Meu, Saint-Méen-le-Grand et Carentoir). La dynamique territoriale hospitalière avait précédé la création du GHT qui n'a fait que formaliser des coopérations engagées depuis plusieurs années. Le GHT représente 4 877 lits et places, 11 174 professionnels dont près de 914 médecins, 394 internes et 9 866 personnels non médicaux. Son budget de fonctionnement est de 954,9 M€. Au CH de Fougères, plusieurs jeunes médecins et chirurgiens sont arrivés depuis 2015, tout en continuant à exercer et à se perfectionner au CHU. Le GHT permet d'organiser une prise en charge spécialisée des patients par une filière recours vers le CHU en disposant de médecins en temps partagés. Sans cette disposition, certaines activités ne pourraient pas compléter l'offre de soins ou se développer comme la chirurgie gastroentérologique. Ces temps partagés ont fait l'objet de coopérations entre le CHU et les CH.

En deuxième lieu, le GHT ne suffit pas à mettre en place des filières de prise en charge et des parcours de santé cohérents et c'est la raison pour laquelle le CHF construit des coopérations médicales avec certains établissements en particulier. Le CHF s'est attaché à nouer des liens forts avec le CH des Marches de Bretagne, au point d'établir une direction commune, avec le CH de Vitré dont certaines continuités de soins sont assurées (urgences traumatiques ou imagerie). De cette manière, l'installation de l'IRM à Fougères n'a pu se faire que par GCS public-privé composé de deux autres partenaires, soit Imagerie médicale en Bretagne et le Centre hospitalier de Vitré. Enfin, pour assurer la permanence des soins, le CHF a conventionné avec le CH de Vitré.

En troisième lieu, en lien avec la Mairie de Fougères, le CHF a participé en 2012 à la constitution d'un Centre de Santé où deux médecins généralistes assurent des consultations de médecine générale et participent, ainsi, à soulager les Urgences pour certaines demandes de soins. Exposé à la désertification médicale de son territoire, le CHF a été contraint de mettre sur pied une offre de soins qui satisfasse les besoins.

En dernier lieu, le CHF s'applique à développer des liens avec l'aval qui manque de structuration et de régulation et contribue à expliquer les DMS élevées au sein de l'établissement. Ainsi, outre les deux EHPAD (La Catiolle et Bel-Air) qui lui sont propres, l'établissement est en lien avec quatorze réseaux de soins ville-hôpital.

### **1.2.3 Des coopérations territoriales déclinées dans les outils de planification<sup>15</sup>**

Pour structurer les coopérations territoriales et leur donner des perspectives communes, plusieurs outils de planification territoriale sont définis. Une hiérarchie normative est établie entre les outils de planification, du régional au local.

---

<sup>15</sup> RIESS E., VINCENT S., YAN X., op. cit.

Au niveau régional, le Centre hospitalier de Fougères doit se conformer au Plan Régional de Santé (PRS) 2018-2022 de la Bretagne. Publié le 2 juillet 2018 par l'Agence régionale de santé (ARS), il présente la politique de santé régionale quinquennale. Cette stratégie régionale participe à coordonner l'ensemble des moyens sanitaires à disposition et à les mettre en mouvement dans une perspective collective. Cette stratégie est explicitée dans le Cadre d'orientation stratégique, composante du PRS, mais avec une échéance de dix ans. Quant au Schéma régional de santé, il est la seconde composante du PRS et est le document quinquennal qui présente des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

Au niveau du GHT, il dispose de son Projet médical et soignant partagé depuis 2017. Ce document de plus de 160 pages est largement concentré sur l'identification de filières de soins.

Enfin, au niveau de son territoire, le Centre hospitalier de Fougères a ratifié un Contrat Local de Santé (CLS). Ce document lui permet de coordonner ses liens avec l'aval et l'amont, c'est-à-dire avec l'ensemble des structures médico-sanitaires du territoire.

A son tour, le CHF doit, à l'instar des autres établissements hospitaliers de France, élaborer un Projet d'établissement conforme au Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

### **1.3 Une organisation qui évolue par le Projet d'établissement**

#### **1.3.1 Le Projet d'établissement, un outil de planification stratégique**

C'est dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST) promulguée le 21 juillet 2009 qu'apparaît l'obligation d'un Projet d'établissement (PE) pour les établissements hospitaliers. Ainsi, l'article L6143-2, modifié par l'ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018, article 1, stipule que « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. (...) Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (...) et d'actions de coopération (...). Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. (...) Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ». Techniquement, l'article L6143-7-4 précise que « le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement (...). Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement ».

Le Projet d'établissement est donc un document global, dont la clé de voute est le projet médical, et qui constitue la base d'une hiérarchie normative verticale d'une structuration qui s'étend au-delà des murs de l'hôpital. Le dessein dans lequel s'inscrit le Projet



d'établissement est donc l'esprit de la loi HPST que d'aucuns, comme Frédéric PIERRU<sup>16</sup>, résumait à celui de « Hôpital-entreprise ». Les médecins se joignent aux critiques de ce nouvel édifice normatif mais en dénonçant la redistribution des pouvoirs instaurée par la loi HPST autour de l'élaboration des Projets d'établissements. En effet, si le projet médical est l'élément central autour duquel s'articule tout le reste du projet d'établissement, raison d'être de l'hôpital, la montée en puissance du directeur est évidente et est donc le message de la performance de gestion, managériale, organisationnelle et financière.

Mais plus de dix ans après leur instauration et trois générations de projets d'établissement élaborés, les observations nuancent ces critiques originelles. Effectivement, la performance conditionne l'écriture des Projets d'établissements mais ceux-ci ne sont pas des business plans déguisés. La performance est celle de la bonne gestion administrative qui recherche un équilibre entre l'offre de soins de qualité à un territoire et une maîtrise financière responsable, permettant ainsi de placer l'hôpital dans une démarche dynamique par une mise en mouvement, grâce à l'identification de perspectives ; c'est de cette manière que le service public doit être rendu. Le Projet d'établissement est, comme son nom l'indique, un outil qui permet de placer l'hôpital dans un management en mode projet ; le Projet d'établissement est le moyen de contrer les forces de résistance au changement.

En outre, la performance constitue une prérogative des projets car elle fait partie de l'environnement dans lequel les établissements de santé évoluent. Que ce soit entre le privé et le public ou entre établissements publics, les rapports de coopération sont tout aussi pratiqués que les rapports de concurrence et c'est la raison pour laquelle le néologisme de « coopération » a émergé. Or, de nombreux médecins se sont accommodés de cet environnement de concurrence pour faire évoluer leur carrière. Cela explique qu'ils intègrent davantage les démarches d'élaboration des Projets d'établissements.

Par ailleurs, au fil des projets, le document a été de mieux en mieux appréhendé et les meilleurs projets ne sont pas ceux qui rivalisent de performances graphiques ou de clarté dans les indicateurs de gestion, mais ceux réellement appropriés par les équipes médicales qui les mettent en application avec dynamisme et diligence. Les termes souples de la loi permettent autant de Projets d'établissements que de centres hospitaliers et leur élaboration et leur mise en œuvre sera toujours singulière, distincte, dirigée tant par les principes communs réglementaires que par les équipes, les personnalités, les histoires communes et individuelles de personnes clés. Certes, le directeur général reste le concepteur du Projet d'établissement mais celui-ci ne peut le faire en chambre (sauf à opter pour un projet factice sans emprise sur le réel) et devra composer avec les équipes<sup>17</sup>, leurs capacités et les moyens dont ils disposent. Autrement dit, le directeur général est davantage un impulsor et

---

<sup>16</sup> Frédéric PIERRU, « Les hôpitaux sont devenus des usines à soins », dans *Le Monde*, 17 novembre 2011.

<sup>17</sup> LAGADEC A.M., « Avant propos – Fédérer un collectif », dans *Soins cadres*, n°114, octobre 2019, Dossier « Le projet d'établissement », pp. 7-25.

un animateur de l'élaboration et de la mise en œuvre dont le défi principal sera de savoir extraire le meilleur de ses équipes de soins<sup>18</sup>.

### 1.3.2 L'organigramme en pôle

Le Projet d'établissement du CHF élaboré en 2014 s'achève en 2019 ; il était nécessaire de d'engager la procédure d'élaboration. La plupart des équipes médicales étaient présentes en 2014 lors de l'élaboration et ce document donne satisfaction. Dans ces conditions, le Directeur général a décidé que l'économie générale de ce Projet d'établissement, sa structuration (son plan), sera reprise et seulement adaptée.

Le Centre hospitalier de Fougères emploie 850 agents et 65 médecins et est le deuxième employeur du bassin d'emploi après l'entreprise SAFRAN. Les services de soins sont structurés dans un organigramme (Figure 1) conçu à partir d'un échec.

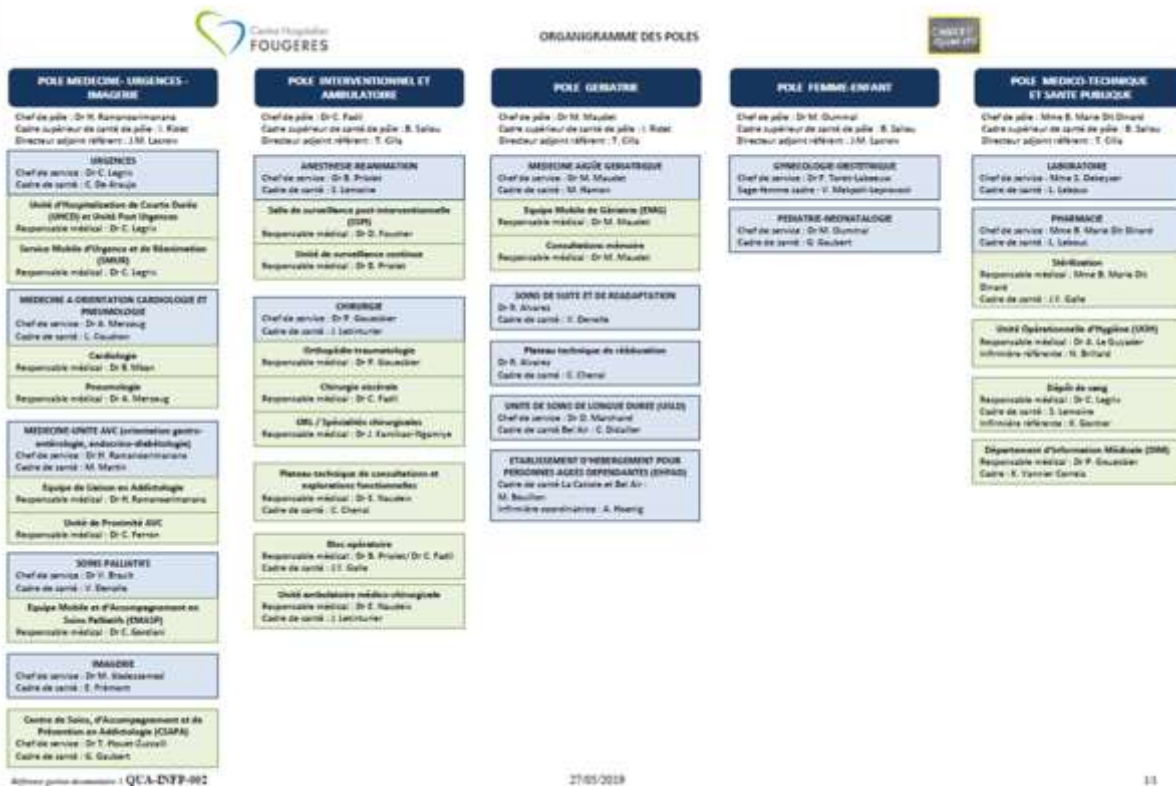


Figure 3 – Organigramme médical du Centre hospitalier de Fougères

En 2007, le CHF mettait en place une organisation en quatre pôles (médecine, chirurgie, femme-enfant et médico-technique) et le Projet d'établissement de 2013 livrait un constat critique de cette organisation en indiquant que « ce découpage ne s'est pas encore traduit par une véritable gouvernance en pôles, ni dans l'organisation ni dans le pilotage de

<sup>18</sup> JAGLIN-GRIMONPREZ C., « Rénovation et opportunités du projet d'établissement », dans *Soins cadres*, n°114, octobre 2019, pp. 7-25.

l'établissement »<sup>19</sup>. Aussi, il semblerait que ces quatre premiers pôles n'aient été que de papier pour répondre à des obligations réglementaires.

A l'inverse, l'élaboration du Projet d'établissement a été l'occasion d'investiguer cette problématique de pôle en lui donnant corps par une stratégie managériale. Après plusieurs ateliers de travail, l'organisation en cinq pôles supra est définie, revisitant leurs périmètres et en créant le pôle gériatrie. Mais avant d'installer ces pôles, le Projet d'établissement en précise les raisons d'être : Ils ont pour objectifs de fédérer plusieurs services autour d'objectifs et de projets communs, de décloisonner les services et les unités, de développer les approches transversales et d'améliorer la communication interne et externe. La partie 2 « le projet de gouvernance » du Projet d'établissement consacre même son 3<sup>ème</sup> chapitre « Une planification des principes du management de pôle aux outils à mettre en place pour donner corps à ces pôles : outils informatiques partagés ; bureau, réunion et assemblées générales de pôles ; place des chefs de pôles dans les instances ; contrats de pôle ».

Ainsi, le Projet d'établissement a été l'opportunité d'établir un organigramme structuré, offrant une offre de soins de qualité, mais surtout présentant de la transversalité.

L'élaboration du nouveau Projet d'établissement est donc l'occasion de dresser un bilan de cette organisation.

---

<sup>19</sup> Centre hospitalier de Fougères, *Projet d'établissement 2013-2019*, 2013, page 75.

## **2 Identifier la transversalité dans l'organisation par la méthode de gestion de projet de l'élaboration du Projet d'établissement**

Nous avons repris une élaboration qui était déjà bien engagée (1) et à laquelle nous nous sommes appliqués à définir une suite par de nouvelles orientations méthodologiques (2). Malheureusement, la crise sanitaire a remis en cause notre méthodologie (3).

### **2.1 En 2019, l'élaboration du Projet d'établissement est initiée mais subira ses premières modifications méthodologiques majeures**

#### **2.1.1 La première phase de l'élaboration menée par un prestataire spécialisé**

Début 2019, la Direction générale décide d'engager l'élaboration du Projet d'établissement puisque le précédent arrive à échéance à la fin de l'année. Pour cela, elle souhaite recourir à un prestataire qui apportera l'appui méthodologique, l'animation et les données chiffrées. Un marché public est publié et c'est l'entreprise Adopale qui est sélectionnée. Le lancement de la démarche d'élaboration coïncide avec la notification du marché.

La mission d'Adopale va durer quelque mois, jusqu'à la fin avril 2019. Durant ce temps, le prestataire va collecter des données et constituer les bases d'un diagnostic qui sera restitué sous la forme d'un support power point présenté à l'ensemble de l'établissement. Ce diagnostic va présenter les éléments médicaux du territoire, de l'établissement et identifier les enjeux. Pour compléter cette approche en impliquant les acteurs en présence, différentes personnes clés de l'établissement seront mobilisées pour constituer la grille Atouts Faiblesses Opportunités Menaces (AFOM)<sup>20</sup>. A partir d'un diagnostic critique de la situation globale de l'établissement (les atouts et les faiblesses), il s'agit d'amener les acteurs à envisager les opportunités et les menaces qui, ainsi, permettent d'identifier les actions à entreprendre, ou à éviter.

Ces éléments ont été restitués le 29 avril 2019 au cours d'un séminaire élargi d'une journée qui a impliqué l'ensemble des personnels de l'hôpital, ou plus exactement, les décideurs de l'établissement, soit la direction et les médecins. Outre la restitution, des ateliers ont permis interactivité et participation entre les acteurs. Au travers de mots clés, les membres présents au sein du séminaire ont été invités à indiquer les thématiques qui devaient être mises en avant au travers du Projet d'établissement. C'est de cette manière que la « communication », « relation ville-hôpital », « ophtalmo », « se faire connaître », « proximité », etc. ont été mis en exergue.

