

# LES AGORAS

## PUI & GHT

*QUELLES MODALITES ORGANISATIONNELLES POUR UNE COOPERATION EFFICACE?*

**3 DECEMBRE 2018, AIX en PROVENCE**

# QUI SOMMES NOUS?

Marc FRACHETTE  
Dirigeant Cap O2  
Docteur en Sciences de gestion  
Consultant-chercheur ISEOR  
Enseignement IAE Lyon

# Cap O2, société franchisée de l'ISEOR

## ACTIVITE PRINCIPALE: accompagnement socio-économique

(MASE, PMP/PMI, AFAV) spécialisé en management hospitalier

## DIAGNOSTIC/PROJET/PILOTAGE/EVALUATION

## ARTICULATION NIVEAUX STRATEGIQUE & OPERATIONNEL

→ développer la performance organisationnelle et humaine

- **Accompagnement d'équipes / projets**
- **Coopérations inter-services / pôles**
- **Optimisation de processus: parcours patients**
- **Fusion d'établissements, regroupement d'activités**

# Enseignement & recherche

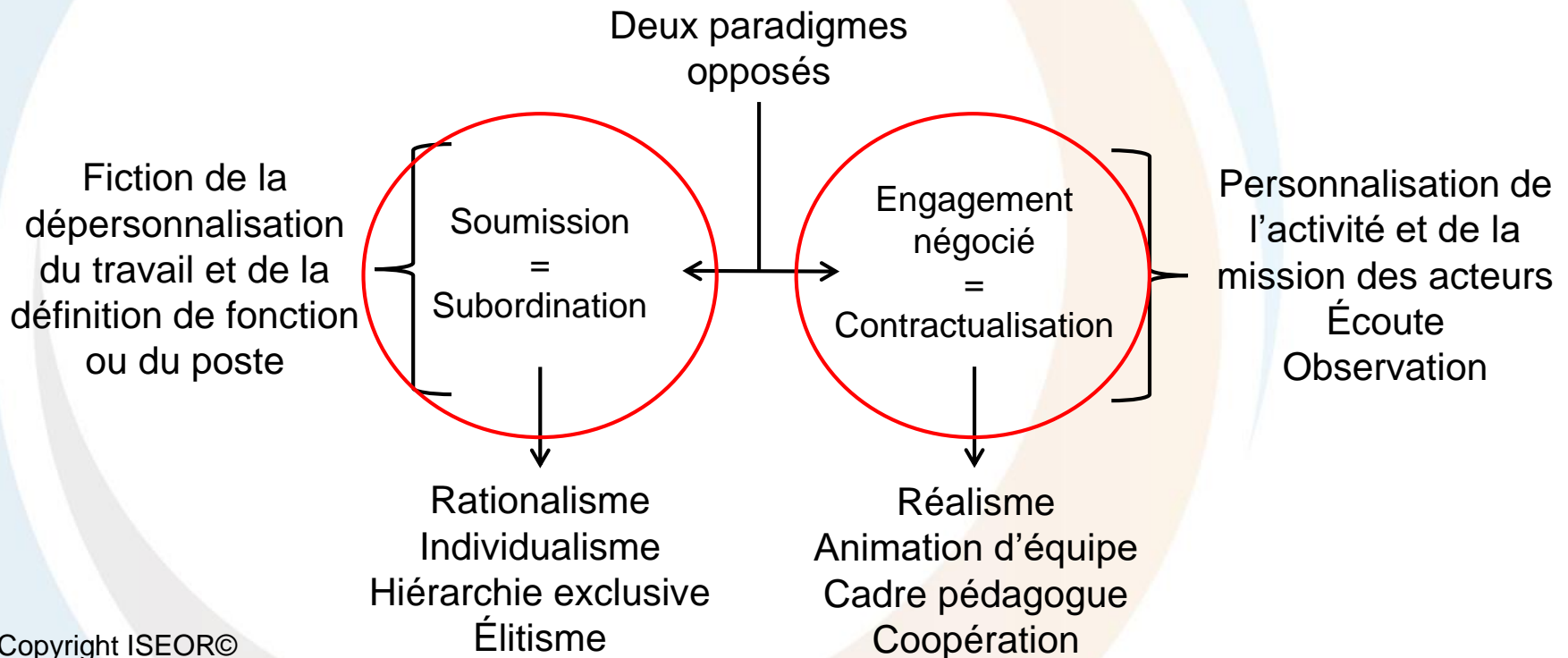
- **Formations au management** (Cap O2 & ISEOR)  
**Management stratégique, management d'équipe**  
**Pilotage de la performance / gestion de projet**
- **Enseignement en management**  
**M2 CTERSAMS (santé), IAE de Lyon: Dirigeants ETS**  
(management de projet, management d'équipes, GRH, théorie des organisations...)  
**IFCS TL, Lyon: Cadres de santé**  
**Lyon 1: Internes**
- **Membre de sociétés savantes: ARAMOS, ADERSE, AFAV**  
**Membre du conseil scientifique de l'ALASS**

