

MOTS CLÉS

Management
Transition
Changement
Organisation
Accompagnement
CH Sud-Francilien

expérience

RÉFLEXION

Le management de transition

L'expérience du CH Sud-Francilien

Les organisations tant publiques que privées sont régulièrement remises en cause et doivent se transformer afin de s'adapter aux besoins de plus en plus complexes des usagers/clients et aux demandes des financeurs. L'hôpital a régulièrement fait preuve d'adaptation depuis les années 70 puisqu'il a connu quatre réformes majeures. Aujourd'hui, il est amené à expérimenter de plus en plus de pratiques managériales innovantes, parfois issues du privé, pour gagner en performance et en qualité de service, et ce sans perdre son « âme ». Le management de transition fait partie de ces pratiques qui désormais s'imposent à lui.

Le management de transition – outil managérial né aux États-Unis et aux Pays-Bas dans les années 70 et arrivé en France dans les années 80 – consiste à mettre à disposition des établissements demandeurs des managers expérimentés ayant parcouru des univers variés, ayant fait face à une multiplicité de situations et de défis à relever et ayant l'habitude d'être au cœur des actions, sans *a priori* sur telle ou telle culture nationale, de chapelle ou de métier. Les managers de transition ont donc la capacité à prendre du recul, à identifier les acteurs, à rechercher les synergies et à communiquer sur la nécessité d'agir ensemble, et ce sur une cible précise et dans un temps déterminé. Bien que cet outil soit aujourd'hui sous-utilisé dans le monde hospitalier, les entreprises privées y ont recours depuis plusieurs années et ont su en tirer tous les avantages dans différentes situations :

- » réussir une transformation organisationnelle,
- » assurer le remplacement ponctuel d'un dirigeant ou d'une personne clé dans l'organisation,
- » conduire un projet stratégique,
- » faire face à une situation de crise, répondre à des difficultés ponctuelles,
- » diversifier une activité.

Gilles CALMES
Directeur de la stratégie
Centre hospitalier
Sud-Francilien

Renaud TEXCIER
Manager consultant

Le centre hospitalier Sud-Francilien (CHSF) a eu recours en 2013 à la prestation d'un manager de transition dans le cadre de la mise en œuvre de la restructuration en quatre mois du service bionettoyage de l'hôpital. Le candidat retenu était totalement étranger au milieu hospitalier et le recours au management de transition était une grande première pour la direction du CHSF. Par conséquent, seule une relation de confiance pouvait permettre le succès d'une telle entreprise.

Problématique et enjeux

Un plan de retour à l'équilibre financier drastique

Le CHSF – 310 millions d'euros de budget, 3600 agents, soit le plus grand hôpital d'Île-de-France hors Assistance publique-Hôpitaux de Paris – est issu de la fusion des hôpitaux d'Evry et Corbeil-Essonnes. Le personnel a fusionné physiquement et intégré un site neuf de 100 000 m² courant 2012, année marquée par des insuffisances organisationnelles. Ce tout nouvel établissement de 1 000 lits connaît un déficit important. Une nouvelle direction obtient des autorités de tutelle l'autorisation de conduire, sous surveillance, un plan de retour à l'équilibre financier (Pref) drastique avec un gain de 60 millions d'euros sur quatre ans (2013-2016), en agissant sur trois leviers :

- » la mise en place d'organisations adaptées et efficaces ;
- » la recherche d'économies et l'amélioration des processus ;
- » le développement des recettes par l'ouverture de nouveaux lits et l'amélioration de la productivité.

La restructuration du service bionettoyage

Une des actions phares de la première année du Pref de par son caractère social important et par l'enjeu d'exemple pour les actions à venir du programme de transformation (de la réussite de ce premier « changement » dépendra le lancement de ceux d'autres services) consistait en la restructuration du service bionettoyage (216 agents des services hospitaliers [ASH] et 6 chefs d'équipe).