Après le 29 avril 2019, il a été décidé de mettre un terme à la prestation d'Adopale.

---

<sup>20</sup> L'appellation anglophone « SWOT » est parfois utilisée.

## **2.1.2 La deuxième phase conduite en interne**

Le 6 juin 2019, des lettres de mission étaient co-signées par le Directeur général et la Présidente de la Commission médicale d'établissement (CME) à l'attention des cinq chefs de pôles et de quelques chefs de services<sup>21</sup> (Annexe 2). Ces lettres de mission demandaient aux chefs de pôle d'organiser des ateliers de travail avec leurs services afin que les personnels puissent exprimer.

Malheureusement, ces demandes sont quasiment restées lettres-mortes. Aucun chef de pôle n'a véritablement suivi les lettres de mission, à l'exception de la responsable de la gériatrie mais qui n'a pas mené à terme des ateliers qu'elle avait initiés. Dans un contexte de climat social dégradé au niveau national<sup>22</sup> et local<sup>23</sup>, les disponibilités des personnels étaient limitées et les chefs de pôle, finalement livrés à eux-mêmes, n'ont pas été enclins à mettre en œuvre les lettres de mission qui leur ont été transmises.

Force est de relever que cela a joué comme une rupture dans la méthodologie de la gestion du projet, ce qui est risqué pour la réussite du projet. Les chefs de pôles se sont retrouvés isolés et sans soutien.

## **2.2 Stage long : Viser le retour à une convergence des dynamiques de projet**

### **2.2.1 L'appropriation du projet dans le respect des attentes de la hiérarchie**

Nous avons mené une analyse des éléments matériels en notre possession qui étaient les supports du prestataire et qui nous ont permis de constater que nous devons partir des éléments de diagnostics, des enjeux exprimés et des thématiques transversales de travail car celles-ci ont été validées collectivement en séminaire. Toutefois, les thématiques transversales identifiées au cours du séminaire ne correspondent pas aux transversalités inscrites dans les lettres de mission aux chefs de pôles. En outre, les rendus constituent le résultat obtenu après des heures de discussion, d'échanges, d'opposition ou de convergence et sont que le fruit d'un consensus. Pourtant, connaître l'arbre qui a produit le fruit est tout aussi important. Il faut considérer que l'absence de compte-rendu des échanges ne permet pas de saisir les lignes de force, les positions des uns et des autres, bref, tout ce qui constitue la dynamique d'échanges et qui est tant précieuse pour le pilotage d'un tel projet. Nous avons donc compris que ces rendus statiques ne seront qu'un matériau de travail brut, à prendre en l'état, et que nous serons dépourvus de visibilité sur le jeu des attentes et champs d'options que nous devons pourtant écrire dans le Projet

---

<sup>21</sup> Concernant les chefs de service, dans un premier temps, nous avons compris que, au regard des courriers qui étaient à notre disposition, tous les chefs de services étaient destinataire de ce courrier. Finalement, nous nous sommes aperçus que seule une partie des chefs de service a reçu ce courrier.

<sup>22</sup> Mouvement du Collectif inter-urgences et grève du codage.

<sup>23</sup> Des tensions en lits récurrents qui ont amené les Urgences de l'établissement à intégrer le Collectif inter-urgences et refus de codage dans certains services comme la radiologie et la maternité.

d'établissement. Cela est d'autant plus à prendre en considération que ces conclusions ont été exposées neuf à dix mois plus tôt et que, le temps passant, la mémoire des échanges et des conclusions sera différente pour chacun.

Malgré ces altérations à la dynamique de projet, un aspect se révélera comme une ligne de vie structurante sur laquelle nous pourrions nous appuyer. Il nous a été demandé de reprendre le Projet d'établissement 2015-2019 en maintenant, autant que possible, le plan et l'économie générale du document. Cette décision se justifie parce que la plupart des médecins en place, chefs de service et de pôle, étaient en poste lors de l'élaboration de ce projet précédent et que ce document est, somme toute, le leur. Ce point sera capital car il va contrebalancer les ruptures méthodologiques qui marquent l'élaboration du Projet d'établissement.

Facteur clé de la dynamique de la gestion de projet, aucun calendrier prévisionnel de déroulé des phases de travail n'a été mis à disposition, tout comme les échéances ; la proposition du prestataire Adopale ne présente pas de calendrier d'exécution. Or, cette absence technique aurait pu refléter les attentes politiques quant au Projet d'établissement. En effet, si des temps de travail technique comme l'élaboration des diagnostics, la définition des enjeux, les temps d'écriture, de mise en forme, etc. sont inévitables et prévisibles, les temps plus sensibles comme les temps de participation, selon la nature des acteurs, apportent la substance dynamique du projet et varient en fonction de ce qui est attendu. Enfin, nous avons complété notre appropriation du sujet en rencontrant les directeurs référents des cinq pôles et les deux cadres supérieurs de santé ; de cette manière, nous avons pu dresser une cartographie de l'état d'avancement du projet d'établissement dans les différents services.

### **2.2.2 La nécessité de dresser une cartographie de l'état d'avancement du projet**

Nous avons dressé deux échelles de cartographie de l'état d'avancement dans l'organisation que nous ne manquons pas d'articuler entre-elles. A l'échelle de l'établissement, le constat était sans appel. La dynamique de projet était retombée depuis la rentrée 2019 et il était nécessaire de la relancer. Nous avons donc demandé au directeur général et à la présidente de la CME de signer un courrier de relance de la dynamique pour nous introduire et, ainsi, signifier la nécessaire relance du projet (Annexe 3). La tactique opérée ainsi était de revenir à une centralisation des dynamiques vers nous. Le transfert aux services par les lettres de mission a dilué et éparpillé la dynamique ; il s'agissait de reprendre la main.

A l'échelle des pôles et des services, les lettres de mission avaient bien entendu pour ambition de favoriser les participations, au niveau des équipes ; cette proximité est louable car elle ne peut que favoriser les appropriations du Projet d'établissement par les services. Mais cette perspective est restée assez théorique car, sans chef de projet, elle a laissé seuls les chefs de pôles et de services, sans encadrement technique et sans impulsion. Cette

décentralisation a aussi engendré la perte de la coordination globale, d'autant qu'au cours de l'automne 2019, deux<sup>24</sup> chefs de pôles sur cinq ont démissionné de leurs fonctions administratives. Par ailleurs, cette décentralisation de l'élaboration du PE a été interprétée ou reprise comme l'élaboration de projets des services et/ou des pôles, et ceux-ci constitueraient la base élémentaire du PE, comme les briques d'un même mur. Or, le PE ne peut pas se résumer à l'addition des projets.

Ainsi, la majorité des services et des pôles n'avaient rien commencé. Seul le pôle gériatrie avait engagé des ateliers collectifs, associant l'ensemble des personnels médicaux et non-médicaux, à des ateliers de travail participatifs mais ceux-ci en sont restés au diagnostic et ont été arrêtés en octobre 2019. Enfin, sur l'ensemble de l'établissement, seuls cinq services<sup>25</sup> ont réalisé leur projet de service, mais celui-ci était à chaque fois engagé indépendamment de l'élaboration du PE. Aussi, leur rendu reste avant tout structuré en fonction de leurs besoins et ne correspond pas aux attentes inscrites dans les lettres de mission. En conséquence, la cartographie de l'état d'avancement du Projet d'établissement dans les services révèle des situations contrastées à de nombreux points de vue.

### **2.2.3 Nos préconisations méthodologiques basées sur le retour de la définition d'une posture managériale d'appui (Annexe 3)**

La poursuite de l'élaboration du Projet d'établissement avait abouti à des écarts croissants qui, au fil du temps, ne pouvaient que compliquer la suite qui devait forcément tendre vers une convergence commune. Sans opérer cette convergence, le PE serait un patchwork. Nous avons donc obtenu la coordination du projet.

Ce travail de structuration par la mise en place d'un chef de projet devait être précisé par la posture à incarner. Certes, le besoin de coordination devait être proposé mais cette seule approche technique ne pouvait suffire. En effet, au regard de l'organigramme, le nombre d'interlocuteurs était élevé : vingt-deux chefs de pôles et de services. Un management global uniforme ne pouvait pas être envisagé dans un premier temps. C'est la raison pour laquelle nous avons opté par une reprise en main individualisée, par du sur-mesure, qui consistait, dans le fond, à incarner le prestataire qui faisait défaut. Outre la coordination, il s'agissait de laisser la possibilité aux chefs de services et pôles de bénéficier d'un appui technique et méthodologique qui leur permettrait d'achever, sinon engager, l'élaboration de leur contribution au Projet d'établissement.

En effet, comme certains services étaient tout de même engagés dans l'élaboration, il s'agissait de ne pas rompre le peu de dynamique qu'ils avaient initié pour, sans les brusquer et ni remettre en cause les lettres de mission, reprendre la marche de l'élaboration afin de parvenir à un rendu. Cette implication, quand elle devait avoir lieu, serait l'occasion aussi

---

<sup>24</sup> Fonctions médicales supports et Médecine

<sup>25</sup> L'Unité d'accompagnement, les Urgences, le CSAPA, l'USLD et la radiologie.

pour nous de reprendre la main technique afin d'orienter le reste de la démarche pour opérer progressivement une convergence.

Bien entendu, cette reprise en main était pensée comme technique et absolument pas politique : au final, le Projet d'établissement serait bien celui des unités médicales et non celui de la direction générale ou, pire, du chef de projet qui, en raison de la fin de son stage fin août, n'avait pas d'avenir dans la structure. Pour démarrer cette prise en main de la coordination, nous avons mené des entretiens individuels semi-directifs.

#### **2.2.4 L'entretien semi-directif<sup>26</sup> pour reprendre en main la coordination de projet**

Outil de recherche sociologique, l'entretien semi-directif était approprié à double titre.

En premier lieu, il s'agissait de trouver sa place dans l'organisation. Bien entendu, le courrier co-signé par le directeur générale et la présidente de la CME que nous leur avons proposé pour nous présenter, et ainsi relancer la dynamique, était nécessaire car il offrait un message unique à l'ensemble de l'organisation. Mais il méritait d'être complété par des entretiens particuliers pour acter la prise de contact. L'objectif visé était d'exposer ce que nous pouvions apporter et se placer en proactivité.

En second lieu, une fois le temps de la présentation achevé, il s'agissait alors de véritablement démarrer l'entretien semi-directif, dans l'optique de faire connaissance avec notre interlocuteur, connaître son état de connaissance de l'élaboration du Projet d'établissement, faire le point sur son état d'avancement de la liste de mission, entendre son appréhension de l'établissement, écouter ses perspectives pour sa spécialité mais aussi faire dire ses limites et difficultés. L'entretien semi-directif permet d'encadrer la parole et de recueillir un récit structuré propre à l'enquêté qui exprime sa propre appréhension et appropriation du sujet abordé. Or, cette caractéristique est aussi essentielle que le contenu même du discours car elle permet de saisir la dynamique qui anime l'enquêté. Par-delà la collecte du matériau qui servira *in fine* à alimenter le Projet d'établissement, il s'agit aussi de mettre en exergue les positions, dispositions au changement, les capacités de projections, les points de crispation et les raisons de conflits avec d'autres acteurs. A défaut d'avoir pu bénéficier de l'historique des échanges et de connaître les points de divergence et de conflit et d'en déduire, sinon identifier, les espaces de convergence et d'entente, il s'agit de retrouver la substance active de la dynamique des acteurs.

L'entretien semi-directif a reposé sur les éléments de diagnostic et les éléments de séminaire connus par les enquêtés et très probablement sur lesquels ils avaient dû s'exprimer, voire contribuer à construire ; cette hypothèse fut confirmée dans la plupart des cas. Il n'était donc pas possible de revenir sur le diagnostic et les enjeux, si ce n'est en les complétant et en les actualisant, le cas échéant. Il s'agissait aussi de les rétablir comme base légitime de travail, en se plaçant dans la continuité du travail déjà effectué.

---

<sup>26</sup> KAUFMANN JC, *L'entretien compréhensif*, Paris, 1996, Nathan université (Coll. Sociologie 128), 127 pages.



Nous ne nous sommes pas contentés de nous limiter à revenir sur ce qui avait déjà été acté. Dans une démarche AFOM, nous avons orienté l'entretien vers les perspectives en dressant les menaces internes et externes. Il s'agissait ainsi de placer l'enquêté dans un axe de projection qui l'amènerait alors à identifier, dit simplement, « ce qu'il veut », ou ses objectifs, afin, ensuite, de le faire exprimer « ce qu'il lui faut » pour atteindre « ce qu'il veut », soit ses actions pour atteindre ses objectifs.

Enfin, dans certains cas, nous avons abordé les aspects méthodologiques dont ils avaient hérité. Pour cette première prise de contact, nous nous gardions de fixer un horizon à atteindre. Au contraire, pour établir notre rôle de chef de projet, nous prenions comme point de départ le travail déjà entrepris par les acteurs. Conformément aux lettres de mission, il fallait valoriser le travail, ou à défaut de travail l'enquêté lui-même en tant que chef de son unité qui aura à mettre en œuvre le Projet d'établissement pendant cinq ans, et commencer à travailler à partir de cette base. Il nous revenait donc de nous saisir des travaux déjà entrepris afin de construire, chacun en fonction de leurs singularités, adapter une méthode de travail qui, dans la suite à donner dont nous aurions la main, permettra d'opérer un cheminement de convergence de tous vers un espace commun de travail collectif.

Confisquer un projet aux acteurs est préjudiciable car il prive ces derniers des orientations vers lesquels ils doivent se placer et motive leur participation. Mais l'historique du dossier n'avait pas révélé de présentation de perspectives et nous n'avions pas encore la légitimité pour en proposer à ce stade. Il n'y avait pas d'urgence.

Par ailleurs, nous avons dû aussi assumer nos entretiens. La méthode de l'entretien semi-directif de la recherche en sociologie comprend une première étape d'essai où la grille d'entretien est soumise à l'essai auprès de quelques enquêtés. Nous ne pouvions pas envisager cette étape en raison de notre positionnement professionnel. C'est la raison pour laquelle nos premiers entretiens ont été réalisés avec des enquêtés que nous avons identifié comme des alliés à notre projet et, donc, qui présentaient des dispositions importantes au droit à l'erreur et acceptaient de nous voir revenir et entretenir une correspondance régulière afin de compléter ou revoir certains aspects. Egalement, en avançant dans nos entretiens et en dessinant progressivement cette cartographie des dynamiques qui nous manquait tant, nous avons alors envisagé une suite méthodologique que nous ne prévoyons pas. Ainsi, nous avons pu dresser une proposition de suite qui allait respecter la nécessité d'une convergence.

Enfin, il faut préciser que cette prise en main était devenue primordiale en raison de nouvelles circonstances. En effet, peu de temps après avoir signé la note d'impulsion nous introduisant, la Présidente de CME annonçait son départ de l'établissement pour le 1<sup>er</sup> mars. L'impulsion pouvait être fragilisée et c'est la raison pour laquelle nous avons considéré utile d'intensifier notre présence auprès des acteurs.

## **2.3 Rupture méthodologique avec la crise sanitaire**

### **2.3.1 Notre action stoppée et nos propositions méthodologiques remises en cause**

A partir de la fin février et du début mars 2020, nous commençons à dresser une proposition méthodologique qui aurait permis d'amorcer une trajectoire vers la convergence des rendus. Fin mars, début avril, les derniers entretiens devaient avoir lieu ; il était donc possible d'engager une nouvelle approche en avril. Il s'agissait alors de construire une remontée graduelle vers le niveau du Projet d'établissement.