# **LE MANAGEMENT UNE ACTIVITE CLINIQUE**

**INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES  
APPROCHES METHODOLOGIQUES**

# PARADIGMES DU MANAGEMENT

Savall H., Zardet V. (2005), *Tétranormalisation, défis et dynamiques*, Economica



Copyright ISEOR©

# STYLES DE MANAGEMENT

MANAGEMENT TECHNICO-ECONOMIQUE  
MANAGEMENT SOCIO-TECHNIQUE  
MANAGEMENT SOCIO-ECONOMIQUE

Thèmes	Spécificités		
	T-E	S-T	S-E
Style de management et prise de décision	Mode de management directif- autoritaire : top-bottom	Mode de management participatif avec animation et dynamique de groupes, sans directivité (méthodes de "brainstorming" continu)	Mode de management participatif puis directif : allers-retours bottom-up / top-bottom

Copyright ISEOR©

# GOVERNANCE CLINIQUE

- La « gouvernance clinique est la « conduite d'une action collective délibérée et systématique à partir d'une position d'autorité (Hatchuel A., 2000), dont le but est d'accroître la capacité des acteurs à coordonner leurs pratiques, en l'occurrence pour garantir la qualité des soins. »
- Deux niveaux de gouvernance interdépendants sont possibles :
  - la gouvernance de proximité, qui reflète la *coordination des pratiques* cliniques
  - la gouvernance d'ensemble qui représente les *activités d'organisation* dans un but de qualité

M-P. Pomey, J-L. Denis et A-P. Contandriopoulos (2008)
- Cette gouvernance doit également conjuguer la réduction de la durée des séjours des patients et l'augmentation d'actes de plus en plus complexes.



# ECOLE CLASSIQUE : LE TAYLORISME

## ORGANISATION SCIENTIFIQUE DU TRAVAIL

- Le manager conçoit et impose les procédures pour maximiser la productivité
- Il forme ses collaborateurs; les erreurs sont considérées comme moyen d'apprentissage
- La rémunération est basée sur la productivité
- L'organisation administrative définit les règles et les postes



### Limites de l'OST

Déshumanisation de la production

⇒ Absentéisme

⇒ Turn-over important

Finale**ment** baisse de la productivité

# LE LEAN MANAGEMENT

- Le terme *lean* (de l'anglais *lean*, « maigre », « sans gras », « dégraissé ») sert à qualifier une théorie de gestion de processus de production qui se concentre sur la « gestion sans gaspillage », ou « gestion allégée » ou encore gestion « au plus juste ».
- L'école de gestion *lean* trouve ses sources au Japon dans le système de production de Toyota ou SPT (en anglais *Toyota Production System* ou TPS).
- L'école de philosophie du *lean* est marquée par la recherche de la performance (en matière de productivité, de qualité, de délais, et enfin de coûts), par l'amélioration continue et l'élimination des gaspillages (*muda* en japonais), afin d'améliorer la valeur globale pour le client.
- Déployé dans d'autres secteurs économiques, le *lean* est actuellement implanté principalement dans l'industrie et surtout l'industrie automobile.

→ Le Lean n'est pas une approche systémique.