La prestation de bionettoyage historiquement sous-traitée sur les anciens sites de l'hôpital a été internalisée lors de l'arrivée sur le nouvel hôpital (début 2012) dans un enjeu de paix sociale. Cependant, les équipes de bionettoyage nouvellement formées n'étaient pas organisées de façon optimale, avec des pratiques professionnelles et managériales différentes par équipe. De plus, le dimensionnement des équipes n'était pas en adéquation avec les résultats obtenus.

Sur le plan managérial du secteur bionettoyage, il n'existait pas de règles partagées : chaque chef d'équipe appliquait ses propres pratiques. Ayant été seuls maîtres à bord dans le passé, ils n'ont pas accepté l'arrivée d'un chef de service contre lequel ils ont fait bloc jusqu'à ce que, la situation devenant intenable, la direction prenne la décision de le muter pour lui confier la responsabilité d'un autre service. Le bâtiment du CHSF est bâti sur six étages, « sectionnés » en quatre pôles architecturaux verticaux. Jusqu'en 2012, une équipe de bionettoyage intervenait sur son pôle vertical et deux équipes étaient en charge des lieux communs des différents étages et du rez-de-chaussée.

Début 2013, la direction, prenant la décision de raisonner par étage et non plus par pôles verticaux, fait réaliser une découpe, étage par étage, des futures zones de travail individuelles respectant une équité du temps de travail. Cette nouvelle organisation apporte de nombreux avantages :

- » une simplification géographique : une équipe et son chef d'équipe en charge d'un étage entier ;

- » une organisation plus claire pour les services bénéficiaires ;
- » un suivi et un pilotage de l'équipe facilité par sa localisation horizontale ;
- » une facilitation de la mutualisation des ressources sur l'étage et de l'organisation des remplacements ;
- » la disparition des problèmes de limites du travail d'une équipe sur le palier par rapport à une autre.

Toutefois, pour les ASH et trois de leurs chefs d'équipe (ex-intendants), ce changement est mal compris :

- » l'organisation par pôle vertical était plus facile à gérer, les ASH étant dédiés aux services ;
- » la nouvelle découpe réalisée n'apparaît pas claire et toujours logique, car une fiche de zone peut englober des pièces de risques différents et les ASH n'ont pas tous la formation « risque 4 » leur permettant d'intervenir dans les endroits les plus sensibles.

FIGURE 1

CH Sud-Francilien

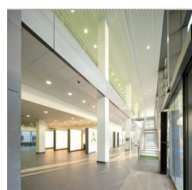
Chiffres clés 2014

310 M€ de budget		58 000 séjours MCO dont	
3 000 ETP PNM sur le budget H	750 lits et places MCO à fin 2014	34 000 en HC	
370 ETP PM hors internes et FFI	12 500 séjours MCO en ambulatoire	11 500 séances MCO	
5 000 naissances	750 AVC stabilisés dans les délais	100 000 passages aux urgences	120 000 consultations
8 % d'augmentation du nombre de RSA		10 % d'augmentation de la valorisation	

89 200 m² de surface à nettoyer

Des zones à risques infectieux **1 à 4** en matière de nettoyage, allant des halls d'accueil aux salles d'opération

216 ETP suite à l'internalisation de la prestation lors du déménagement (avant la restructuration)



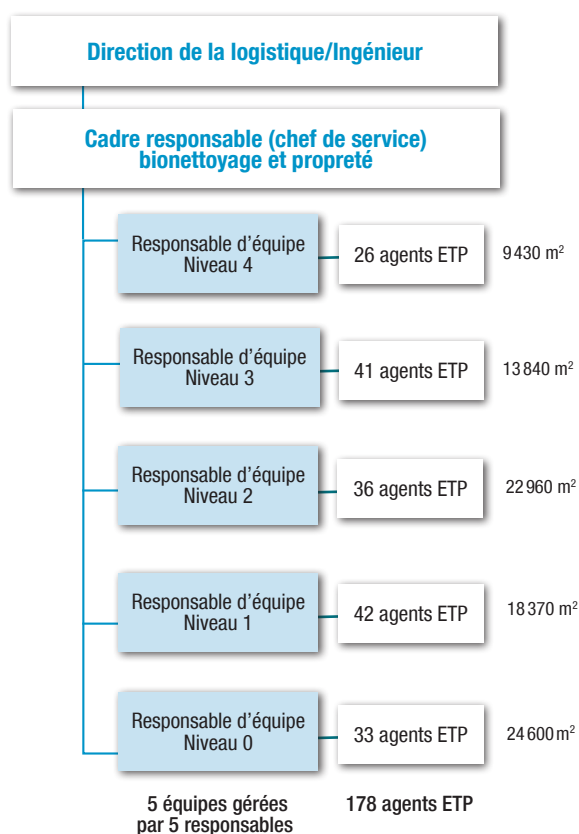
6 étages et 4 pôles géographiques à couvrir