Pour cela, nous envisagions une nouvelle phase, en avril, au cours de laquelle des ateliers auraient été constitués. Sans remettre en cause les pôles, il s'agissait au contraire de les affiner, voire de les actualiser, en identifiant les filières de soins qui étaient observées par les entretiens. Certaines correspondaient à des pôles comme le pôle femme-enfant. D'autres pouvaient envisager une évolution de périmètre comme le pôle gériatrie et les soins palliatifs qui sont dans le pôle médecine mais qui, dans les faits, sont très souvent placés en continuité de la gériatrie (MAG, USLD, EHPAD notamment). Enfin, certaines filières commençaient à se structurer comme l'addictologie et un atelier aurait permis de faire le point sur leur développement et envisager d'en faire éventuellement un élément organisationnel plus abouti. Le nombre et le périmètre des ateliers devaient être finalisés une fois tous les acteurs rencontrés.

Sur la base de ces ateliers, la troisième et dernière phase, en mai ou juin, devait être un séminaire équivalent à celui du 29 avril 2019, c'est-à-dire à l'échelle de l'établissement. Ce séminaire commun à l'échelle de l'établissement avait suscité beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme de la part des soignants ; l'objectif aurait été un partage des travaux des ateliers afin que tous prennent connaissance des attentes et intentions des uns et des autres, et commencent à travailler des actions collectives, donc transversales.

Malheureusement, la crise sanitaire de mars 2020 a remis en cause ses schémas. En effet, à la demande des autorités sanitaires, l'établissement a commencé à entrer en crise en déprogrammant ses activités chirurgicales et en mobilisant toutes les capacités. Le Projet d'établissement a donc été suspendu pour une durée indéterminée. Nos derniers entretiens et les réunions d'atelier que nous avions réactivé au pôle gériatrie ont été annulés et, pire, en raison du mode de contamination de la Covid-19, nos projets d'ateliers et de séminaires ne pouvaient plus avoir lieu. De surcroît, nous avons été contraints d'abord au télétravail, puis à nous mobiliser dans la gestion de masques et enfin nous avons nous-même été en arrêt maladie plusieurs semaines car nous avons contracté la Covid-19.

La crise sanitaire a opéré une vraie rupture dans notre méthodologie, notre calendrier et notre dynamique. Il a donc fallu, de nouveau, proposer une nouvelle méthode de travail.

A compter de la fin avril, nous nous sommes appliqués à reprendre les entretiens que nous avons été amenés à annuler. Il s'agissait d'achever la première phase de notre approche et renvoyer le signal de la continuité de notre projet, malgré la crise.

### 2.3.2 Une nouvelle méthode de gestion de projet pour obtenir des actions

Les avancements, les positionnements, les motivations et les investissements dans la démarche de projet étaient très disparates. En conséquence, nous avons continué à travailler de manière adaptée à chaque situation car le retour des chefs de services et de pôles dans la démarche globale était encore trop fragile.

Nous avons donc rassemblé les éléments de base en notre possession et nous avons décidé de les exploiter au maximum pour obtenir, le plus rapidement possible, des actions, afin de satisfaire aux exigences de notre hiérarchie. Nous avons donc proposé la méthode ci-dessous :

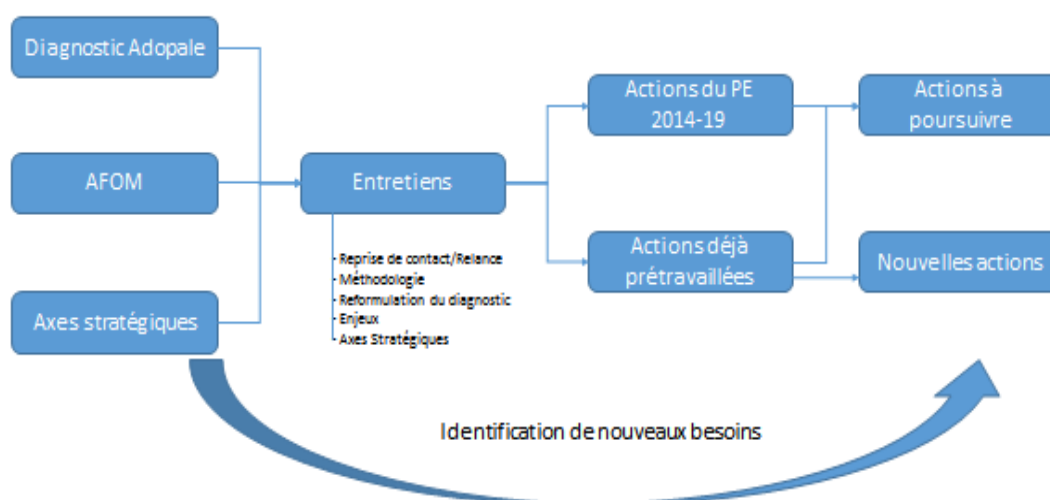


Figure 4 – Méthode de production des actions

Les éléments à disposition étaient les rendus d'Adopale qui constituaient la base commune à tous, d'une part, et les entretiens que nous avons réalisés et qui, centrés sur chaque agent, introduisaient une approche transversale en questionnant les interactions transversales internes et externes, d'autre part. Ces éléments constitueraient un état des lieux problématisé à partir duquel des enjeux allaient émerger. L'identification des enjeux permettrait ensuite de mettre en exergue des besoins et, par voie de conséquence, des actions à engager pour satisfaire ces besoins.

En outre, le Projet d'établissement devait se placer en continuité du précédent, ce qui signifie un alignement des enjeux et perspectives, le cas échéant, et donc des actions. Ainsi, il était approprié de balayer les actions du Projet d'établissement 2015-2019 afin d'en déterminer le devenir : suppression, maintien ou évolution. En complément, de nouvelles actions non-inscrites au Projet d'établissement précédent pouvaient avoir été initiées et il s'agissait de les

prendre en compte. Enfin, au regard des besoins exprimés dans les documents d'Adopale ou dans nos entretiens, il était possible d'amener les agents à définir de nouvelles actions.

Devant l'impossibilité de réunir les chefs de services et de pôles en raison des protocoles de distanciation physique, nous leur avons transmis un courriel dans lequel étaient joints trois documents correspondant à trois étapes de travail à effectuer en quelques minutes. Le premier document était un extrait des documents d'Adopale, en particulier le diagnostic et la grille AFOM, et qui avait pour fonction de rappeler les éléments de contexte. Le deuxième document était le compte-rendu de l'entretien réalisé. En confrontant l'état des lieux à l'approche dynamique de l'entretien, il s'agissait d'exacerber les besoins en basculant sur le troisième document. Ce dernier était un tableau Excel dans lequel figuraient toutes les actions de la spécialité concernée du Projet d'établissement précédent. Ainsi, l'enquêté devait se prononcer sur ces actions et, si des besoins ne pouvaient pas être satisfaits par des actions existantes, alors il pouvait en proposer de nouvelles.

Bien entendu, cette méthode comporte des limites, et au premier chef celle de restreindre considérablement la participation. Il est vrai que cette approche n'a fait que poursuivre les choix déjà retenus de concentrer la démarche uniquement sur les responsables d'unités. Reste que ces travaux n'ont pas tous été menés en chambre puisque quelques chefs de services ont, à minima, associés leurs cadres de santé et/ou des collègues médecins. Une seconde limite se situe dans l'inaboutissement des actions puisque leur faisabilité n'est pas évaluée. Cependant, au final, certaines actions seront construites en rassemblant des moyens qui n'étaient pas présents et aboutiront alors que certaines actions dont les moyens sont déjà à disposition n'aboutiront pas.

### **2.3.3 Intégrer autant que possible la transversalité malgré les contraintes**

Des actions sont conçues pour un service, mais nombre d'entre-elles nécessitent une participation d'autres services, du même pôle ou de l'établissement, voire de l'extérieur. Dans un premier temps, il s'agissait de classer les actions selon leur nature transversale ou non. Pour les actions transversales, il s'agissait ensuite de distinguer celles qui relèvent du pôle, d'au moins un service extérieur au pôle, ou qui sont plutôt des thématiques transversales à l'ensemble de l'établissement.

Il apparaît que certaines actions peuvent converger tandis que d'autres divergent. Ainsi, un chirurgien a pu mettre des freins contre l'ambulatoire alors que son confrère souhaitait le développer, ou encore un chef de service souhaite poursuivre le développement de la filière en addictologie mais pas l'autre chef de service concerné. Autant les convergences pourraient engendrer des fusions d'actions ; autant les divergences appellent des arbitrages. Enfin, force est d'admettre que cette méthode de travail de recensement et des classifications des actions est brusque pour de nombreux responsables d'unités. Ceux qui avaient toujours maintenu une certaine dynamique, aussi imparfaite soit-elle certes, ont pu

s'employer à l'exercice mais la moitié des responsables d'unités n'ont pu retourner dans les temps, voire n'ont pas répondu, faute de saisir l'exercice. Il a fallu organiser des rendez-vous avec plusieurs pour, ensemble, dresser un état des lieux des actions et en concevoir de nouvelles. Par-delà le constat, cela signifie que le Projet d'établissement présentera des inégalités dans sa conception et sa qualité ; certaines spécialités ou domaines d'activités seront aboutis alors que d'autres pourront se révéler peu approfondis. Cette approche peut sembler fataliste et défaitiste ; sans ironie elle s'inscrit en continuité du Projet d'établissement précédent qui présentait des variations de qualité. Mais dans le fond, il est possible d'objecter que ces inégalités qualitatives ne font que traduire les inévitables variations d'implications des acteurs. Concevoir un document égal est la caractéristique des ouvrages composés par un seul auteur alors qu'un Projet d'établissement ne doit surtout pas être rédigé en chambre par un petit nombre. Bien au contraire, ces inégalités vont aussi dévoiler les unités pilotes, en mode projet donc toujours en mouvement, de celles qui ont joué la passivité et l'immobilisme. Le Projet d'établissement peut être rédigé de la meilleure manière qui soit, il ne peut occulter la réalité humaine des organisations.



### **3 Les retours des services expriment un besoin fort en transversalités**

Les entretiens que nous avons menés et les actions que nous avons collectées nous ont permis d'analyser l'état des lieux de la transversalité dans l'établissement. En premier lieu, une meilleure appréhension de la transversalité dans l'organisation semble utile (1). En second lieu, les services ont exprimé de nombreuses actions de transversalité qui démontrent l'importance de ce mode de faire (2).

#### **3.1 L'analyse de la transversalité dans les services : un besoin d'adaptation du fonctionnement de l'organisation**

A l'échelle du Projet d'établissement, l'organisation doit être appréhendée dans ses équilibres et ses dynamiques. La régulation des interfaces prédomine le management même si les projets médicaux restent ceux des pôles. Aussi, la transversalité fait véritablement Projet d'établissement et il s'agit alors de lui accorder les moyens de se déployer pour améliorer la performance de l'établissement.

##### **3.1.1 L'organisation en pôle inadaptée à la réalité de la transversalité**

Les premiers entretiens se sont révélés insatisfaisants dans l'approche transversale de l'organisation médicale de l'établissement. En effet, notre postulat de départ était de se conformer à l'organigramme en pôle qui a été défini dans le cadre du Projet d'établissement précédent. Comme indiqué dans le document lui-même, il s'agissait ainsi d'évaluer ce dispositif, d'autant qu'une certaine inefficacité avait été constatée dans le Projet d'établissement précédent et que les mesures qui y figuraient devaient apporter des correctifs.

Or, cette approche s'est révélée insuffisante et inadaptée. A titre d'illustration, l'entretien avec la Pharmacie a révélé des liens faibles et, finalement, peu fondés sur l'activité mais davantage sur le positionnement, avec le laboratoire qui fait partie du même pôle. Par contre, les liens avec les autres services étaient nécessairement forts par, notamment, le circuit du médicament. Egalement, l'entretien avec le CSAPA a montré que si cette unité a des liens avec la médecine interne où est placée une équipe de liaison en addictologie et avec lequel un projet de filière est défini, de nombreux liens sont entretenus avec, certes les Urgences au sein du même pôle mais aussi avec la plupart des services. De nombreuses sollicitations de ces services (gériatrie, SSR, EHPAD, etc.) sont observées pour la gestion d'addictions (alcool et tabac essentiellement) pour des patients hospitalisés sur de longs séjours. Enfin, principale entrée des patients du CHF, les Urgences entretiennent des

relations multiples avec la totalité des services de l'hôpital et sont le point de départ de parcours patients divers.

Aussi, la structuration en pôle est apparue inadaptée à la démarche d'appréhension de l'organisation globale de l'hôpital à l'échelle de l'établissement. Pourtant, les pôles ont été initiés pour favoriser les transversalités au sein d'entités médicales cohérentes. Mais celles-ci apparaissent dans la pratique très restrictives, voire superficielles dans la mesure où elles répondent plutôt à une nécessité d'ordonnancement administratif. De plus, l'organigramme reste pyramidal avec, de fait, un fonctionnement décisionnel hiérarchique qui reste dans sa forme « en silo » et paraît dépassé par les interactions transversales pratiquées au quotidien. L'organigramme se distingue également par l'absence de liens entre les différentes unités et pôles ; chaque structure paraît « flotter » cependant dans un certain alignement par pôle. Ainsi, les pôles n'ont pas de périmètre clair, ce qui, dans le fond, correspond aussi au besoin de ne pas cloisonner. Mais cette représentation révèle la faiblesse des pôles. Ceux-ci restent des géants organisationnels aux pieds d'argile et deux observations le révèlent. D'abord, quand des démissions des médecins de responsabilités administratives ont été prononcées, celles-ci concernaient les pôles (Médecine-Urgences-Imagerie ; Femme-enfant ; Médico-technique et santé publique) mais pas les services, ce qui révèle le certain détachement aux premiers et l'attachement aux seconds. Ensuite, les implications des chefs de pôles sont très relatifs, voire parfois limités à de simples représentations administratives en instances, avec un minimum de régulation au sein du pôle et sans management.

Aussi, ces premiers entretiens ont révélés que l'appréhension de la transversalité ne pouvait pas se faire uniquement sous l'angle des pôles. Finalement, la lecture par pôle constitue un regard biaisé, un a priori, sur les transversalités. Ainsi, il a fallu déconstruire cette approche par pôle et repartir des besoins médicaux premiers pour dresser une nouvelle cartographie de la transversalité.

### **3.1.2 Partir de la réalité des transversalités pratiquées par les services**

La grille de questionnement des entretiens a donc été réajustée. L'approche par pôle est tout de même maintenue car sa réalité se vérifie dans des décisions formelles prononcées dans le cadre des instances de la gouvernance de l'hôpital qui ne peuvent pas être ignorées. Les textes réglementaires fournissent la légitimité des pôles et, à leur manière, prennent en compte et interviennent dans les transversalités.

En revanche, les pratiques médicales reposent sur des besoins en transversalité qu'il fallait prendre en compte car spécifiques à chaque service, voire à chaque médecin. Par ailleurs, l'organigramme représente bien les unités fondamentales de l'organisation que sont les services et à partir desquelles émergent les besoins en transversalité. Il est à noter que les auteurs en management ont identifié que les équipes d'une dizaine d'individus sont la base du management des organisations (par le management de proximité) car elles constituent



des structures humaines compactes, hiérarchisées et naturellement coordonnées autour d'un chef. En outre, ces unités sont définies autour de spécialités médicales issues de l'académisme prodigué en faculté de médecine. Les services sont donc des réalités majeures et il s'agit ainsi de privilégier leur appréhension.