# LE MANAGEMENT SOCIO-ECONOMIQUE

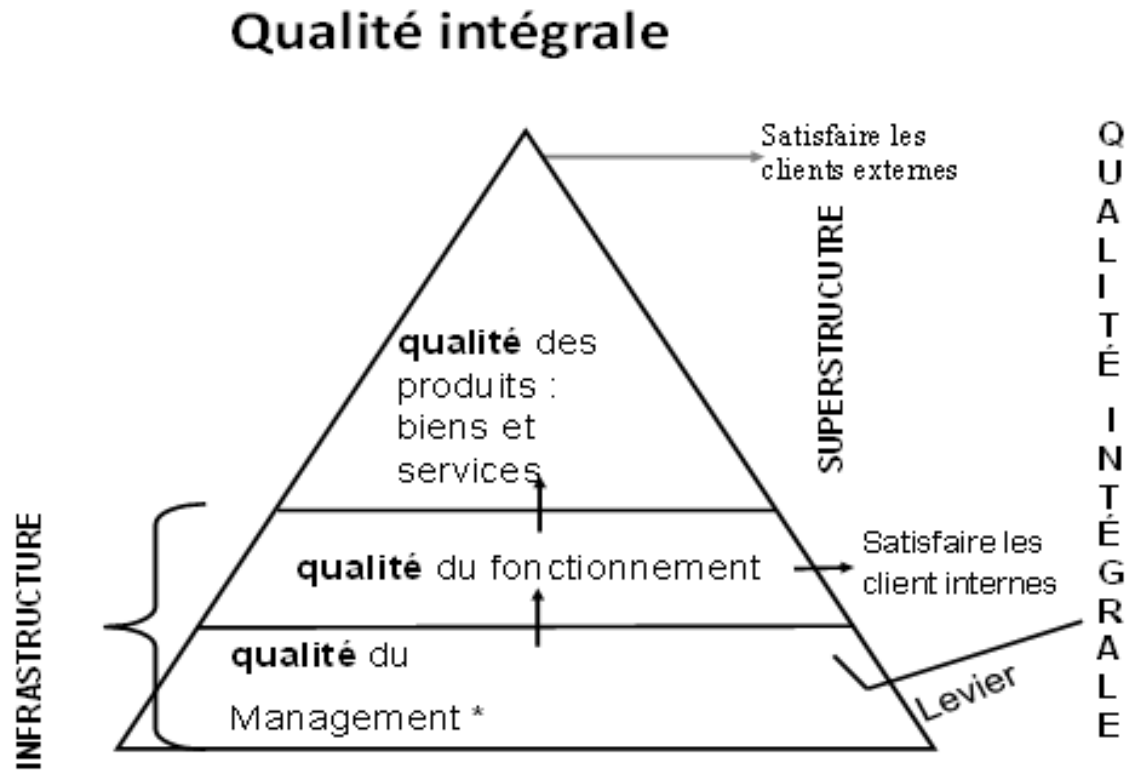
**LA THÉORIE SOCIO-ÉCONOMIQUE FONDÉE EN 1973 PAR HENRI SAVALL , PUIS VALIDÉE PAR L'ISEOR AUPRÈS DE PLUS DE 1850 ORGANISATIONS, RELIE PERFORMANCE HUMAINE ET RÉSULTATS ÉCONOMIQUES**

***« Occupez vous des Hommes, ils s'occuperont des machines »***

**Henri SAVALL**

***HENRI SAVALL VIENT D'ETRE RECONNU COMME LE 20<sup>ème</sup> CONTRIBUTEUR VIVANT EN MANAGEMENT AU MONDE ET DANS LE PELOTON DE TETE DES CHERCHEURS FRANCAIS (enquête FNEGE 2016)***

# QUALITE MANAGERIALE



\* Animation des personnes et des activités

ISEOR ID

©ISEOR

# MASE

## APPROCHE DE CONDUITE DU CHANGEMENT COLLABORATIVE ET PILOTEE

- Toute organisation génère des dysfonctionnements organisationnels
- L'intervention socio-économique a pour objet la performance globale des organisations ( # avec le Lean)
- Le diagnostic socio-économique permet de mesurer et d'ordonner précisément ces dysfonctionnements et de les traduire en coûts cachés organisationnels chiffrés en Euro (transformation de données qualitatives en données quantitatives = QUALIMETRIE)