6 équipes gérées par **6 intendants**

Des amplitudes de travail couvrant la période **6h-20h**



» **FIGURE 2**
**Nouvelle organisation
 du service bionettoyage**



Plus globalement, le début de la refonte du management a été mal vécu par ces trois chefs d'équipe qui restent persuadés que la nouvelle organisation projetée ne fonctionnera pas, d'autant plus que l'effectif va fondre de 38 ASH. Pour les cadres de santé, au sein des services de soin, le non-renouvellement de 38 CDD et la perte d'équipes dédiées à leurs services sont vécus comme une perte de confort et d'autorité. En effet, avec des équipes dédiées, ils avaient la main sur l'organisation du travail, avec les abus que peuvent engendrer les excès d'exigence. À l'évidence, « ça ne fonctionnera pas ».

Assurer la bascule de la phase « stratégique » à la mise en œuvre de la nouvelle organisation

Une fois les grandes lignes de l'organisation cible définies début 2013, il était nécessaire d'« embarquer » les

équipes et de mettre en œuvre cette nouvelle organisation. Cependant, l'absence d'un manager (chef de service) et la forte réticence des personnels et chefs d'équipe rendaient cette bascule très compliquée. C'est à ce moment-là qu'est intervenu le manager de transition, dont l'enjeu était d'assurer la bascule de la phase « stratégique » (définition de l'organisation cible) à la phase de mise en œuvre opérationnelle. Cet enjeu s'est traduit par cinq points clés :

- » faire adhérer les équipes qui ne croyaient pas à la nouvelle organisation,
- » apaiser le climat social,
- » rationaliser les pratiques des personnels,
- » formaliser la relation entre le service bionettoyage et les services de soins,
- » assurer la bonne prise de poste du futur cadre du service.

Résultats, facteurs de réussite, leçons et pistes d'amélioration...

Résultats obtenus à l'aide du manager de transition

Mise en place de la nouvelle organisation et de la rationalisation des effectifs dans un climat social plus apaisé

De par sa forte expertise managériale, son indépendance face à la situation de l'hôpital et du service, sa grande réactivité et son écoute, le manager de transition a permis de mettre en place la nouvelle organisation et la rationalisation des effectifs (-38 ETP) dans un climat social plus apaisé par un dialogue et une écoute appuyés. Et ce lors d'une mission de quatre mois.

Mise en place de bonnes pratiques homogènes

Un ensemble de nouvelles règles de fonctionnement a été identifié, puis mis en œuvre. Avec les chefs d'équipe, le principe d'une réunion hebdomadaire à jour et heure fixes a été instauré pour :

- » échanger sur les bonnes pratiques,
- » prendre des décisions sur toute question ayant trait au personnel : prêts de main-d'œuvre temporaires entre équipes, non-renouvellements de contrats...
- » analyser la charge de travail par étage au regard des compétences et moyens nécessaires,
- » réfléchir ensemble sur des mesures à même d'accroître le confort et la sécurité au travail,
- » s'assurer que toutes les propositions aillent dans le sens de l'amélioration de la qualité de la prestation attendue par les clients internes et du respect des impératifs budgétaires et de fonctionnement décidés par la direction.

Ce travail d'équipe a permis d'obtenir de forts résultats sur cinq thématiques.