Ainsi, il apparaît que les services ont divers besoins de transversalité. Or, dans la logique académique qui sous-tend l'identification des périmètres des services, il apparaît que des « filières » émergent. D'ailleurs, la création d'une filière d'addictologie figure dans le Projet d'établissement 2014-2019. Egalement, le Projet médical et soignant partagé du GHT Haute-Bretagne de mai 2017 est structuré en dix filières de soins :

1. Filière Urgences et soins critiques
2. Filière Gériatrie
3. Filière Cancérologie
4. Filière Gynécologie-obstétrique
5. Filière Pédiatrie
6. Filière AVC-Neurologie
7. Filière Pathologies digestives
8. Filière Appareil locomoteur
9. Filière Cardio-pneumologie
10. Filière Santé mentale

Force est de reconnaître que certaines de ces filières correspondent à des pôles ou presque, à l'exemple de la Gériatrie ou du pôle femme-enfant (Gynécologie-obstétrique et pédiatrie). Ces pôles sont les plus petits et fonctionnent le mieux, en particulier du point de vue médical. Cette structuration par pôle pourrait être améliorée par la constitution d'un organigramme médical et de soins qui soit structuré en filières, quitte à accroître le nombre de silos. Cette perspective, si elle devait être retenue à l'issue de l'élaboration du Projet d'établissement, se conformerait au Projet médical du GHT.

Ce scénario permettrait surtout de définir des regroupements de services cohérents qui auraient l'avantage de maintenir la culture organisationnelle des services tout en favorisant l'émergence d'un périmètre cohérent, désiré même, qui élargirait le champ des capacités de soins. Forcément, les filières seraient ainsi plus efficaces que les pôles car les périmètres médicaux des interactions seraient plus pertinents que ceux des pôles. En conséquence, les conflits issus des frictions aux interfaces devraient se réduire.

Reste que les transversalités entre filières seraient à réguler et à organiser mais le nombre de conflits à l'échelle de l'établissement baissant très probablement, leur régulation devrait à la fois se porter sur un moins grand nombre et, surtout, se concentrer sur cette échelle principale.

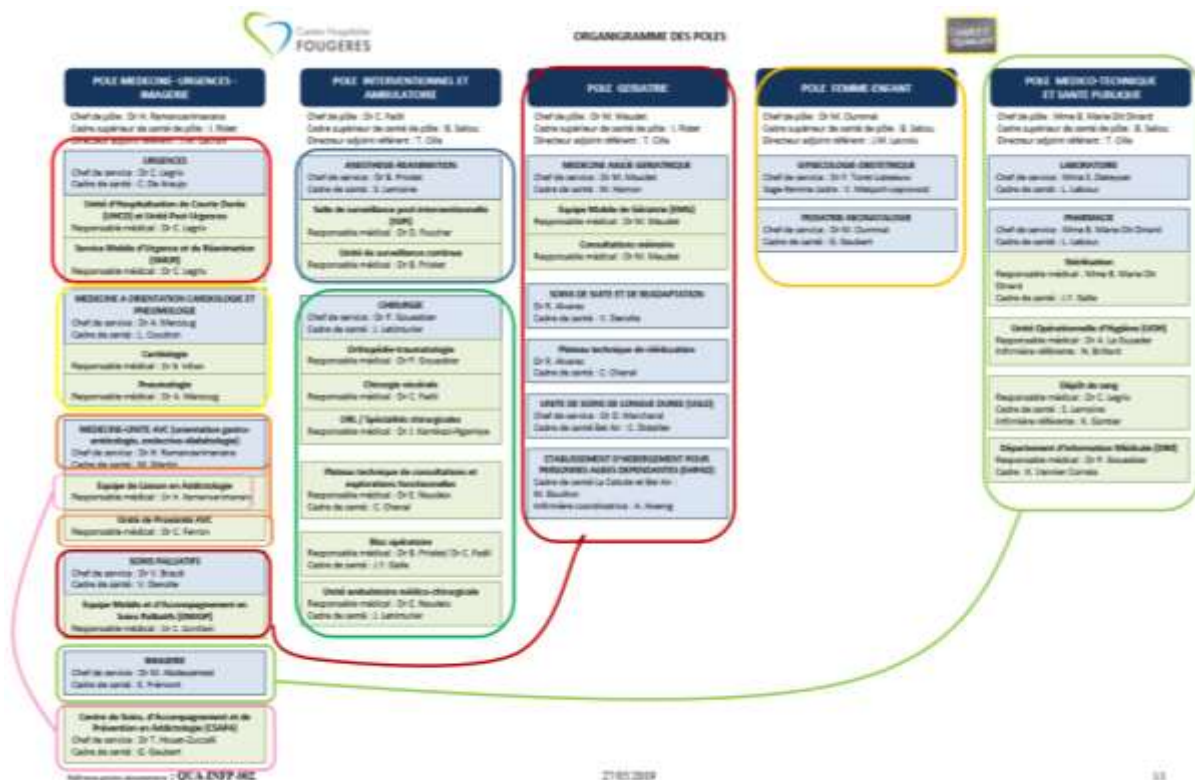


Figure 5 – Proposition de classification des services par filière représentée dans l’organigramme médical du Centre hospitalier de Fougères

L’économie générale de l’organigramme resterait toutefois inchangée. Or, si la perspective de l’émergence et l’affirmation de filières semble aller dans le sens de l’histoire de l’organisation de la médecine et des soins, et donc des hôpitaux, force est d’admettre qu’elle reste encore insuffisante.

### 3.1.3 La transversalité, un processus de fonctionnement des organisations hospitalières multiple et complexe

Les entretiens ont révélé la réalité de plusieurs transversalités. Or, la nature de chaque transversalité appelle une réponse adaptée. Une première classification des transversalités observées, par service, peut être dressée sur la base de nos entretiens :

- Service en contact avec l’ensemble des services de l’hôpital pour des besoins aval : les Urgences ; l’Obstétrique.
- Services qui reçoivent une partie de leurs patients de l’amont et ont des besoins aval vers le SSR, l’USLD, l’EHPAD, Unité d’accompagnement : Cardio-pneumologie, médecine et AVC, chirurgie, Médecine aigüe gériatrique.
- Services qui reçoivent une partie de leurs patients de l’amont et ont des besoins d’une première étape aval : chirurgie.
- Services qui reçoivent de l’amont et ont des besoins aval principalement extérieurs à l’hôpital : SSR, USLD, EHPAD, UA

- Services qui ne travaillent qu'en transversalité : CSAPA, Unité mobile gériatrique, Equipe de liaison en addictologie, éducation thérapeutique (traitement du diabète).
- Services qui fournissent des appuis technico-médicaux ponctuels mais réguliers : pharmacie, imagerie et laboratoire.

Cette approche confirme le cas spécifique des trois services d'appui médico-technique que sont la pharmacie, le laboratoire et l'imagerie. Mais le reste de la cartographie des transversalités présente une organisation qui, tantôt renvoie à des filières ou des pôles, tantôt correspond plutôt à des pratiques communes mais dont la cohérence médicale peut être discutée. En outre, cette catégorisation est insatisfaisante. La difficulté à positionner certains services résulte du manque d'exhaustivité en matière de transversalité de cette classification qui ne prend pas en compte certains aspects comme les astreintes (en cardiologie, en pneumologie, en neurologie, etc.). Pour résumer, cette typologie ne prend en compte que le mode de transversalité et non tout l'ensemble de la transversalité.

Ainsi, le constat de multiplicité et de complexité de la transversalité dans un hôpital-système en mouvement permet de modérer la tentation d'arrêter une classification des transversalités et de proposer une organisation à partir de ces transversalités ; il y aurait fort à parier que cette organisation serait partielle et insatisfaisante à son tour. En conséquence, structurer dans un organigramme les transversalités pourrait en assécher la richesse et d'autres modes d'actions pourraient alors être envisagés.

#### **3.1.4 Le rôle spécifique des équipes mobiles comme vecteur de transversalité**

Reste tout de même à souligner le rôle très spécifique des équipes mobiles. Ces unités sont rattachées à un service mais interviennent dans les autres services. Leur usage est médical comme les unités mobiles en addictologie et thérapeutique ou facilitateur comme l'unité mobile gériatrique dont la mission est de préparer l'amont du service de MAG en pré-identifiant les besoins médicaux des patients qui seront transférés au MAG, mais aussi en assurant les contacts avec l'aval, les structures médico-sociales du territoire pour faciliter les sorties. Constituées d'un nombre d'agents resserré avec des tâches bien réparties (infirmière, assistante sociale, secrétaire), elles ne sont pas dotées de médecins et se positionnent en appui. Leur fonctionnement est indiscutablement en mode projet autour de chaque patient pour lequel elles identifient les besoins et adaptent leur action avec créativité ; il faut souligner que ces unités mobiles ont un périmètre d'action trans-pôle.

Ces entités de petites tailles fonctionnent en satellite des services auxquels elles sont rattachées mais leur importance est majeure au regard du travail abattu et de leur propension à fluidifier et donc à accélérer la réduction des DMS en améliorant la qualité des soins. C'est la raison pour laquelle on peut s'étonner que ces unités mobiles ne soient pas plus nombreuses. Reste que leur action confirme leur utilité et est placée comme exemple au regard des actions envisagées dans les services pour les confirmer ou les renforcer, voire

pour les projets de certains services à se doter de telles entités. Mais les équipes mobiles ont une place inadaptée dans l'organigramme qui les place auprès des services et qui ne représente absolument pas la réalité de leur action.

Par ailleurs, si les équipes mobiles sont probablement le mode d'action médicale le plus transversal observé, elles amènent à repenser le paradigme même de la transversalité. En effet, elles se différencient des services qui sont fixés dans leurs murs et dont les patients viennent à eux et repartent. Au contraire, le patient devient central et elles viennent à lui. Or, cette approche inverse, autour du patient, est à explorer car elle permet une appréhension plus fonctionnelle et réelle de la transversalité.

### **3.1.5 Appréhender les transversalités par leur réalité fonctionnelle autour d'un patient-projet**

Nos entretiens nous ont amené à nous intéresser aux services et, donc, à privilégier la compréhension des transversalités par ce prisme. Or, les besoins ou pratiques que nous avons appréhendés sont très « services centrés » et, dans le fond, restent conditionnés par l'organisation en pôle et en silo dans lesquels ils sont ancrés. La transversalité est alors envisagée comme un complément, sinon un correctif.

Pourtant, une inversion de la perspective centrée sur le patient permet de reconsidérer les transversalités. Le parcours patient emprunte un chemin clinique au cours duquel il va bénéficier de soins multiples qui vont mobiliser de nombreuses ressources médicales de l'hôpital. Bien entendu, lorsque le patient est « hébergé » au sein d'un service, ce sont les besoins du service qui dominent. Mais la plupart des patients empruntent un chemin qui les emmène d'un service à l'autre, les uns après les autres, et ce qui prime, c'est de répondre aux besoins du patient.

Or, ces besoins peuvent être multiples, d'autant que les patients poly-pathologiques sont de plus en plus nombreux. Si le patient est hospitalisé, c'est la plupart du temps pour une pathologie majeure qui explique son entrée dans le service dans lequel il est placé. Mais ce schéma n'est pas forcément aussi simple ; il suffit de vivre les affectations des patients dans un hôpital en tension pour comprendre que certains choix sont par défaut.

Aussi, nous nous sommes appliqués à représenter la réalité de la transversalité dans un autre optique, non plus celle du service, mais celle du patient. Le schéma ci-dessous est inspiré d'un patient rencontré et nous avons recréé un parcours plausible. Le patient X est âgé et est entré par les Urgences après avoir fracturé ses deux bras dans son EHPAD. Accueilli dans un premier temps dans un box aux Urgences, il intègre l'UHCD dans un second temps en vue de son hospitalisation.

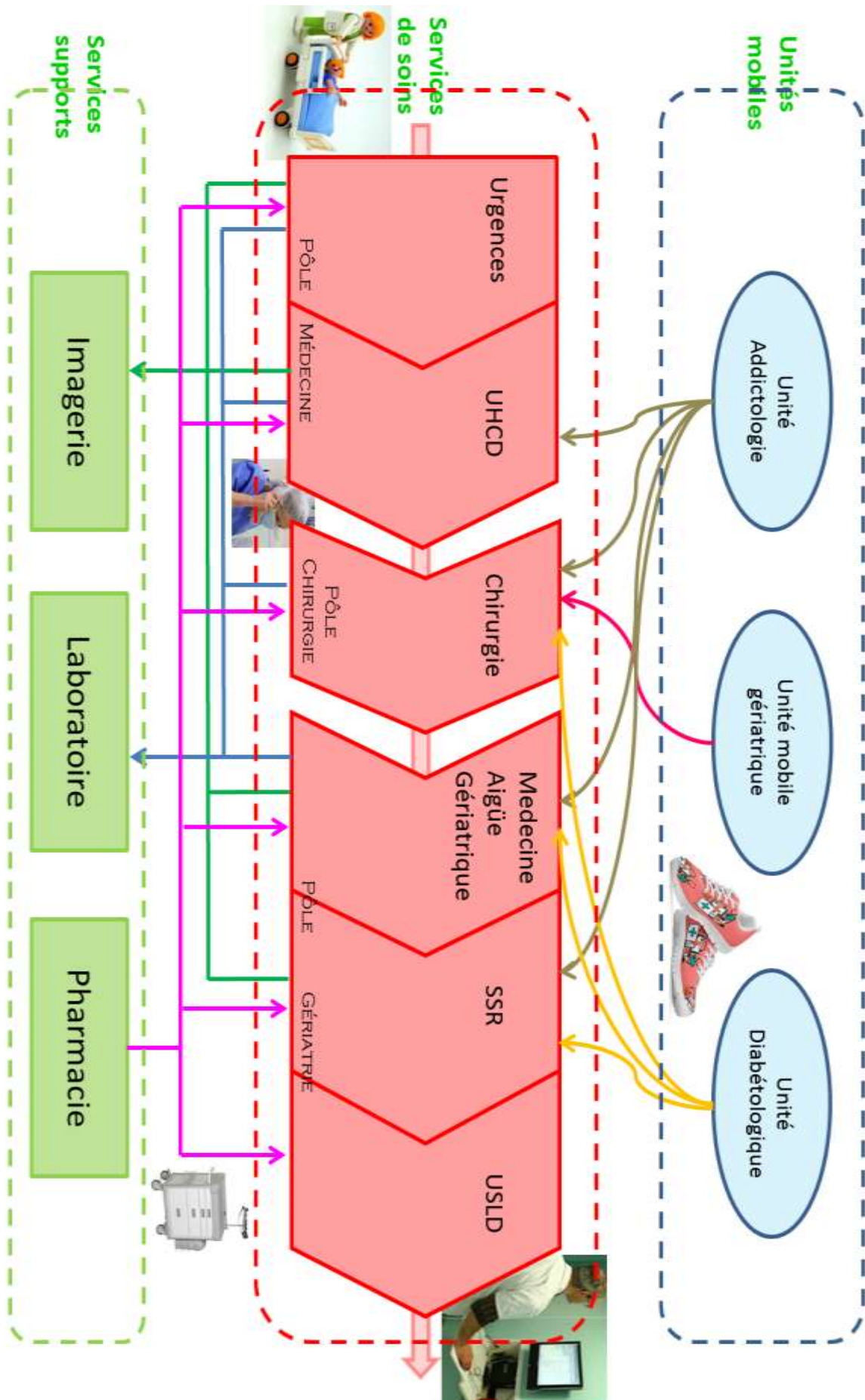


Figure 6 – Cas pratique d'un parcours patient X et liens de transversalité

Il est ensuite pris en charge en chirurgie pour se faire opérer au bloc opératoire puis est hébergé en post-opératoire dans une chambre du service. Une fois la période post-opératoire passée, il est admis au service de MAG où il entame sa convalescence. Puis, il est intégré le service des Soins de suite et de réadaptation (SSR) où il passe quelques semaines avec une rééducation. Mais son état général s'est affaibli par cette longue hospitalisation et il est placé en Unité de soins de longue durée (USLD) avant un retour hypothétique en EHPAD. Ce chemin linéaire « classique » est conforme à l'organigramme de l'établissement : les temps d'hospitalisation sont bien circonscrits dans des services et même dans des pôles. La communication s'effectue entre l'amont et l'aval, soit pour préparer la sortie du service, soit pour anticiper l'arrivée en prenant des informations. Le téléphone permet le transfert des informations entre services mais ce transfert ne peut pas sans faire sans les roulettes du lit et le système d'information qui héberge le dossier patient. Le téléphone peut aussi servir à des consultations pour certaines spécialités et le médecin peut venir ponctuellement au chevet du patient. Egalement, les services ont recours aux fonctions médico-techniques qui apportent leur support. Les échanges se font soit par transfert épisodique du patient (imagerie), par chariot (circuit du médicament) ou à pied des soignants (prélèvement pour le laboratoire).