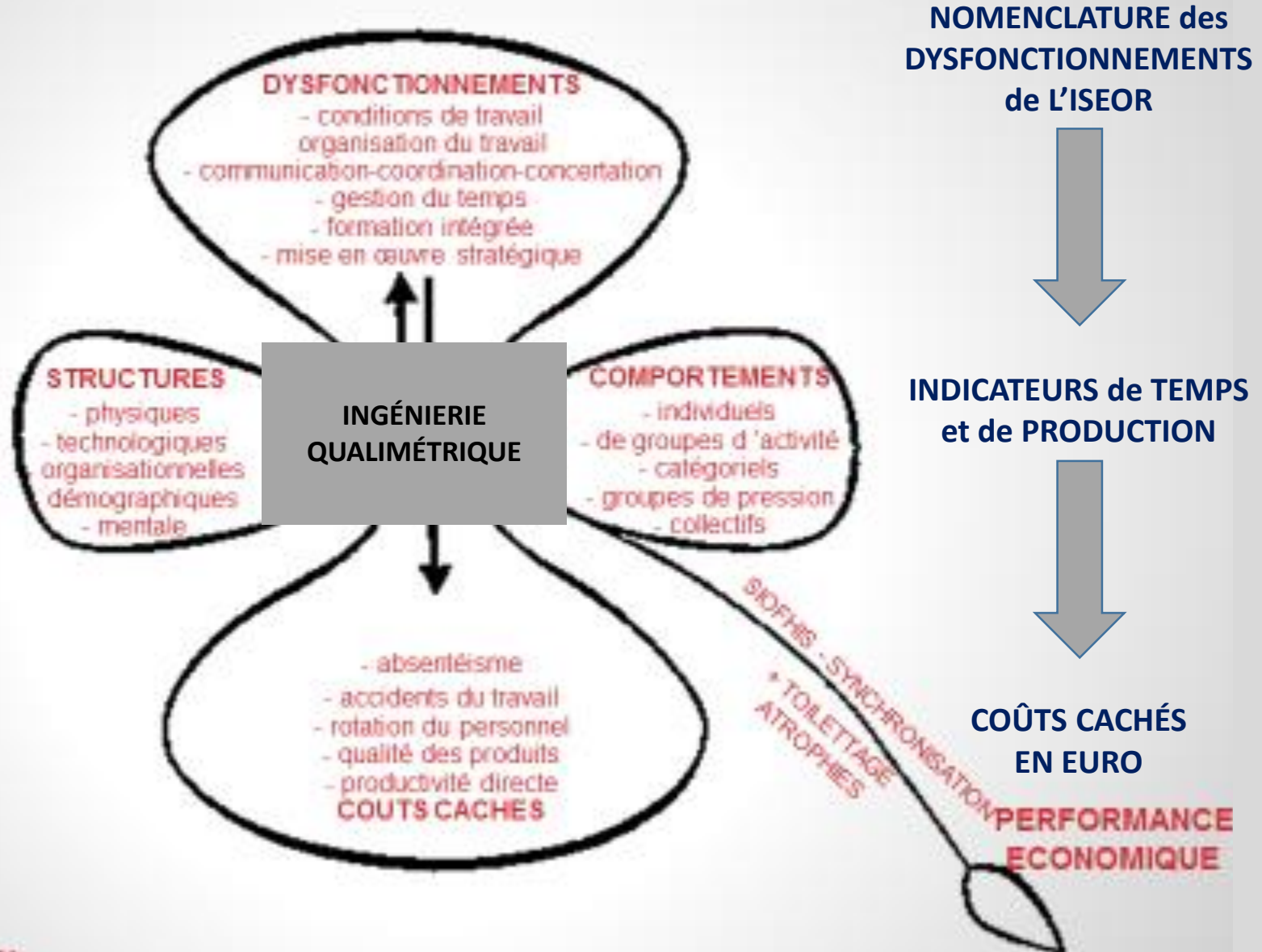
**20 à 70.000 EUROS DE COÛTS CACHÉS  
ORGANISATIONNELS PAR PERSONNE et par AN**