Ressources humaines

- » Réalisation des plannings à deux mois pour anticiper les périodes délicates et permettre aux ASH de planifier leurs vies personnelle et professionnelle.
- » Décision de former l'ensemble des ASH au risque 4, afin de favoriser la mobilité et de rassurer les cadres de santé sur la qualité de la prestation.

» Professionnalisation des processus de (non) renouvellement de contrats, de contrôle de respect des horaires et de la qualité de la prestation délivrée.

Organisation du travail

» Transformation des fiches de zone, trop sophistiquées pour une bonne compréhension par les ASH, en fiches « maison » accrochées au chariot dédié à la zone afin de permettre à n'importe quel ASH d'intervenir sur ladite zone.

» Modification de certaines découpes pour les adapter à la réalité du terrain tout en restant vigilant sur l'équilibre des temps de travail.

» Mise à jour et à disposition visible des ASH, sur chaque étage, d'un classeur des protocoles applicables.

» « Sanctuarisation » du bloc opératoire avec équipes et matériels dédiés tout en maintenant le chef d'équipe dans son rôle de manager, le bloc restant client.

FIGURE 3 Axes de travail du manager de transition



Management

» Actualisation/Définition des fiches de poste des responsables (cadre et responsables d'équipe) contenant les critères d'exigence en termes de formations et de compétences.

» Mise en place d'un dispositif interne de management et de compte-rendu (cadre et responsables d'équipe).

Équipements

» Remise en service et renforcement du parc de centrales de dilution dans la double optique de diminuer le risque lié aux manipulations et de réaliser des mélanges au bon dosage, évitant ainsi le gaspillage de produits onéreux.

» Renforcement du parc d'autolaveuses, planification de leur utilisation et formation d'une dizaine d'ASH par étage à leur utilisation dégageant ainsi du temps ASH pour traiter des zones plus sensibles que les zones de passage.

Contrôle qualité

» Définition et mise en place d'un dispositif de contrôle et d'audit de la prestation.

Mise en place de relations clients/fournisseurs entre le service bionettoyage et les services de soins

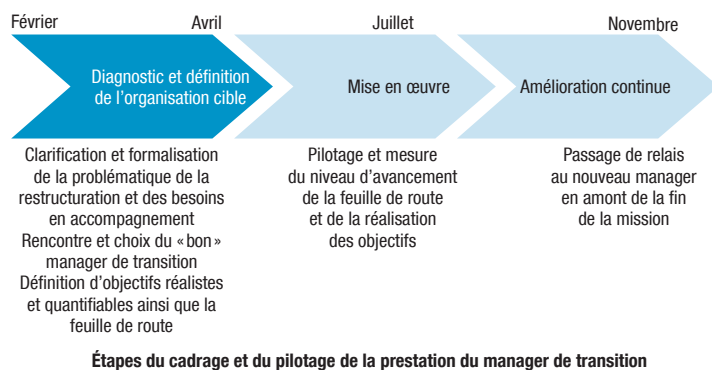
Concernant les cadres de santé, lors des rencontres avec la directrice des soins, le médecin hygiéniste ou le responsable de bloc, une véritable relation clients/fournisseurs a été instaurée, identifiant ce qu'il conviendrait de faire pour le bon fonctionnement de l'établissement.

» Les cadres de santé ont pu faire un point précis et définir, avec le staff du bionettoyage, les actions précises à mettre en œuvre lors de réunions spécifiques en présence de la direction des soins et la direction.

» De nouveaux modes de fonctionnement/relation entre les services de soins (clients internes) et le service bionettoyage (prestataire interne) ont été définis afin d'éviter les abus des demandes des services. Dans la nouvelle organisation, les cadres de santé des services n'ont pas de liens directs avec les ASH. Les cadres réalisent leurs expressions de besoins et le management du bionettoyage étudie la demande et définit la réponse à y apporter, allouant les ressources au bon endroit avec une vision d'ensemble. En contrepartie, les services de soins contrôlent, en lien avec le management du bionettoyage, la prestation fournie.