Enfin, il faut prendre des pathologies chroniques du patient X qui est diabétique et est dépendant à l'alcool. Les équipes mobiles vont donc intervenir ponctuellement mais régulièrement pour fournir au patient X le suivi de ces pathologies. Enfin, l'équipe mobile gériatrique est intervenue en chirurgie pour préparer l'entrée au MAG. L'équipe mobile aurait pu intervenir pour préparer l'aval avec un retour en EHPAD mais celle-ci n'a pas lieu. Le vecteur de communication reste le déplacement des personnels vers le patient, et non l'inverse.

Au regard de ce schéma, force est de constater la prédominance de la linéarité du parcours patient. Cette linéarité reste la voie « royale » mais les autres soins qui interviennent en sus sont conséquents, d'autant que cette représentation est très partielle. Elle ne représente pas les contacts qui nous ont forcément échappé et, surtout, elle est strictement médicale (elle n'intègre pas les fonctions supports de l'hôpital comme la cuisine ou même les services techniques sans lesquels le patient X ne peut être hospitalisé) et est hospitalo-centrée (les structures amont et aval ne sont pas figurées).

Ce schéma reste sommaire. D'autres représentations de parcours patients dans d'autres établissements montreraient d'autres transversalités. En outre, les structures de régulation de ces transversalités ne sont pas non plus représentées (comité éthique, etc.). Cela signifie que la réalité des besoins en transversalité est multiple, protéiforme et complexe.

Ce constat interroge l'utilité même de vouloir décrire les transversalités et peut même laisser penser une certaine vanité, sinon contre-productivité. En effet, probablement vouloir à tout prix identifier les transversalités, voire même lui attribuer une définition, pourrait aller à

l'encontre même de la transversalité. Cette dernière se distingue en premier lieu par son agilité, sa souplesse, sa réactivité et sa créativité. La transversalité est du sur-mesure évolutif et lui attribuer un rôle bien délimité, circonscrit, avec des protocoles, c'est peut-être revenir au travers bureaucratique qui rigidifie puis sclérose les organisations.

Bien entendu, une organisation a un besoin impérieux de structuration. Mais plutôt que de révolutionner les organigrammes, et la diversité des organigrammes des centres hospitaliers et des modes de management permet de relever la fertilité quasi-infinie des imaginations en la matière, il convient plutôt de mettre en place des espaces au sein desquels les transversalités peuvent trouver légitimité et efficacité, avec souplesse. Ainsi, si l'organigramme peut évoluer, notamment en explorant les capacités des filières à fournir des réponses aux besoins, ou simplement en revoyant les périmètres des pôles, il s'agit de replacer la démarche dans une perspective plus longue.

Enfin, ce schéma rappelle que par-delà la mécanique de soins qui paraît s'enchaîner comme sur une chaîne linéaire de montage automobile, la réalité a besoin d'être encore plus nuancée. En effet, l'idée maîtresse qui est sous-entendue dans la réalité des soins est que le patient X est un projet commun à toutes ces entités de soins qui vont venir à lui. L'étude du parcours patient par son chemin clinique ne doit focaliser l'attention car elle n'est qu'une simple description et pas une explication. C'est seulement quand ce schéma est appréhendé sous l'angle du patient-projet que la compréhension des transversalités peut être engagée.

## **3.2 Les transversalités dans les services**

L'ensemble des services ont rendu 306 actions qui permettent de dresser un état des lieux des besoins en transversalité à l'échelle de l'établissement (1). Ceux-ci sont à la fois internes (2) et externes (3).

### **3.2.1 L'ensemble des services expriment des besoins en transversalité**

Le tableau joint comptabilise l'ensemble des actions collectées. Sur les 306 actions exprimées, 130 relèvent d'une forme de transversalité, soit 42%, ce qui est conséquent. Le service le plus demandeur est la chirurgie orthopédique et le moins est le laboratoire ; le pôle le plus demandeur est celui de gériatrie et le moins est pôle femme-enfant.

Force est de constater que la transversalité n'est pas optionnelle car tous les services en expriment le besoin. Cependant, l'importance de la demande est variable. Aborder la transversalité sous un regard quantitatif reste fragile du point de vue scientifique mais cela permet de mettre en exergue quelques tendances qu'une incontournable analyse qualitative précisera.





Une analyse par pôle ne semble pas appropriée dans le sens où de grandes tendances ne se dégagent pas de cette typologie. Toutefois, les pôles de petite taille, c'est-à-dire le pôle gériatrie et le pôle femme-enfant montrent des convergences d'approche entre les services qui les composent, à l'inverse des pôles chirurgie et médecine qui regroupent plus de services. Cela ne fait que confirmer l'importance des filières car les pôles gériatrie et femme-enfant sont les périmètres requis en la matière. Mais une analyse par filière est délicate car les périmètres que nous avons proposés supra peuvent être évidents pour certaines spécialités alors que cela l'est moins pour d'autres. Par ailleurs, les filières proposées dans le projet médical partagé du GHT ne peuvent pas toutes se décliner strictement au CHF.

C'est la raison pour laquelle nous proposons une analyse en fonction de la typologie des transversalités que nous avons établie en 3.1.1.C :

- Service en contact avec l'ensemble des services de l'hôpital pour des besoins aval : Les Urgences sont probablement le service où les actions de transversalités sont les plus fouillées, ce qui démontre des besoins conséquents, liés à la nature même de l'activité. Les 14 actions concernent à la fois des aspects internes et externes de l'activité et toutes s'inscrivent dans deux optiques, soit profiter des compétences spécialisées des services internes, soit de favoriser la sortie. A noter le projet partagé avec le MAG, qui présente la même approche polyvalence médicale, pour travailler à une intensification du travail de l'équipe de liaison, tant sur la problématique des parcours que des échanges médicaux.  
Quant au pôle femme-enfant, ses besoins en transversalité sont essentiellement tournés vers l'extérieur, l'amont, afin de préparer la venue des femmes pour leur accouchement ou leurs interventions gynécologiques.
- Services qui reçoivent une partie de leurs patients de l'amont et ont des besoins aval vers le SSR, l'USLD, l'EHPAD, Unité d'accompagnement : Pour ces nombreux services, certains besoins convergent pour amplifier les liens avec le GHT et, dans une moindre mesure, le GCS. Egalement, les besoins vers le territoire concernant les acteurs externes, en particulier la médecine de ville. La préparation de l'amont est forte, sauf pour le MAG qui se distingue par son lien avec l'USLD. En interne, là-aussi les besoins convergent avec de nombreux projets interservices, tantôt avec un service en particulier, tantôt avec l'ensemble des services. Les actions de formation et/ou « d'acculturation » ou de « sensibilisation » sont importants : il s'agit de travailler ensemble ou de préparer à travailler ensemble.
- Services qui reçoivent une partie de leurs patients de l'amont et ont des besoins d'une première étape aval : Les services de chirurgie ont des besoins très inégaux en transversalité mais les données quantitatives sont à relativiser car elles reposent sur peu d'actions. Là-aussi, une convergence entre les quatre services du pôle est observée quant au GHT, afin de maintenir et développer les échanges de praticiens

spécialisés du CHU afin que ces derniers viennent effectuer des temps de permanence au CHF. La médecine de ville fait partie des préoccupations parce qu'elle explique les consultations qui restent à développer. Par contre, les besoins avec les services sont peu nombreux.

- Services qui reçoivent de l'amont et ont des besoins aval principalement extérieurs à l'hôpital : L'UA a une approche de la transversalité différente de celle de l'USLD et du SSR à plus d'un titre. Les demandes de l'UA mettent en avant les besoins informels, tandis que le SSR et l'USLD aspirent à les formaliser quasiment au même titre que les instances. Egalement, l'UA propose peu d'actions, peut-être parce que ce service en fait déjà et que cette situation satisfait. Inversement, les besoins sont importants pour le SSR et l'USLD où l'accent est mis sur l'aval afin de faciliter les sorties.
- Services qui ne travaillent qu'en transversalité : Le CSAPA utilise la transversalité pour déployer sa stratégie territoriale, ce qui coïncide avec le positionnement de l'unité à la marge des services de l'organigramme, fortement en lien avec les acteurs locaux. Quant aux unités mobiles ou de liaison, les besoins ne sont pas probants. Toutefois, les besoins semblent principalement se préciser, soit en affinant les missions des équipes en place, soit en distinguant davantage les missions de liaison de celle de soins.
- Services qui fournissent des appuis technico-médicaux ponctuels mais réguliers : les besoins sont forts pour la pharmacie et le laboratoire. Ceux-ci sont très tournés vers les autres services et s'efforcent de placer leur action dans l'amélioration de leur fonction support, mais en s'intégrant davantage dans les services pour être au plus près de leurs besoins. Inversement, aucun service n'a demandé une demande quant à ces deux services.

Cette typologie des services est assez appropriée pour analyser les actions en transversalité exprimées par les services. Certaines tendances, parfois fortes, se dégagent, alors que d'autres révèlent des divergences. Ces divergences sont argumentées et offrent l'opportunité de mettre en exergue certains ressorts qui sous-tendent les appréhensions des acteurs. Reste qu'une analyse des besoins internes et des besoins externes peut être complémentaire.

### **3.2.2 Identification des besoins des transversalités internes autour du patient-projet**

Les actions en transversalité en interne portent en premier lieu sur les projets interservices, avec 10 services sur 17 à vouloir en réaliser. A peu de choses près, ces actions coïncident avec les actions de formation et/ou de sensibilisation des autres services. Indéniablement, les besoins sont réels et le Projet d'établissement va permettre de leur conférer une structuration et une mise en avant porteuse. Autrement dit, ces actions vont permettre de donner corps à la transversalité. Mais pour la réussir, outre la préparation des équipes par

les formations, des outils communs sont nécessaires et c'est ce qui explique que l'harmonisation des pratiques et des outils<sup>27</sup> est la troisième catégorie d'actions.

Dans une moindre mesure, mais sans que cela soit anecdotique, les équipes de liaison et/ou mobiles sont évoquées. Il peut être fait l'hypothèse que ces équipes sont une entité trop aboutie de la transversalité et que la plupart des services n'y sont pas prêts. Egalement, les filières sont citées mais là-aussi uniquement dans une optique de légitimation de pratiques.

Par contre, il faut noter que deux services ont mis en avant l'idée du patient-projet. En effet, l'unité d'accompagnement construit sa démarche de soins et d'accompagnement autour d'un « projet de vie » qui est défini avec le patient à son arrivée. Également, les Urgences proposent de définir et structurer un projet médical dès l'arrivée d'un patient afin de faciliter son futur parcours de soins et, ainsi, fluidifier l'aval. D'autres services s'expriment aussi sur cette notion de patient-projet mais de manière moins aboutie, souvent d'ailleurs par le besoin de parfaire l'outil informatique qui permet de tracer le patient tout au long de l'hospitalisation. Bref, la notion de patient-projet est ressentie mais finalement, reste encore sous-jacente, alors que si elle était véritablement définie permettrait sans aucun doute une organisation fonctionnelle plus fluide et active, articulée autour des transversalités.

### **3.2.3 Le territoire pour soulager l'hôpital de ses maux**

Les actions externes en transversalité concernent d'abord le GHT. Il s'agit, à chaque fois, d'aller chercher des ressources au sein du GHT, et en premier lieu au CHU, afin de permettre une prise en charge étayée des patients in situ. L'objectif est aussi d'accroître l'attractivité du CHF par une offre plus complète des soins, en complémentarité des activités présentes, afin de dynamiser celles-ci.

Egalement, les actions vers l'extérieur, en dehors du cadre hospitalier, concernent la médecine de ville. Si l'approche intègre souvent les collaborations dans le suivi des patients, notamment au travers d'outils numériques communs, les actions visent surtout à cultiver les liens avec l'amont afin que les médecins traitants, les infirmiers libéraux et les pharmaciens orientent les patients vers le CHF.

### **3.2.4 Le Projet d'établissement, un outil de déploiement sur-mesure des transversalités**

Globalement, les besoins sont manifestes et bien peu de services, sinon aucun, ne s'accommode d'en rester à la situation actuelle. Il s'agit donc de favoriser les transversalités pour améliorer la performance de l'établissement.

La transversalité est probablement la démarche organisationnelle la plus éloignée de la standardisation dans la mesure où elle est plurielle, variable selon les besoins et les spécialités, d'autant que chaque spécialité envisage plusieurs actions. Cette variabilité de

---

<sup>27</sup> Essentiellement numériques.

l'ampleur et de l'intensité des actions s'explique nécessairement par les besoins de soins et les spécificités médicales des services et des pôles. Mais elle s'explique aussi par les variations de maturité de l'appropriation des transversalités. Egalement, les actions sont d'autant plus abouties et souhaitées que le service est caractérisé par sa polyvalence médicale. L'académisme médical qui sous-tend le fonctionnement d'un service est trop rigide pour des services comme la gériatrie ou les Urgences où fleurissent bon nombre de projets. Ce qui définit le sens donné à ces actions est une démarche médicale en mode projet, c'est-à-dire avec polyvalence, agilité, réactivité et adaptabilité avec le patient comme projet. Cette approche est cristallisée dans l'action des Urgences de définir un projet médical partagé pour chaque patient à son arrivée, ou dans le projet de vie pour chaque patient de l'Unité d'accompagnement.

Outre ces actions exprimées par les services, notre analyse permet d'avancer plusieurs propositions afin de faciliter les transversalités dans le Projet d'établissement.

## **4 Nos propositions pour faciliter les transversalités**

Sur la base de notre analyse des résultats que nous avons obtenus, nous proposons de favoriser la culture des transversalités (1) avant de permettre leurs mises en œuvre (2). Outre les actions, il s'agit de faire vivre cette transversalité en fonction des temporalités du management (3).

### **4.1 Faire évoluer la culture hospitalière**

Les actions exprimées par les services et les pôles se distinguent toutes par leurs spécificités car elles répondent à des besoins singuliers. Certes, des actions convergent et ont suffisamment de concordance pour nourrir une politique globale au niveau de l'établissement, comme l'amélioration de la communication, les stratégies en matière d'attractivité ou encore l'accueil d'internes en plus grand nombre. Mais par-delà les services, force est de constater un besoin affirmé de transversalités dans l'ensemble de l'organisation. En toute logique, la première proposition est donc d'apporter une attention particulière à ces actions afin que celles-ci aboutissent. Comme tout projet, une partie des actions n'aboutira inévitablement pas et seront des échecs. Mais ces actions ont un potentiel organisationnel, managérial et de performance élevée et, en définitive, ne sont pas optionnelles.

Par-delà les actions, l'ampleur des demandes en transversalité est telle qu'il s'agit de ne pas décevoir et d'apporter des éléments qui accompagnent les évolutions nécessaires. Au premier chef, figure le besoin de favoriser la culture de la transversalité. Il s'agit de préparer à agir en transversalité, d'accepter les actions en transversalité et les considérer au même niveau d'action que les autres procédures.

Enfin, la nature des transversalités étant l'agilité et le sur-mesure, il convient de ne pas privilégier le formalisme et les procédures. Au contraire, il s'agit plutôt de se limiter à favoriser la création d'espaces de transversalité dans l'organisation. Ces espaces devront rester suffisamment flexibles pour permettre d'évoluer rapidement, quasiment en continue, afin de préserver l'adaptabilité. Ces espaces ne s'opposent pas aux procédures mais les complètent. Les procédures, les instances et les organigrammes structurent la dynamique de l'hôpital et permettent l'administration de son établissement. En revanche, les transversalités apportent cette souplesse d'action qui va accélérer la performance.