**PHASE DE PROJET**

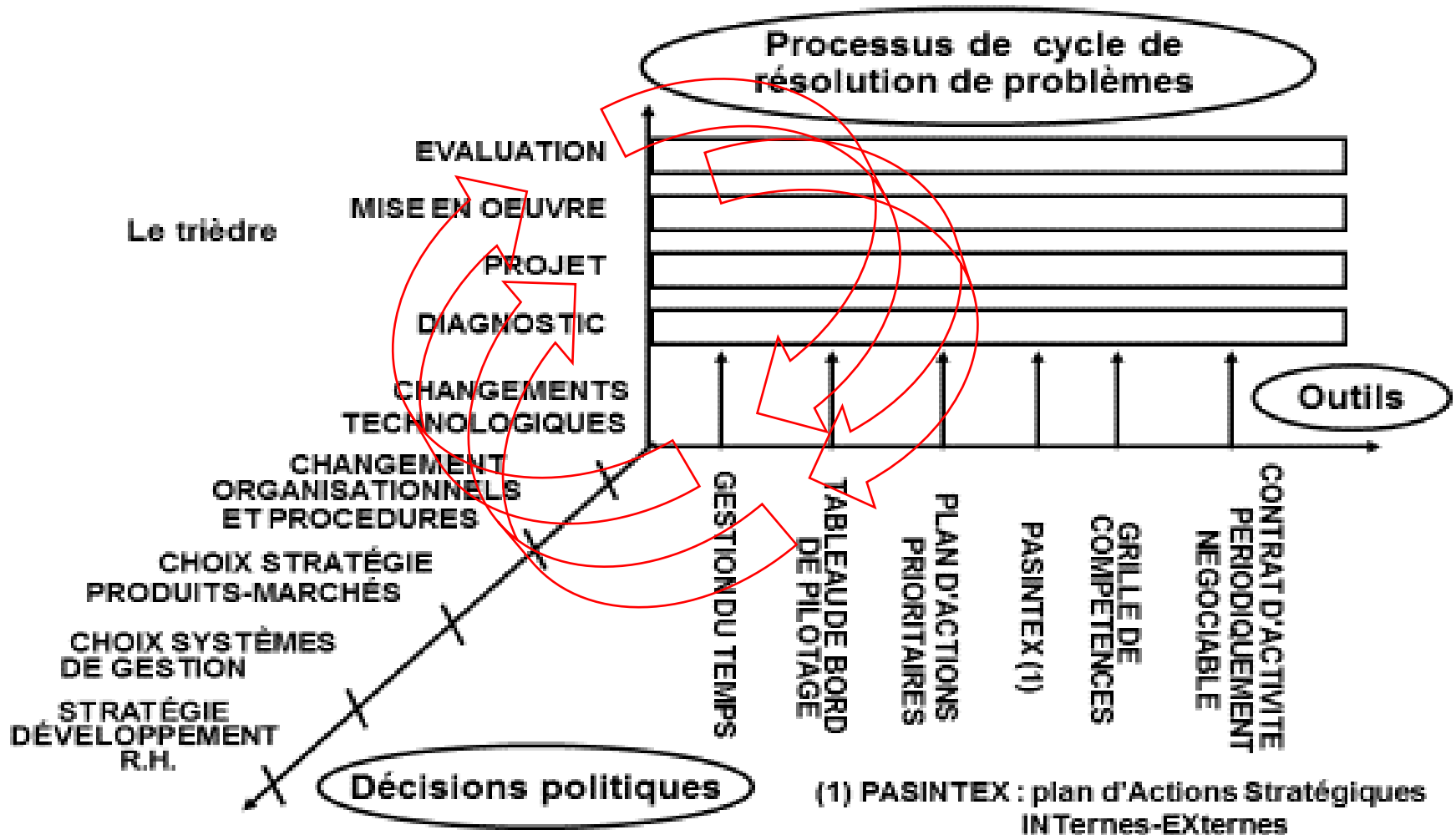
**=**

**GAINS DE PRODUCTIVITE ACTIONNABLES**

# TRÈFLE socio-économique ©



# TRIÈDE socio-économique ©





# MASE, PUI & GHT



# **CONSTATS & ENJEUX MANAGERIAUX A L HOPITAL**

**MANAGEMENT PYRAMIDAL et HIERARCHIE ELOIGNEE**

**FAIBLE LEGITIMITE DES CHEFS DE PROJETS**

**MANQUE DE FORMATION AU MANAGEMENT**

**UN POTENTIEL HUMAIN A (RE) MOBILISER**

**DES INTERACTIONS ENTRE DES STRUCTURES ET DES  
COMPORTEMENTS QUI ENGENDRENT DES  
DYSFONCTIONNEMENTS MAJEURS**

**→ CES PHENOMENES SONT AMPLIFIES PAR LA  
MASSIFICATION**

**→ COMMENT METTRE EN PLACE DES PUI DE TERRITOIRES?**

# MODALITES DE COOPERATION A L'HOPITAL

## COOPERATIONS ORGANIQUES ou INSTITUTIONNELLES COOPERATIONS FONCTIONNELLES

Finalités communes de meilleure répartition de l'offre de soins.  
Investissements, pouvoir de négociation auprès des fournisseurs.  
Répartition des ressources rares entre les établissements

**Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé, dans son article 107 disponible en Annexe 1, crée la notion de GHT (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016).

- Adhésion à un GHT obligatoire pour tous les hôpitaux publics dans le but de développer la coopération entre établissements de santé.
- Domaines de mutualisation: Système d'information convergent, Département d'Information Médicale (DIM) de territoire, mutualisation de la fonction achat, coordination des écoles de formation paramédicale, plans de formation continue des personnels.

# MODALITES DE COOPERATION DES PUI

**PMP de territoire permettant:**

- **Prise en charge médicamenteuse**