» Il a été demandé et obtenu du médecin hygiéniste un appui et une aide opérationnelle, tant sur des demandes des cadres de santé auxquelles le bionettoyage devait faire face qu'en sollicitant sa présence ou celle de son service à certaines réunions portant sur les conditions, possibilités ou limites d'utilisation de certains matériels ou sur la nature de certains protocoles à respecter ici ou là. Son accord et sa présence « terrain » ont permis de débloquent des situations et d'éviter la poursuite de longs attermoissements inutiles, chronophages et sources de conflits larvés.

FIGURE 4 Planning du projet de réorganisation du service bionettoyage



» Le même service hygiène, dans son rôle de fournisseur, a accepté d'accélérer la rédaction des protocoles manquants, rendant ainsi possible la réalisation du classeur bionettoyage, et il s'est engagé à réaliser en 2014 la formation au risque 4 de l'ensemble des ASH.

Accompagnement à la prise de poste du nouveau responsable du service bionettoyage

Au-delà de la mise en place de la nouvelle organisation et des bonnes pratiques, tout ce travail a permis de préparer le terrain pour la prise de poste du nouveau manager (chef de service) du bionettoyage (précédemment rejeté par les chefs d'équipe), lequel a été progressivement introduit dans le processus, un mois avant la fin de la mission du manager de transition. Cela a permis de consolider et de préserver les acquis du management de transition.

Ancrage d'une nouvelle culture un an après

Un an après le lancement de l'opération (2014-2015), on constate un changement complet d'état d'esprit des chefs d'équipe et des agents qui, non seulement exercent leurs missions avec compétence, rigueur et initiative, mais sont désormais ouverts à toutes nouvelles modalités de fonctionnement.

Ainsi, l'exclusion concertée du temps de repas du temps de travail effectif, qui se traduit par le gel de 10 ETP supplémentaires début 2015, s'accomplit dans un climat serein, ce qui témoigne de l'apport indéniable du management de transition sur le long terme puisqu'il favorise toute démarche de changement.

Facteurs clés de succès, leçons et pistes d'amélioration Cadrage et pilotage de la prestation

» La clarification et la formalisation de la problématique de la restructuration et des besoins en accompagnement : en amont de la prestation et du choix du manager de transition, la direction a pris le temps de bien définir et d'analyser la situation du service bionettoyage pour avoir une vision claire de la problématique et de l'objectif à atteindre.

Cela a permis ensuite de clarifier les enjeux et de définir précisément le type d'intervention et d'accompagnement dont le CHSF avait besoin.

» La rencontre et le choix du « bon » manager de transition : une fois les enjeux et le type de prestation attendu clairement définis, la rencontre avec le manager de transition pressenti sur la mission a permis de s'assurer qu'il était le « bon » manager pour cette opération : adéquation entre l'hôpital, ses attentes et le profil du manager de transition.

Ce dernier devait avoir une expérience pratique de la mise en œuvre du changement et un vécu concret d'opérations de restructuration.

» La définition d'objectifs réalistes et quantifiables et de la feuille de route : étant donné le caractère éphémère et les enjeux importants liés à l'intervention du manager de transition, les objectifs poursuivis, la feuille de route ainsi que les étapes de réalisation ont été bien clarifiés et formalisés dans un contrat de service entre le manager de transition et l'établissement.

» Le pilotage et la mesure du niveau d'avancement de la feuille de route et de la réalisation des objectifs : un point d'avancement et de pilotage était réalisé toutes les trois semaines. Ce point donnait lieu à la production, par le manager de transition, de notes présentant les résultats obtenus mis en perspective au regard de sa lettre de mission. Ce suivi permettait, au-delà du pilotage de l'intervention, de faire remonter les difficultés rencontrées et de prendre les meilleures décisions pour mener à bien le projet.

» L'anticipation du passage de relais au nouveau manager en amont de la fin de la mission : l'intervention du manager de transition est par nature ponctuelle. Dès son arrivée, les modalités de passage de témoin à la direction et au nouveau chef de service ont été définies dans le but de conserver la dynamique suite à son départ.