### **4.2 Adapter l'organisation**

#### **4.2.1 Introduire les transversalités en complément des procédures**

Pour favoriser le déploiement des transversalités, il s'agit de trouver un équilibre entre les procédures, les instances et l'organigramme, c'est-à-dire le formalisme, d'un côté, et les temps de transversalités, les démarches en mode projet, d'un autre côté. En effet, le constat

établi en 2014 dans le Projet d'établissement peut être repris en 2020 : certains pôles sont des échecs. Une dynamique est observée au pôle gériatrie ou au pôle femme-enfant. Mais elle est inexistante au pôle chirurgie. Elle reste partielle et restée trop longtemps décapitée au pôle médecine. Elle est trop réduite au pôle médico-technique.

Aussi, face à la constance de ce constat, il est possible de dénoncer des manques de leadership, de projets ou de capacité pour faire vivre ces pôles. Il n'en demeure pas moins que les pôles qui ne fonctionnent pas, sauf pour les représentations dans les instances et les procédures administratives, ne correspondent pas à des filières médicales. Or, si leur cohérence médicale est fragile, cela peut expliquer que ces pôles ne parviennent pas à dépasser l'horizon de la gestion administrative. Probablement ne sont-ils pas adaptés à établir des projets communs aux services qui les composent. En conséquence, des ajustements de périmètres peuvent être effectués, soit par le changement de quelques services vers un autre pôle, soit en remaniant le périmètre du pôle médecine, voire aussi du pôle chirurgie, et envisager un nombre plus important de pôles, avec comme perspective directrice la constitution de filières confondues avec les pôles, mariant ainsi la réalité médicale avec l'outil administratif.

Cette évolution de l'organigramme peut concerner la valorisation des transversalités, sans pour autant aller à l'encontre de leur nature. Les approches transversales, en particulier quand elles seront davantage déployées au cours des années de mise en œuvre du Projet d'établissement, pourront être représentées dans l'organigramme sous la forme matricielle. Outre la structure en pyramide et verticale de l'organigramme actuelle dont il pourrait être question de faire évoluer la disposition de ses composantes, une approche transverse pourrait alors figurer, en particulier avec les équipes mobiles et/ou de liaison qui sont à ce jour assimilées à un service lambda.

La place de la transversalité dans l'organisation, en complément de sa structuration formelle, pose aussi la question des instances. Vitaux, ces outils réglementaires sont des espaces de dialogue et de décision qui permettent aux différents acteurs de l'organisation de se rencontrer pour réguler et administrer, donc pour coordonner en traitant les conflits. Ces instances reposent sur une approche organisationnelle fonctionnelle et décisionnelle qui est formelle ; c'est précisément ce formalisme qui fonde leur légitimité. Bien entendu, les conflits liés aux interfaces y sont régulés. Reste que le fonctionnement et le périmètre de ces instances peuvent être interrogé pour y intégrer davantage de transversalité. Sans envisager de les contourner ou de les affaiblir, il s'agit au contraire de développer des espaces d'expressions des transversalités, comme des commissions, qui pourraient régulièrement entrer en dialogue avec les instances afin que ces dernières prennent les décisions demandées par les besoins des transversalités. Des rencontres entre les conseils de pôle ou de filière pourraient être envisagées avec la CME ou le directoire par exemple. De la même manière, un espace de dialogue pourrait être créé autour des équipes mobiles et/ou de

liaison. Quoi qu'il en soit, à l'instar de la demande de la gériatrie, la question de la représentation des transversalités dans les instances pourrait être posée et envisagée dans le cadre d'une évolution de la gouvernance de l'établissement.

#### **4.2.2 Privilégier les managements de proximité, de convivialité et de reconnaissance**

Une évolution de l'organisation par son organigramme ne peut se faire sans une évolution managériale. Or, c'est précisément une des conclusions des retours d'expériences de la crise sanitaire. Le rapport CLARIS<sup>28</sup> et le rapport de l'école polytechnique<sup>29</sup> constatent un management inadapté et appellent à son évolution, tant pour faire face à de nouvelles crises sanitaires que, surtout, pour faire face aux difficultés structurelles de l'hôpital public. Il s'agit ainsi de développer le management de proximité.

Autrement dit, le lien entre la direction et les services, les personnels soignants, est distendu, parfois rompu, et il convient d'opérer des rapprochements pour que le sens de l'action des uns soit compris par les autres. L'évolution de la gouvernance par une place plus affirmée des médecins dans la direction de l'hôpital va d'ailleurs dans ce sens et ne pourra que participer à mieux appréhender les divers problèmes rencontrés. Concernant le management, une mutation est donc à engager et le management de proximité est une option qui semble faire consensus au plus haut niveau décisionnel.

Pourtant, ce management de proximité seul peut se révéler probablement limité. L'absence de référence au management participatif est à noter car ce mode est particulièrement en vogue, en adéquation avec la sociologie des travailleurs. Bien entendu, il ne peut être l'alpha et l'oméga du management et doit rester une composante du management, même si son action, en certaines circonstances et pour certains projets, offre la possibilité de dynamiser les équipes en raison de l'appel à leur implication. Aussi, outre le mode de faire que représente le management de proximité, il paraît utile de travailler sur l'état d'esprit au travail et le besoin d'animer ce management de proximité ; être présent, se montrer, ne suffit pas en soi car il peut être vite creux. Un management de convivialité, dans le sens de Ivan ILLICH<sup>30</sup>, nous paraît approprié. Dans un contexte de concurrence entre établissements et de main tendue orchestrée par le management de proximité, il peut s'agir de « donner envie », de susciter le désir de venir travailler à l'hôpital. Concrètement, il s'agit de favoriser les temps informels festifs qui offrent des cohésions, des temps de relâchements, ou nombre de messages managériaux sont distillés. Au sein du CHF, le service qui offre la plus grande cohésion est sans contexte celui des Urgences qui, régulièrement, se réunit « en 104 », salle de repos où l'ambiance est joyeuse, gaie, détendue et où médecins, infirmiers et aides-

<sup>28</sup> CLARIS O., *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière confiée au Pr Olivier CLARIS*, juin 2020, 156 pages.

<sup>29</sup> DUMEZ H., MINVIELLE E., *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19 : Une contribution des sciences de gestion*, Juillet 2020, Ecole polytechnique, IP Paris, CNRS, Centre de recherche en gestion, 90 pages.

<sup>30</sup> ILLICH I., *La convivialité*, Paris, 2014, Points, Points Essais (Coll. Sciences humaines & sociales), 163 pages.

soignants se relâchent des codes hiérarchiques. Ces temps sont à développer, à favoriser et susciter, que ce soit dans les services ou à l'échelle de l'établissement comme un pot d'accueil régulier des nouveaux arrivants, à l'instar de ce qui est pratiqué dans les établissements hospitaliers privés.

Mais le management de la convivialité ne suffit pas lui non plus<sup>31</sup>. En effet, il s'agit aussi de répondre au besoin de reconnaissance exprimés par les personnels de soins, soit par leur rémunération, soit par un ensemble d'actes ou simplement de parole et d'écoute.

Cette idée de management de proximité, de convivialité, de reconnaissance et participatif, implique une certaine posture directionnelle dans l'impulsion et la mise en œuvre. Comme évoqué plus haut, il s'agit de perpétuer l'impulsion d'un management d'animation comme cela a bien pu être appréhendé pour le Projet d'établissement. Les dynamiques sont à éveiller au sein des pôles et des services, du moins dans l'organisation, et la manière de mettre en œuvre une politique pour un établissement hospitalier, tout comme d'autres organisations autonomes publiques telles les collectivités territoriales, est une posture d'animateur.

Pour cela, la direction peut être amenée à s'adapter pour amplifier ce pilotage d'animation. La direction des projets qui devra mettre en œuvre le Projet d'établissement et assurera la direction des pôles va clairement dans ce sens. En parallèle, un rapprochement entre la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des soins (DS) est à consolider et structurer. Si la DRH structure la politique sociale de l'établissement avec son Projet social, la DS apporte le prolongement opérationnel. Dans cette perspective, les cadres supérieurs au niveau des pôles et les cadres de santé au niveau des services, jouent un rôle clé. Ce management intermédiaire est décisif et mérite d'être davantage valorisé car il est une courroie essentielle de la chaîne de management et de commandement. Or, après avoir connu quatre DS en trois ans, dont trois DS en moins d'un an, la confiance entre les cadres de santé et la direction s'est érodée. Le lien nécessite d'être renforcé et cela passe par, notamment, une valorisation du travail de ces agents qui expriment des demandes de reconnaissance et de l'appui à l'égard de DS dont le turn-over est important.

Enfin, l'évolution du management concerne les médecins. Ceux-ci occupent désormais des places administratives et les évolutions en termes de gouvernance issues du Ségur envisagent de les renforcer. Or, force est de constater que les médecins ne sont pas formés au management et il s'agit de faire monter cette compétence en même temps que la montée de leur importance dans l'organisation.

---

<sup>31</sup> La notion de management de la convivialité que nous introduisons n'est absolument pas synonyme de « chief happiness officer ». Cette nouvelle fonction, vide de sens, infantilisante et parfois pathétique, n'a que comme réelle action de cacher l'absence de stratégie managériale ou politique de ressources humaines de la direction.



### **4.3 Appliquer la transversalité dans les temps de vie de l'hôpital**

Outre la facilitation des transversalités dans l'organisation, il s'agit aussi de la favoriser dans la vie de l'hôpital, en fonction de ses différentes temporalités, au quotidien et sur le long terme.

#### **4.3.1 La transversalité au rythme quotidien de l'hôpital**

La transversalité se vit au quotidien et il s'agit d'en favoriser la mise en œuvre et la régulation. Deux temps formels sont désignés pour en faciliter la mise en œuvre.

D'abord, « l'analyse hebdomadaire des événements indésirables » est primordiale. Sa vocation est d'apporter des éléments de réponse à des incidents. Or, comme évoqué en introduction, la part des événements indésirables liés à des problèmes de communication aux interfaces sont très importants. Alors que son rôle est primordial dans l'ajustement des débordements organisationnels, elle est insuffisamment utilisée. D'abord, cette réunion souffre d'instabilité, tant dans sa temporalité que dans son périmètre. De nombreuses absences trop fréquentes obligent à d'incessants reports. Ces reports sont autant de signaux négatifs qui n'incitent pas à en faire un élément de régulation de la dynamique de l'organisation qu'elle mérite. De plus, seule la direction de la qualité est présente et d'autres directions, comme la DRH et surtout la DS, n'y assistent pas. Pourtant, les éléments de réponse qui participent à encadrer la régulation qui est menée toutes les semaines passe nécessairement par le relais du management intermédiaire orchestré par la DS. De la même manière, la DRH a sa place dans cet espace car les très nombreux problèmes de communication aux interfaces posent la question de la politique managériale, et donc de la politique sociale.

Ensuite, le « point lits » est aussi un temps quotidien d'action des transversalités. De manière très pragmatique, il s'agit de s'accorder sur la répartition des patients, en fonction de leurs pathologies et des disponibilités en lits dans les services. Outre le jeu très opérationnel de placer les patients, le point lit impose une rencontre régulière qui oblige à des partages et des efforts de compréhension des problématiques des uns et des autres, à tour de rôle. Il permet surtout de donner de la lisibilité sur l'arrivée des patients dans les services et, ainsi, d'envisager le projet de soins autour du patient. Parfois, avec la présence de la DRH et de la DS, il permet d'appeler en séance les ressources en personnels soignants afin de les ajuster au nombre de patients. Dans certains établissements, le point est lit est quotidien, à heure fixe, et joue comme un rituel qui, si les besoins ne sont pas là, ne dure que quelques minutes. Mais sa régularité est payante dans les situations de tensions en lits car les acteurs ont l'habitude de travailler ensemble et l'effet « crise » de la tension est, somme toute, relativisé. Or, au CHF, les points lits ne sont provoqués que lors des tensions en lits et s'apparentent à des cellules de crise. La participation n'est pas arrêtée et essentiellement médicale (médecins chefs de services et cadres de santé) avec des

directeurs. En conséquence, nous proposons de rendre quotidien ces points, d'en faire un rituel de dialogue fonctionnel et transversal pratique.

#### **4.3.2 Le Projet d'établissement en mode logiciel**

Les tendances lourdes qui se dégagent laissent voir un accroissement des besoins en transversalité dans le fonctionnement des organisations hospitalières. C'est la raison pour laquelle, outre les actions visant à les faciliter au fil de l'eau de la gestion de l'hôpital, il s'agit d'inscrire cette démarche à l'échelle du temps long. En cela, la mise en œuvre du Projet d'établissement peut être un recours précieux.

En effet, le Projet d'établissement est un outil de planification comme il en existe bien d'autres à l'hôpital ou dans d'autres administrations. Moyen de mobiliser les ressources utiles à l'action publique, la planification permet d'apporter une lisibilité pluriannuelle qui est nécessaire pour toute démarche stratégique. Sauf que l'outil de planification souffre de deux faiblesses qui s'accroissent dans le temps.

La première faiblesse est celle de l'inéluctable écart entre ses objectifs et la réalité ; bien peu d'objectifs de plans ou schémas sont atteints ; il faut compter avec l'inévitable part d'échec. Mais il faut aussi compter les écueils externes qui viennent s'interposer au bon déroulé des schémas et des plans. Le temps s'accélère, les événements s'enchaînent et des décisions inattendues sont prises en conséquence. Autrement dit, les plans risquent d'être des vues intellectuelles rassurantes qui, dans les faits, s'avèrent être des chimères impossibles à suivre, par la force des choses.

La seconde faiblesse est celle de sa dynamique. Autant elle est impérative, et souvent attendue, au cours de son élaboration car les agents concernés ont enfin le moyen de s'exprimer et de partager, autant elle est réduite au cours de sa mise en œuvre. Dans cette seconde longue phase, les services sont concentrés sur eux-mêmes avec pour seul horizon la réalisation de leur action. Or, souvent, celle-ci prend tout son sens comme contribution à la démarche globale portée par le plan. Par ailleurs, la force d'un schéma ou d'un plan ne réside pas principalement par son rendu écrit car il s'agit de sélection de rédactions qui ne sont que l'aboutissement d'un consensus ; au contraire, c'est tout le cheminement au cours de la phase d'élaboration qui a été un travail d'évolution des positions des uns et des autres et qui marque les esprits mais ce récit n'est pas retranscrit.

Or ces temps d'évolution des positions sont de plus en plus relatifs au fur et à mesure de l'accélération du temps. De fait, les positions deviennent rapidement caduques puisque les évolutions extérieures à l'outil de planification sont de plus en plus nombreuses. Cela explique d'ailleurs que l'émulation s'érode et que la dynamique retombe, au point de contribuer à réduire les chances de réussite d'atteinte des objectifs par le déploiement des actions.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de produire le Projet d'établissement, et de nombreux autres outils de planification, en mode logiciel. Le mode logiciel est un mode d'évolution constant d'un rendu mais qui reste encadré. A l'exemple des versions d'un logiciel, la première version sera la V1 puis sera régulièrement modifiée (améliorée) par des apports qui seront pris en compte dans la V1.1, puis la V1.2, puis la V1.3, jusqu'à ce qu'une évolution majeure impose une nouvelle version, la V2, qui sera à son tour soumise à des évolutions en V2.1, puis V2.2, etc. Appliqué au Projet d'établissement, ce mode logiciel pourrait être l'utilisation du rapport d'activité annuel qui deviendrait, outre la présentation de l'activité de l'année écoulée, le moyen de partager l'état d'avancement de toutes les actions. Ce travail devrait alors prendre en compte les évolutions externes ou internes qui sont autant d'imprévus au déroulé initial du Projet d'établissement mais qui permettraient d'ajuster les actions en conséquence, au regard de la réalité de leur application. Il s'agirait alors d'inscrire ce principe dans le Projet d'établissement lui-même.