- **Harmonisation des pratiques**
- **Mutualisation des compétences et des moyens**
- **Déploiement de la Pharmacie clinique**

# RECHERCHE-INTERVENTION INTER PUI AU SEIN D'UN GHT METHODOLOGIE UTILISEE

**DIAGNOSTIC** qualitatif prospectif ... non dysfonctionnel  
**RESTITUTION** sous forme de synthèse... sans effet-miroir  
**DEFINITION** du PROJET avec groupes pléniers et restreints  
**PILOTAGE** du PROJET par un chef de projet avec une  
**communication auprès des acteurs**  
**EVALUATION** avec des indicateurs qualitatifs quantitatifs  
et financiers

STUCK J. (2016) APPLICATION DE L'INGÉNIERIE DE CONDUITE DU CHANGEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE  
À LA DÉFINITION D'UN PROJET DE COOPÉRATION ENTRE PHARMACIES HOSPITALIÈRES  
MÉMOIRE DE MASTER 2, IAE DE LYON, 30 SEPTEMBRE 2016

# DOMAINES DE MUTUALISATION IDENTIFIES ENTRE LES PUI DU GHT

- Logistique pharmaceutique
  - Approvisionnement
  - Distribution
  - Vigilance et retraits de lots
- Achats de produits pharmaceutiques
  - Achats
  - Harmonisation des livrets thérapeutiques
  - COMEDIMS du GHT
- Pharmacotechnie et stérilisation
  - Centralisation des préparations
  - Mutualisation complète de la stérilisation des DM
- Pharmacie clinique
  - Qualité : protocolisation et procédures
  - Éducation thérapeutique du patient et conciliation médicamenteuse
  - Dossier pharmaceutique
  - Parcours patients, filières de soins
- Continuité des activités pharmaceutiques
  - Remplacements des Pharmaciens des PUI à poste unique
  - Gardes et astreintes = permanence pharmaceutique
- Formation, enseignement et recherche

STUCK J. (2016)