En fin de prestation, le manager de transition a remis un document de synthèse de son intervention, marquant la fin de sa mission et permettant au nouveau chef de service de prendre son poste en toute quiétude.

Positionnement de la direction par rapport au manager de transition

Si le manager de transition est « parachuté » dans l'organisation sans appui de la direction, il y a de fortes chances

que sa mission n'aboutisse pas : refus des équipes, manque d'informations sur les sujets « chauds »...

Afin de sécuriser les résultats de la prestation, la direction a dû introduire et bien expliquer le rôle du manager de transition, en faisant preuve de pédagogie auprès des équipes et du reste de l'équipe encadrante.

Les résultats obtenus au CHSF ont été rendus possibles par la confiance, la disponibilité, l'écoute et l'esprit de décision d'une direction volontariste et ambitieuse pour son hôpital et capable de décider *in fine*.

Réflexion

Pourquoi le management de transition est-il sous-utilisé dans les hôpitaux ?

Bien que largement utilisé dans les entreprises privées, cet outil est sous-utilisé dans le secteur hospitalier. Deux principales raisons à cela :

» le frein social : les représentants du personnel sont opposés à ces pratiques issues du privé en raison de préjugés forts qui ne privilégient à leurs yeux que la productivité, la performance au détriment des conditions de travail ;

» l'appréhension des directeurs d'hôpital qui ne connaissent pas suffisamment ce type de management et qui peuvent craindre qu'en déléguant le management dans une situation complexe/sensible, celle-ci leur échappe et que cela génère des conflits dans l'établissement.

Il est donc nécessaire de communiquer auprès de la profession sur l'apport d'un tel outil, afin qu'il puisse être utilisé à bon escient et apporter toute sa valeur aux établissements.

Autres situations d'utilisation

Au-delà de l'accompagnement à la mise en place de nouvelles organisations, le management de transition peut avoir un rôle important au niveau des fonctions administratives de l'hôpital dans une situation de Pref :

» aux finances pour conduire et mettre en œuvre des décisions lourdes et ciblées ;

» aux achats pour remettre en cause les contrats et appliquer un plan d'action achats de maîtrise des dépenses ;

» aux ressources humaines pour réinstaurer une culture RH, mettre en place les nouvelles conventions et instaurer des bonnes pratiques pour anticiper la prise de poste d'un nouveau DRH.

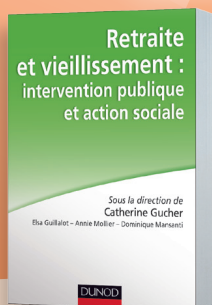
« Les résultats obtenus ont été rendus possibles par la confiance, la disponibilité, l'écoute et l'esprit de décision d'une direction volontariste et ambitieuse pour son hôpital et capable de décider *in fine*.

Conclusion

La complexité et la diversité des problématiques, l'amoncellement des normes réglementaires, l'ensemble des injonctions contradictoires et les évolutions techniques de plus en plus sophistiquées ne permettent plus aux décideurs hospitaliers de tout gérer. C'est la raison pour laquelle les dirigeants sanitaires s'entourent de conseils et, désormais, de managers de transition particulièrement appréciables dans ce monde où cohabitent tant de métiers différents, dont l'approche des problèmes n'obéit pas au même « décodage » même si le but à atteindre est partagé par les uns et les autres.

Cet œil externe actif d'un nouveau type permet de trouver le plus grand dénominateur commun et donc de progresser. ●

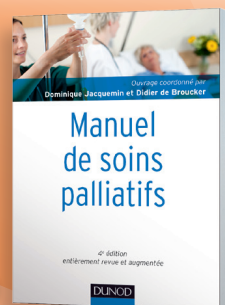
SANTÉ SOCIAL DUNOD, vos livres de référence



Sous la direction de
C. GUCHER
2015
9782100709519 - 256 pages - 24 €



C. DELAMARRE
2015
9782100705986 - 224 pages - 24,50 €



Coordonné par
**D. JACQUEMIN,
D. DE BROUCKER**
9782100712366 - 1 248 pages - 64 €