Cette mise en œuvre en mode logiciel aurait l'avantage de maintenir un niveau élevé de dynamique d'ensemble puisque le partage devrait être maintenu. Ainsi, un séminaire annuel, à l'exemple de ce qui a été organisé en avril 2019 pour élaborer le Projet d'établissement, donnerait corps à cette mise en mouvement. Il s'agirait aussi de faire le point collectivement sur toutes les actions, de partager les informations et d'aborder les points qui fonctionnent tout comme ceux qui ne fonctionnent pas, en particulier les transversalités. Des indicateurs qualitatifs de suivi de la réalisation des actions sont donc à privilégier.

Cette démarche aurait aussi l'avantage de porter des projets d'ampleur qui n'ont pas pu trouver une réponse, une action clairement définie, en raison de la contrainte de temps du calendrier d'élaboration du Projet d'établissement. C'est la raison pour laquelle certaines actions sont écrites sous la forme « réfléchir à ... », « envisager de... ». Le sujet est bien là mais la mise en œuvre n'a pas été trouvée ; il s'agit donc de maintenir ouvert ces chantiers et seul le mode logiciel le légitime et l'accroche au Projet d'établissement.

Cette démarche en mode logiciel est collective et peut être complétée par une démarche individuelle qui motiverait les agents. Actuellement, les agents publics sont évalués au cours de leur évaluation annuelle sur la base de ce qu'ils ont réalisé dans le cadre de leurs missions. Or, leurs contributions transversales, à moins qu'elles ne fassent partie de leurs missions comme les équipes mobiles mais cela reste exceptionnel, pourraient être évaluées au même titre que leurs missions centrales. Les responsables porteurs de ces actions transversales et recourant à ces agents ressources dans le déploiement de leurs projets pourraient alors être amenés à participer à l'évaluation annuelle de ces agents.



## Conclusion générale

L'élaboration du Projet d'établissement que nous avons menée nous a permis de mettre en évidence des besoins significatifs en termes de transversalités. Il s'agit de disposer de moyens, de ressources ou d'agilité pour améliorer les soins apportés aux patients. Au regard des contraintes imposées par l'impératif de la maîtrise financière, l'adaptation des organisations est une nécessité et leur développement est une démarche qui devrait contribuer à poursuivre la performance organisationnelle et fonctionnelle. Les transversalités sont multiples et se déploient dans l'organisation même de l'hôpital, en maximisant et optimisant les interactions afin de faire profiter les uns les autres les ressources de l'établissement. Elles se déploient également dans le territoire avec des rapprochements de plus en plus affirmés entre établissements de santé, ou entre partenaires de santé amont et aval, avec la même perspective d'optimiser et maximiser les interactions pour profiter au mieux des ressources. A n'en pas douter, elles sont synonymes de productivité et d'amélioration de la qualité de soins.

Mais le principal défi est celui de leur propre déploiement. Les transversalités ont surtout besoin d'espaces dans lesquels elles vont se développer. Cependant, leur développement reste marqué par sa confrontation avec la culture hospitalière qui est marquée par les hiérarchies et les organigrammes pyramidaux et verticaux. Les besoins de qualité des soins impliquent des protocoles, une structuration, des cadres qui vont être autant de garde-fous de sécurité pour le système hôpital qui a largement fait ses preuves. Cela doit rester fondamental dans l'organisation. Pourtant, cela ne doit pas s'opposer à leur émergence qui interviennent en réactivité et efficacité. Les transversalités constituent des enjeux organisationnels, managériaux, fonctionnels et structurels pour les établissements de santé. Globalement, elles interrogent les paradigmes managériaux des établissements de santé.

Mais l'intérêt des transversalités réside dans leur potentiel médical. Nous avons vu que les approches transversales restent conditionnées par leur optique organisationnelle centrée sur la structuration en services et en pôles. Or, nous avons vu que la réalité est toute autre, définit autour du parcours de soins du patient défini dans un chemin clinique spécifique. Dans une perspective de long terme marqué par le vieillissement et ses conséquences en termes de développement du nombre de patients polypathologiques, les transversalités peuvent apparaître comme une composante majeure de l'hôpital du futur.

En effet, si nous reprenons la notion de patient-projet, nous pouvons très bien imaginer des pratiques médicales en mode projet centrées sur les patients et non centrées sur elles-mêmes. L'hospitalo-centrisme est dénoncé mais son acception ne concerne pas seulement son enfermement dans ses murs ; elle concerne aussi sa propre organisation centrée sur ses services. Ainsi, dans un exercice de projection futuriste idéale, un hôpital dont l'organisation aurait pour paradigme principal les transversalités serait inverse de celui que

nous connaissons. Le patient n'irait pas vers les services, de service en service ; à l'opposé, les services viendraient à lui. Bien entendu, les services pourraient encore exister dans la mesure où des équipements lourds ne peuvent pas être déplacés. Mais plusieurs services comme la gériatrie ou la médecine interne se définissent avant tout par leur polyvalence et, dans le fond, sont des services alors qu'ils n'ont pas de spécialité bien définie, sauf leur polyvalence ; faire de la gériatrie un service constitue un paradoxe. Or, cette polyvalence va se développer et, surtout se déployer par la coordination des spécialités qui vont apporter des soins spécifiques à un patient-projet. Il est alors possible d'imaginer un hôpital essentiellement composé d'équipes médicales mobiles, dotées de médecins, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle, et qui se déplaceraient de patient en patient pour intervenir sur un projet médical précis et spécifique à chaque fois.

Afin d'éviter toute confrontation comme cela peut se produire, en particulier avec le jeu de localisation des patients dans des lits dans tel ou tel service et qui impose l'approche médicale du service alors que celle-ci peut être tout à fait relative, et donc peu performante, une coordination pourrait être doublement organisée. Un médecin coordinateur polyvalent affecté à un patient pourrait alors être garant du parcours de soins et suivre les différents soins ou déclencher les besoins. Il serait chef de projet du patient-projet. Mais dans l'hôpital du futur, une telle organisation reposerait certainement sur l'intelligence artificielle qui offrirait un support de suivi des soins, voire même de conseil, permettant alors pleinement une démarche médicale coordonnée autour d'un projet médical personnalisé à chaque patient.

Une telle organisation a déjà été appliquée dans l'automobile, chez le constructeur Volvo ou Ferrari, où les ouvriers vont vers l'automobile en cours de construction. La chaîne de montage n'est pas linéaire ; elle est un point fixe dont le centre est l'automobile en construction. Cette organisation pourrait, dans une certaine mesure, être appliquée à l'hôpital, en particulier dans les établissements de petite taille comme le Centre hospitalier de Fougères.

En effet, leur taille réduite, du moins à l'égard des centres hospitaliers universitaires (CHU) dont le gigantisme est fréquemment interrogé par certains, permet des proximités entre les médecins et donne la possibilité de réaliser une architecture qui se prête à ces besoins de mouvements rapides et brefs des équipes médicales. L'avantage de cette configuration est de favoriser aussi les interventions d'acteurs extérieurs médicaux auprès du patient. Les transversalités se déploient dans les territoires et le parcours de soins du patient ne se limite pas à celui qu'il suit strictement à l'hôpital. L'amont et l'aval peuvent être amenés à exprimer également des besoins aval et amont et à venir vers l'hôpital. De surcroît, le passage à l'hôpital est un temps de crise médicale pour le patient et ces acteurs extérieurs peuvent être invités à participer aux soins du patient dans ce moment critique ; cela est d'autant plus vrai dans le partage des ressources médicales d'un GHT. Concrètement, pour faciliter la mise en place d'une telle organisation, les établissements de santé pourraient voir leur autonomie

réglementairement renforcée. Ainsi, les dispositions de droit à l'expérimentation obtenues par les collectivités territoriales pourraient être envisagées pour les établissements de santé.

Bref, l'hôpital du futur que nous nous sommes autorisés à explorer restera probablement une vue de l'esprit. Il n'en demeure pas moins que cette projection futuriste trouve certains de ces fondements dans des tendances lourdes déjà à l'œuvre. Bien entendu, les transversalités ne résoudront pas tous les maux de l'hôpital qui ont pu être exprimés depuis au cours des dernières années. Mais force est de reconnaître qu'elles répondent convenablement aux préconisations d'évolution de l'hôpital du Rapport CLARIS<sup>32</sup>. Les transversalités sont clairement une démarche managériale et organisationnelle essentielle de l'avenir des organisations hospitalières.

De fait, il revient aux décideurs de se préparer à adapter les organisations qu'ils dirigent à davantage de transversalités. Les outils managériaux existent déjà comme les organigrammes matriciels, les démarches participatives ou les actions en mode projet. Mais ces outils restent principalement des outils correctifs d'une organisation profondément marquée par une culture de la hiérarchie et de la verticalité. Pourtant, cette culture s'effrite et fait partie des aspects structurels qui nécessitent d'évoluer, ne serait-ce que pour maintenir l'attractivité des carrières des métiers du soin auprès de générations qui s'affranchissent des cadres trop rigides. Les décideurs ont donc à considérer que l'intégration des transversalités se fera sur le long terme, étape après étape, c'est-à-dire Projet d'établissement après Projet d'établissement.

Leur posture est amenée à évoluer. La posture de direction au sens strict du terme qu'impliquent des organisations verticales tournées vers la pointe haute de la pyramide, peut s'ouvrir à une posture complémentaire, d'animation des forces, dynamiques et projets qui se préparent entre les différentes composantes des organisations. Cette animation doit être un axe cardinal d'élaboration du Projet d'établissement. Mise en œuvre en mode logiciel, cette animation prend tout son sens car elle devient une constante dans la posture de direction.

Dans le contexte de la crise de l'hôpital et du besoin de faire évoluer le management, la posture d'animation est l'amorce d'une position de coordination des dynamiques organisationnelles médicales qui, si elle n'empêche absolument pas les nécessaires arbitrages de gestion et d'administration qui reviennent indiscutablement aux directions, doit inciter à susciter des interfaces constructifs, actifs et porteurs de perspectives.

---

<sup>32</sup> CLARIS O., *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière confiée au Pr Olivier CLARIS*, juin 2020, 156 pages.





---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

BLANCHET A, GOTMAN A, *L'entretien : l'enquête et ses méthodes*, Paris, 2010, Armand Colin (Coll. 128), 128 pages.

ILLICH I., *La convivialité*, Paris, 2014, Points, Points Essais (Coll. Sciences humaines & sociales), 163 pages.

KAUFMANN JC, *L'entretien compréhensif*, Paris, 1996, Nathan université (Coll. Sociologie 128), 127 pages.

LOUAZEL M., MOURIER A., OLLIVIER E., OLLIVIER R., *Le management en santé : Gestion et conduite des organisations de santé*, Mayenne, 2018, Presses de l'EHESP (Coll. Manuel Références Santé Social), 544 pages.

PLANE J.M., *Management des organisations : théories, concepts, performances*, Paris, 2019, Dunod (5<sup>ème</sup> éd.), Coll. Management sup, 313 pages.

VELUT S., *L'hôpital, une nouvelle industrie. Le langage comme symptôme*, Gallimard (Coll. Tracts), janvier 2020, 48 pages.

BERGOIGNAN-ESPER, BRINGER C., Jacques BUDET J., VIGNERON E., *Les Groupements hospitaliers de territoire : un moyen d'organisation de l'offre de santé*, Paris, 2019, Ed. Berger-Levrault (Coll. Les indispensables), 196 p.

### ARTICLES

Anne-Marie LAGADEC, « Avant-propos – Fédérer un collectif » dans *Soins cadres*, n°114, octobre 2019, pp. 7-25.

Sylvain ROLLOT, « Le concept hôpital-entreprise et ses conséquences », dans *Objectifs soins & management*, avril 2016, n°245.

Frédéric PIERRU, « Les hôpitaux sont devenus des usines à soins », dans *Le Monde*, 17 novembre 2011.

Frédéric PIERRU, « Le cauchemar de « l'hôpital du futur », dans *Le Monde Diplomatique*, n°787, octobre 2019, pp. 20-21.

Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, « Rénovation et opportunités du projet d'établissement », dans *Soins cadres*, n°114, octobre 2019, pp. 7-25.

Stéphane VELUT, « L'hôpital, le jour d'après », dans *Le Monde Diplomatique*, n°793, avril 2020, page 17.

## RAPPORTS ET DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

ANAP, *Le positionnement territorial : construire une offre de soins adaptée à une population*, février 2020, 44 pages.

Centre hospitalier de Fougères, *Projet d'établissement 2013-2019*, 2013, page 75.

Chambre régionale des comptes de Bretagne, Notification finale du rapport d'observations définitives, 26 août 2016, 23 pages.

CLARIS O., *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalière confiée au Pr Olivier CLARIS*, juin 2020, 156 pages.

DUMEZ H., MINVIELLE E., *Le système hospitalier français dans la crise Covid-19*, Centre de recherche en gestion, CNRS, Ecole polytechnique de Paris, juillet 2020, 90 pages.

Haute autorité de santé (HAS), *Rapport 2017-2019 des organismes agréés (OA) pour l'accréditation de la qualité*, juillet 2020, 92 pages.

RIESS E., VINCENT S., YAN X., Monographie du Centre hospitalier de Fougères, rapport de Mastère spécialisé « Management en santé », EHESP, juin 2020, 32 pages.

## INFORMATIONS INSEE :

INSEE Bretagne, « En 2050, près d'un Breton sur trois serait un senior », dans *INSEE Analyses Bretagne*, juin 2017, n°58, 4 pages.

INSEE Bretagne, « Plus de 400000 habitants supplémentaires en Bretagne d'ici 2040 », dans *INSEE Analyses Bretagne*, novembre 2019, n°89, 4 pages.

INSEE Bretagne, « En Bretagne, la population augmenterait d'ici 2040 quel que soit le scénario envisagé », dans *INSEE Analyses Bretagne*, novembre 2019, n°90, 4 pages.

INSEE Normandie, « La population normande à l'horizon 2050 », dans *INSEE Analyses Normandie*, juin 2017, n°33, 4 pages.

INSEE Normandie, « Le vieillissement démographique en Normandie à l'horizon 2050 : une forte poussée des populations dépendantes à partir de 2030 », dans *INSEE Flash Normandie* juin 2018, n°65, 2 pages.

INSEE Pays de la Loire, « A l'horizon 2050, plus d'un quart des personnes âgées de plus de 65 ans ou plus dans les Pays de la Loire », dans *INSEE Flash Pays de la Loire*, juin 2017, n°67, 2 pages.

INSEE Pays de la Loire, « Projections de population : une croissance concentrée à l'ouest et un fort vieillissement », dans *INSEE Analyses Pays de la Loire*, juin 2018, n°61, 4 pages.

INSEE Pays de la Loire, « D'ici 2030, 17 400 ménages supplémentaires à loger en moyenne chaque année », dans *INSEE Analyses Pays de la Loire*, Avril 2019, n°73, 4 pages.

INSEE Bretagne, <https://www.insee.fr/fr/information/2016662>, 2020.

INSEE Normandie, <https://www.insee.fr/fr/information/2018628>, 2020.

INSEE Pays de la Loire, <https://www.insee.fr/fr/information/2018886>, 2020.



---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Lettre de mission type envoyée aux pôles et services en juin 2019.

Annexe 2 : Courrier de relance de la dynamique de février 2020.