# ENSEIGNEMENTS

## AVANTAGES DE L'APPLICATION DU MANAGEMENT SOCIO-ECONOMIQUE

- Des entretiens engageant le processus de changement

*L'opportunité d'une vision globale pour le coordonnateur*

*Un engagement de l'ensemble des acteurs vers le projet en cours*

- Un groupe de projet permettant la délégation

*Un contrôle complet sur les décisions prises*

*Un principe global de délégation avec un travail réparti entre les acteurs*

- Des itérations participatives-directives favorisant la concertation

*Au sein d'une structure et une temporalité imposées, des contenus définis conjointement*

*Une résultante : la favorisation de la concertation*

## LIMITES DE L'EXPERIENCE REALISEE

- Imposer une coopération : 2 notions difficilement compatibles

*Un caractère impératif limitant les initiatives*

STUCK J. (2016)

# DEMARCHE HORIVERT

## NIVEAU HORIZONTAL: Gouvernance / management

**CODIR**

FONCTIONNEMENT / PRIORITES

**POLES**

FONCTIONNEMENT / PROJETS

plus efficace que le déploiement en tâche d'huile ou par ruissellement

## NIVEAU VERTICAL: Unité / projet / parcours

ITERATIONS ENTRE INSTANCES ET TERRAIN

DIAGNOSTIC  
PROJET  
EVALUATION









# METHODOLOGIE:

## Nomenclature dysfonctionnelle

PJUB - Reproduction et représentation réservées, confié pour un usage privé

### NOMENCLATURE GENERALE DES THEMES ET DES SOUS-THEMES DE DYSFONCTIONNEMENTS

THEMES	SOUS-THEMES
<b>1) Conditions de travail</b>	101 Aménagement et agencement des locaux 102 Matériel et fournitures 103 Nuisances 104 Conditions physiques de travail 105 Charge physique de travail 106 Horaires de travail 107 Ambiance de travail
<b>2) Organisation du travail</b>	201 Répartition des tâches, des missions, des fonctions 202 Régulation de l'absentéisme 203 Intérêt du travail 204 Autonomie dans le travail 205 Charge de travail 206 Règles et procédures 207 Organigramme
<b>3) Communication - Coordination- concertation [3C]</b>	301 3C Interne au service 302 Relations avec les services environnants 303 3C entre réseau et siège 305 3C entre maison-mère et filiale 306 3C au niveau de l'équipe de Direction 307 3C entre élus et fonctionnaires 308 Dispositifs de 3C 309 Transmission des informations 310 3C Verticale 311 3C Horizontale
<b>4) Gestion du temps</b>	401 Respect des délais 402 Planification, programmation des activités 403 Tâches mal assumées 404 Facteurs perturbateurs de la gestion du temps
<b>5) Formation intégrée</b>	501 Adéquation formation-emploi 502 Besoins de formation 503 Compétences disponibles 504 Dispositifs de formation 505 Formation et changement technique
<b>6) Mise en oeuvre stratégique</b>	601 Orientations stratégiques 602 Auteurs de la stratégie 603 Démultiplication et organisation de la mise en oeuvre stratégique 604 Outils de la mise en oeuvre stratégique 605 Système d'information 606 Moyens de la mise en oeuvre stratégique 607 Gestion du personnel 608 Mode de management

# METHODOLOGIE: PASINTEX

## Plan d'actions stratégiques internes et externes

PLAN D'ACTIONS STRATEGIQUES INTERNES EXTERNES										
Axes Stratégiques	Objectifs Prioritaires	Actions Stratégiques	Porteurs d'actions	2016		2017		2018		
				S1	S2	S1	S2	S1	S2	

# ATELIER

*PUI & GHT*

# **ACTIVITES & COMPETENCES**

## **QUALITE DE FONCTIONNEMENT**

### **PLANIFICATION DES ACTIONS DE CHANGEMENT**

- **IDENTIFIER LES DOMAINES D'ACTIVITES**
- **OUVRIR UNE GRILLE DE COMPETENCES**
- **IDENTIFIER LES DYSFONCTIONNEMENTS**
- **PRIORISER LES PISTES D' ACTIONS**
- **OUVRIR UN PLAN D' ACTIONS**

**Stratégique sur 3 ans**

**Opérationnel annuel**

**Isoler des indicateurs d'évaluation**





## NOMENCLATURE GENERALE DES THEMES ET DES SOUS-THEMES DE DYSFONCTIONNEMENTS

THEMES	SOUS-THEMES
<b>1) Conditions de travail</b>	101 Aménagement et agencement des locaux 102 Matériel et fournitures 103 Nuisances 104 Conditions physiques de travail 105 Charge physique de travail 106 Horaires de travail 107 Ambiance de travail
<b>2) Organisation du travail</b>	201 Répartition des tâches, des missions, des fonctions 202 Régulation de l'absentéisme 203 Intérêt du travail 204 Autonomie dans le travail 205 Charge de travail 206 Règles et procédures 207 Organigramme
<b>3) Communication - Coordination- concertation [3C]</b>	301 3C Interne au service 302 Relations avec les services environnants 303 3C entre réseau et siège 305 3C entre maison-mère et filiale 306 3C au niveau de l'équipe de Direction 307 3C entre élus et fonctionnaires 308 Dispositifs de 3C 309 Transmission des informations 310 3C Verticale 311 3C Horizontale
<b>4) Gestion du temps</b>	401 Respect des délais 402 Planification, programmation des activités 403 Tâches mal assumées 404 Facteurs perturbateurs de la gestion du temps
<b>5) Formation intégrée</b>	501 Adéquation formation-emploi 502 Besoins de formation 503 Compétences disponibles 504 Dispositifs de formation 505 Formation et changement technique
<b>6) Mise en oeuvre stratégique</b>	601 Orientations stratégiques 602 Auteurs de la stratégie 603 Démultiplication et organisation de la mise en oeuvre stratégique 604 Outils de la mise en oeuvre stratégique 605 Système d'information 606 Moyens de la mise en oeuvre stratégique 607 Gestion du personnel 608 Mode de management



# BIBLIOGRAPHIE

- Frchette M., Husson J., Haddad R., Rieutord A. (2012), Les grilles de compétences, *Le Moniteur Hospitalier*, n°243, p.9-12, février 2012
- Frchette M., Haddad R., Caffin A-G., Rieutord A. (2013), L'effet miroir, *Le Moniteur Hospitalier*, n°252, janvier 2013
- Frchette M. (2014), *Le pilotage médico-pharmaceutique: vers une plus grande légitimité de la pharmacie hospitalière par la coopération avec les services cliniques: cas de recherches-interventions en hôpital public*, Thèse soutenue le 1<sup>er</sup> juillet 2014 à l'Université Jean Moulin, Lyon 3
- Klasen A., Fior R., Barthier S., Frchette M., Rieutord A., Barbault-Foucher S. ( ), *Le chemin clinique du patient recevant une chimiothérapie à l'hôpital de jour: en route vers le Lean management* Journal de Pharmacie Clinique
- Frchette M., Zardet V. (2017), Comment le pharmacien peut il prendre l'initiative pour coopérer avec les services cliniques? *Journal de Pharmacie Clinique*, N°2, vol. 36, juillet 2017
- Zardet V., Frchette M., Dussossoy E., Leboucher G. (2017), Améliorer la présence pharmaceutique auprès des unités de soins sur la gestion des dotations de médicaments: apports de la recherche-intervention socio-économique, *CALASS*, septembre 2017, Liège
- Frchette M. (2018), De l'administration standardisée vers le « Management Clinique »....Et si c'était possible à l'Hôpital ? *Managersante.com*, Février 2018
- Frchette M., Zardet V. (2018), The productive pharmacist: process and workforce planning, *EAHP*, mars 2018, Göteborg
- Frchette M. (2018), Entre déterminisme et expérimentation médicale : quelle proximité avec les Sciences de Gestion ? *Managersante.com*, Aout 2018



# CAP O2

OPTIMISATION DES ORGANISATIONS

Nous avons imaginé un labyrinthe qui permet à nos employés de se rencontrer fortuitement pour initier de nouvelles collaborations et tâtonner ensemble...