Annexe 3 : Note méthodologique de suite à l'élaboration du Projet d'établissement de février 2020



## ANNEXE 1

### LETTRE DE MISSION TYPE ENVOYEE AUX POLES ET AUX SERVICES EN JUIN 2019

**M.**  
Chef de pôle

**M.**  
**Chef de service**

**M.**  
Directeur Référent du pôle

**M.**  
Cadre Supérieur de Santé

**David CHAMBON Directeur**

**Secrétariat :**

Tél : 02 99 17 70 23

E-mail : sferron@ch-fougères.fr

REF :

Fougères, 2019

**Objet : lettre de mission pour la conduite de l'atelier « Projet Médical et Soignant » du pôle**

Docteur, Madame, Monsieur,

La réflexion sur le nouveau projet d'établissement a été engagée début 2019 et le séminaire du 29 avril dernier a permis de partager le diagnostic stratégique de l'établissement et d'identifier avec les professionnels, pour le projet médical et de soins, plusieurs axes de travail institutionnels et pour chaque pôle

Il convient maintenant de préciser le contenu de ce projet médical et soignant pour chaque domaine d'activité au sein de chaque pôle d'activité.

Vous avez été choisis pour piloter conjointement l'atelier « activités du pôle Femme-Enfant » et nous vous confions la mission de mener à bien les travaux d'approfondissement des priorités identifiées lors du séminaire annexées à ce courrier.

Vous proposerez les évolutions, les projets ou les actions qui permettront, dans la période 2019-2024, d'améliorer la réponse aux besoins de la population et de renforcer le positionnement de l'établissement, en répondant aux priorités stratégiques du centre hospitalier de Fougères, en identifiant les coopérations qui pourront être mise en œuvre avec nos partenaires, notamment le CHMB et le CH de Vitré, et en tenant compte des filières du projet médical et soignant du GHT.

Vous constituerez un groupe de travail d'une dizaine de personnes, permettant d'associer des catégories professionnelles différentes, médicales et soignantes, et de représenter les différents services et unités concernés. Nous vous recommandons de réunir ce groupe de travail deux à trois fois d'ici le mois d'octobre en veillant à établir un ordre du jour et un relevé de conclusions. Vous mènerez le cas échéant des entretiens complémentaires auprès des médecins ou professionnels de votre choix.

Vous pourrez par ailleurs vous appuyer sur les éléments de diagnostic et d'aide méthodologique relatifs à votre domaine d'activité élaborés par le cabinet Adopale .

L'objectif qui vous est fixé consiste à nous remettre d'ici la fin octobre prochain un document de synthèse de 5 à 10 pages qui comportera :

- Les propositions de projets ou d'actions relatifs aux projets que le pôle souhaite développer
- Les résultats attendus en termes d'activité, d'organisation
- Les conditions nécessaires à la concrétisation de ces propositions
- Les modalités d'évaluation pour en assurer le suivi

Nous attirons votre attention sur la nécessité de cibler des propositions dont la réalisation soit compatible avec la durée du projet et l'équilibre financier de l'établissement.

Vos propositions seront étudiées courant septembre puis feront l'objet d'une synthèse qui sera présentée en directoire.

Nous vous remercions de votre active contribution, et nous vous prions d'agréer, Docteur, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

**La Présidente  
de la Commission Médicale d'Etablissement**

**Le Directeur**

**Natacha PRAT-ROBILLIARD**

**David CHAMBON**



ANNEXE 2

COURRIER DE RELANCE DE LA DYNAMIQUE DE FEVRIER 2020

**XXX**  
Chef de pôle

**XXX**  
Chef de service

**XXX**  
Directeur Référent du pôle

**XXX**  
Cadre Supérieur de Santé

**David CHAMBON** Directeur

**Secrétariat :**

Tél : 02 99 17 70 23

E-mail : sferron@ch-fougeres.fr

REF :

Fougères, 2019

**Objet : lettre de mission pour la finalisation des projets de service et de pôle**

Docteur, Madame, Monsieur,

Comme vous le savez, le travail d'élaboration du projet d'établissement se poursuit. La dernière lettre de mission transmise en juin dernier vous enjoignait, pour les secteurs dont vous assurer le suivi, à engager la phase de rédaction des projets médical et soignant.

Afin de vous faciliter ce travail, nous avons confié à M. Steven BOBE, élève directeur d'hôpital en stage au sein de la Direction générale jusqu'à fin août, la mission de coordination de l'élaboration du projet d'établissement. Nous lui avons demandé de se rapprocher de vous, pour vous fournir l'accompagnement méthodologique et technique, que vous jugerez utile. Nous vous serons gré de bien vouloir lui réserver le meilleur accueil.

Nous souhaitons que la rédaction de vos projets puisse être clôturée pour la fin avril. Un séminaire de partage de tous les projets de services et de pôles sera organisé au mois de mai, afin d'assurer une synthèse de ces travaux. Sur cette base, une première rédaction du projet d'établissement sera engagée par M. BOBE.

Nous vous remercions de votre contribution et votre engagement dans la conduite de l'établissement, et vous prions d'agréer, Docteurs, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

**La Présidente**  
**de la Commission Médicale d'Etablissement**

**Le Directeur**

**Natacha PRAT-ROBILLIARD**

**David CHAMBON**



ANNEXE 3  
NOTE METHODOLOGIQUE DE SUITE A L'ELABORATION DU PROJET  
D'ETABLISSEMENT DE FEVRIER 2020

Direction générale  
Steven BOBE

**NOTE**

A l'attention du Dr PRAT-ROBILLIARD, Présidente de la CME  
et de M. CHAMBON, Directeur général

Fougères, le 4 février 2020

Objet : Proposition de méthodologie pour la suite de l'élaboration du projet d'établissement

Cette note a pour objet de soumettre à votre validation des propositions méthodologiques d'avancement du projet d'établissement, jusqu'à sa finalisation. A partir d'un constat d'une mise au point mort du projet (I), une impulsion au plus haut niveau permettrait de relancer la dynamique et d'introduire le chef de projet (II), ceci afin de faciliter un projet véritablement collectif (III).

**I. L'hétérogénéité de l'avancement des projets de service empêche d'envisager un rendu finalisé dans les prochains mois**

Suite au séminaire du 29 avril 2019, une lettre de mission était envoyée aux responsables de pôles et de services début juin 2019 afin de leur confier la rédaction de leur projet de service, en mobilisant des groupes de travail inter-métiers. A ce jour, aucun service n'a retourné de projet de service alors qu'ils devaient le rendre pour la fin octobre 2019.

De premières rencontres avec les cadres supérieurs de santé et des directeurs adjoints a permis de dresser une première cartographie de l'état d'avancement des différents projets de service. Force est de constater que les situations sont très variables, à de nombreux points de vue : certains services sont en cours de finalisation (mais restent bloqués à ce niveau) tandis que d'autres ne se sont toujours pas saisis du sujet ; certains travaux

avancent par la mobilisation de groupes de travail alors que d'autres sont menés dans le cadre d'un travail d'écriture solitaire.

En conséquence, la collecte de l'ensemble des projets de service et/ou de pôle sous un format harmonieux exploitable n'est pas envisageable avant plusieurs semaines, voire mois.

## **II. Renouveler l'impulsion de la Présidence et de la Direction et les services pour relancer la démarche d'élaboration**

Avant le départ de la présidente de la CME et avec l'arrivée du chef de projet, une fenêtre d'action de deux mois est à mobiliser pour relancer le processus d'élaboration.

### A. Nécessité d'une impulsion commune de la Présidence de la CME et de la Direction générale pour donner une suite au courrier aux services de juin 2019

Pour relancer la démarche, une impulsion au plus haut niveau de l'établissement paraît incontournable. La crise hospitalière au niveau national et les difficultés locales ont pesé en défaveur de la démarche d'établissement qui semble avoir été délaissée. Les services paraissent, au mieux, dans l'attente d'un signal ; au pire, l'élaboration de leur projet de service, donc d'établissement, ne fait plus partie de leurs préoccupations.

En conséquence, un signal d'impulsion mériterait d'être lancé dans les deux mois. Une communication commune a déjà été lancée lors du Directoire du 14 janvier et à l'occasion de la cérémonie des Vœux. Cette impulsion pourrait être prolongée et développée désormais de manière propre par différents canaux afin de renforcer sa visibilité et sa lisibilité :

- Un mail commun Présidente de CME et Directeur à l'attention des chefs de pôle, chefs de service : il s'agit de présenter le chef de projet afin de l'appuyer dans sa demande de rencontrer tous ces acteurs ;
- Un nouveau courrier qui prendrait la suite du courrier de juin : ce document présenterait la méthode de travail basée sur la finalisation des projets de service et leur mise en commun dans le cadre d'un séminaire.
- Une présentation en CME le 14 février

### B. Positionner le chef de projet en appui sur-mesure aux chefs de pôle et de service pour leur permettre de finaliser leurs projets et assurer la coordination globale

L'impulsion politique sera relayée sur le plan technique par le chef de projet. Pour assurer la coordination de la démarche d'élaboration, il convient de le placer au plus près des chefs de pôle et surtout de service afin d'aider ceux-ci à finaliser au plus vite leur projet d'établissement. Il ne s'agit surtout pas que le chef de projet remplace les chefs de service mais bien qu'il se place en appui pour :

- Organiser les groupes de travail
- Préparer des supports de travail
- Faciliter la définition des actions

L'objectif est double : permettre à tous les services de rendre un projet d'établissement et assurer l'harmonie du projet d'établissement. Il s'agit d'éviter de produire un projet d'établissement qui ne soit que l'addition de projets de services sans liens entre eux.

### **III. L'étape suivante, un temps de partage collectif pour aborder les questions d'interface et faciliter l'éclosion des transversalités**

#### **A. Un séminaire collectif de mise en commun pour favoriser la convergence des projets : donner corps au collectif**

L'établissement fonctionne aussi par ses transversalités et il s'agit de les mettre en exergue pour les intégrer au projet. Ce travail de coordination peut être effectué à l'occasion de l'écriture par le chef de projet mais cette option constitue une réponse dégradée. C'est la raison pour laquelle un séminaire de mise en commun des projets va permettre aux différents acteurs de sortir de leurs périmètres d'action et de projection pour s'inscrire en rapport avec les autres projets voisins, dans la même trajectoire.

Ce séminaire réunirait l'ensemble des chefs de pôles et de services lorsque tous les projets de services seront achevés. A ce jour, il reste à confirmer l'état d'avancement des projets mais un séminaire au mois de mai, sinon juin, paraît être le plus réaliste.

Ce séminaire serait animé par le chef de projet et pourrait alterner temps communs et groupes de travail. Il aurait pour objet d'aborder les quatre aspects suivants :

#### **1. Evacuer les divergences : traiter les contradictions, les concurrences et les dispersions de moyens et d'objectifs**

Par la confrontation des différents projets de service, il s'agit de mettre en évidence les éventuelles contradictions, concurrences et redondances afin de les traiter de manière commune, soit par des rapprochements, des assimilations ou des choix.

#### **2. Favoriser les convergences : Valoriser les co-bénéfices, les besoins en transversalité et les filières communes**

Tant à partir des divergences que des convergences, il s'agit d'identifier dans les projets de services les éléments qui concourent aux trajectoires communes. Certains projets peuvent être communs ou mobiliser des moyens identiques ; une remise en perspective conjointe permettrait de repenser l'action à la bonne dimension. Egalement, certains projets peuvent

se révéler complémentaires et favoriser l'émergence d'actions transversales interservices, voire même constituer les maillons d'une même chaîne de soins.

Des unités transversales existent déjà comme l'addictologie, le diabète ou la cellule mobile de gériatrie. Il s'agira d'aborder leur devenir collectivement.

### **3. Projet global**

Il s'agirait d'aborder différentes thématiques de l'ensemble de l'établissement comme, par exemple :

- La communication
- Le volet social
- Le développement durable
- L'architecture
- Le territoire
- La maîtrise des risques
- Le système d'information

La plupart de ces thématiques seront à traiter dans le projet d'établissement, soit en son sein, soit en parallèle comme le volet social. Il s'agit d'obtenir un premier retour afin d'envisager l'intégration ou l'élaboration de ces thématiques dont certaines sont davantage à placer en déclinaison, donc à mener plus tard dans le calendrier parce qu'elles sont un outil au service de la bonne mise en œuvre du projet médical qu'est le projet d'établissement. Certains volets comme le développement durable pourront même faire l'objet d'un projet dédié annexe, plus tard.

### **4. Gouvernance de mise en œuvre : suivi et mise en œuvre**

Envisager la mise en œuvre du projet d'établissement dès sa phase d'élaboration est un prérequis incontournable. Toutefois, travailler uniquement sur les indicateurs de suivi peut se révéler insuffisant et ne satisfaire que des exigences techniques.

La fluidité que nécessite les mises en œuvre, en particulier par les transversalités, peut impliquer la constitution d'un espace de dialogue et de management inter-service dédié. C'est la raison pour laquelle il pourrait être proposé d'inscrire dans le projet d'établissement la gouvernance de mise en œuvre en favorisant les temps de partage, de reporting et de travail collectif sur les transversalités, comme la tenue d'un séminaire annuel. Cette action a aussi pour objectif de maintenir les motivations et les participations. Bien entendu, cet espace d'échange serait en complément et sous le pilotage des instances de l'établissement comme le Directoire et la CME.

B. Préparer la finalisation et la phase ultime de validation du projet d'établissement

Quand les projets des services seront rédigés et mis en commun, la phase de rédaction pourra commencer. Il s'agira alors de rédiger le projet d'établissement selon les 4 axes retenus et de mettre en forme des actions dans une version facilitant prise en main et mise en œuvre.

Avant soumission à validation par les instances, un partage du projet de projet d'établissement pourrait être effectué pendant un ou deux mois à tous les chefs de pôles et de services. A l'issue de ce mois de lecture, un dernier séminaire d'échange des retours pourrait être organisé afin d'acter la mise en commun et de faire évoluer à la marge le document si nécessaire.

Dans l'attente de votre arbitrage, je reste à votre disposition pour vous apporter des éléments complémentaires.

L'élève Directeur d'hôpital

Steven BOBE





BOBE

Steven

Octobre 2020

## DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2019-2020

# LA PRISE EN COMPTE DES TRANSVERSALITES DANS LES ORGANISATIONS DES CENTRES HOSPITALIERS : L'EXEMPLE DE L'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

### **Résumé :**

A l'occasion de la crise sanitaire du printemps 2020, les Centres hospitaliers ont fait montre de ressources et d'agilité dans leur organisation, quand bien même leurs rigidités faisaient l'objet de critiques dans le contexte de crise sociale qui a précédé. Le diagnostic d'une organisation inadaptée est constaté par le rapport Claris et près d'un événement indésirable associé aux soins est lié à des problèmes de communication, symptômes d'une organisation en souffrance. Eu égard au vieillissement de la population qui engendre davantage de patients polyopathologiques au parcours de soins complexe, des attentes de management de la génération Y à replacer dans le cadre d'un problème d'attractivité des carrières de soins et d'une contrainte financière qui va encore s'imposer durablement, les organisations doivent être adaptées. L'agilité prônée implique un développement des transversalités pour déjouer les logiques de silo sclérosantes à l'origine d'une perte de performance.

L'élaboration du Projet d'établissement 2020-2025 du Centre hospitalier de Fougères a été l'occasion d'étudier les besoins en transversalités et d'identifier les actions à mettre en œuvre. Le recensement des actions auprès des services et des pôles permet de dresser une cartographie des attentes qui révèle que les transversalités ne sont plus optionnelles et sont plurielles. Mais par-delà ce constat, il apparaît que l'organisation en service et en pôle ne peut que structurellement restreindre le bon déploiement des transversalités et qu'elle n'est qu'une première étape d'un processus organisationnel de plus long terme. Ainsi, plutôt que d'appréhender les organisations en fonction des entités qui les composent actuellement, le postulat clé à intégrer est de repenser les organisations à partir du patient, en appréhendant ce dernier comme un projet de soins collectif qui doit être la base organisationnelle de l'hôpital. Cette analyse introduit la notion de patient-projet qui peut préfigurer l'hôpital du futur.

### **Mots clés :**

Transversalité Organisation Gestion de projet Patient-Projet Management

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*