



---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **octobre 2024**

---

**Directeur d'hôpital, promoteur de la  
transformation : un exercice en  
équilibre entre concentration sur le  
court terme et attention sur les enjeux  
de long terme**

---

**Gaël MARZIN**



---

# Remerciements

---

Ce mémoire est ancré dans le quotidien de ces quelques mois de stage qui s'achève, riche des missions qui m'ont été confiées mais surtout des rencontres qu'elles ont suscitées. Je tiens donc à remercier l'ensemble des personnels et des usagers du centre hospitalier de Landerneau et particulièrement son équipe de direction, dynamique, opiniâtre et joyeuse.

En son sein, j'ai une pensée particulière pour ma maître de stage, Christelle COLLEC, directrice déléguée. Ses précieux conseils, mais surtout la constance de son positionnement, en conscience, constitueront les points d'appui majeurs de mon futur exercice professionnel.

Ce mémoire est également le fruit de l'évolution de ma façon d'appréhender les organisations de travail, grâce notamment à un stage extérieur effervescent dans une coopérative d'activité et d'emploi. Cette dernière m'a également fait découvrir de nouvelles pratiques professionnelles que je m'attacherai à entretenir et à diffuser.

Enfin, je remercie mes camarades de la promotion Axel Kahn, compagnons de rédaction tout au long de l'été.



---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie.....	3
1 L'hôpital est une organisation de travail où converge un nombre important d'attentes complexes à satisfaire ensemble.....	5
1.1 Un modèle économique fragile.....	5
1.1.1 Contexte financier des établissements de santé.....	5
1.1.2 Contexte particulier du CH de Landerneau.....	7
1.2 Des enjeux multiples .....	10
1.2.1 Tenir en équilibre un écosystème.....	10
1.2.2 Jouer un rôle de plus grande envergure, au-delà de la seule production de soins	13
2 L'exemple du projet de mutualisation de cuisine hospitalière au Centre hospitalier de Landerneau : identifier des leviers pour investir et innover .....	19
2.1 Présentation du projet de cuisine commune.....	19
2.1.1 Les structures impliquées.....	19
2.1.2 La genèse du projet .....	20
2.1.3 Les implications du projet au niveau des ressources humaines .....	22
2.2 Dimensions juridiques et financières .....	23
2.2.1 Le cadrage juridique du projet.....	23
2.2.2 Le modèle financier du projet.....	25
2.3 Analyse des dimensions managériales et organisationnelles .....	27
2.3.1 Mobilisation des parties prenantes .....	27
2.3.2 Responsabilisation les parties prenantes .....	29
3 Orchestrer aujourd'hui les projets de transformation, entre concentration et attention	33
3.1 La direction du centre hospitalier de Landerneau a développé des savoir-faire indispensables à la transformation.....	33
3.1.1 Une tension entretenue entre concentration et attention .....	33
3.1.2 L'aptitude à identifier des solutions de financement .....	34

3.1.3	Le recours à l'intelligence collective .....	35
3.1.4	Une culture développée du partenariat .....	36
3.1.5	Une intelligence collective dynamisée par la facilitation .....	37
3.2	Les axes de progrès identifiés dans la gestion du projet .....	38
3.2.1	Une temporalité qui apparaît comme non maîtrisée .....	38
3.2.2	L'intelligence collective tributaire d'une certaine asymétrie, souvent difficile à dépasser.....	39
3.2.3	Une participation qui pourrait gagner à être plus mesurée .....	40
3.2.4	Une relative tiédeur à investir les sujets les plus austères .....	41
3.3	Les solutions possibles pour prévenir les difficultés .....	42
3.3.1	Garder la maîtrise du temps : anticiper grâce au PCA .....	42
3.3.2	Donner l'opportunité aux agents de production de s'approprier les enjeux .	43
3.3.3	Piloter un séquençement de projet qui intègre différentes tailles de groupes, selon l'objectif visé.....	44
3.3.4	Diffuser une culture de l'équilibre entre attention aux enjeux sociétaux et concentration sur les impératifs du quotidien .....	46
	Conclusion.....	49
	Bibliographie .....	51
	Liste des annexes.....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMOT : Assistance à maîtrise d'ouvrage technique  
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance  
ARS : Agence régionale de santé  
CH : Centre hospitalier  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CLAN : Comités de liaison pour l'alimentation et la nutrition  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des Statistiques  
DDPP : Direction départementale de protection des populations  
DSEL : Direction des services économiques et logistiques  
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses  
FHF : Fédération hospitalière de France  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
GHT BO : Groupement Hospitalier de Territoire de Bretagne Occidentale  
GIP : Groupement d'intérêt public  
PCA : Plan de continuité d'activité  
PGFP : Plan Général de Financement Pluriannuel  
PGTHSSE : Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles  
PMSP : Projet médico-soignant partagé  
PPI : Programme pluriannuel d'investissement  
QVCT : Qualité de vie et des conditions de travail  
RSE : Responsabilité sociale et environnementale  
SILGOM : Syndicat inter hospitalier de logistique du Golfe du Morbihan  
SMA : Sécurisation modulée à l'activité  
SMR : Soins médicaux de réadaptation  
T2A : Tarification à l'activité  
UPC : Unité de production culinaire



## Introduction

« Tout est mêlé dans tout ». Cette assertion, venue jusqu'à nous grâce à la *Physique* d'Aristote, est attribuée à Anaxagore de Clazomènes, philosophe présocratique du V<sup>ème</sup> siècle avant J.-C. Il préfigure ainsi la philosophie systémique des stoïciens.

Cette idée de système ou d'interconnexion, voire d'interdépendance s'appréhende aisément depuis quelques années au niveau planétaire depuis que l'on constate les premières conséquences spectaculaires de l'accélération du réchauffement climatique. Si l'on réduit la focale, au périmètre de l'organisation de travail dans le secteur public, les choses ne semblent plus si évidentes. Depuis les années 90, la mise en œuvre du nouveau management public promeut, pour gagner en performance, la division du travail et la spécialisation des tâches. Cette performance, qui cloisonnent les différents acteurs de la santé aussi bien en interne qu'en externe, rend *in fine* nos organisations fragiles aujourd'hui. A l'heure où j'écris ces lignes, les différents médias nationaux, une nouvelle fois, se font l'écho des difficultés que rencontre l'hôpital public pour satisfaire aux besoins de santé de ses usagers. Comme souvent, nous pouvons compter sur certains partenaires sociaux, ou même certains praticiens hospitaliers pour remplir leur devoir d'alerte et donner les solutions immédiates. Les patients nonagénaires attendent seuls sur un brancard dans un garage pendant 36 heures ? La direction doit ouvrir des lits, et recruter des infirmiers.

Voilà déjà dix ans que j'exerce dans un établissement de santé, et c'est avec beaucoup d'humilité que je me prépare à embrasser en janvier prochain des responsabilités plus grandes. Durant cette période, j'ai vu l'hôpital invité à gérer un nombre et un niveau d'attentes sans cesse plus importants, et pour lesquelles ils n'existent pas de solutions rapides ni simples. La théâtralisation de certaines difficultés *\_pour porter finalement des revendications indirectes\_* fait exercer sur les corps de direction hospitaliers une pression pour les résoudre en priorité. Celles-ci se succédant les unes aux autres, il est un risque qu'elles occupent toute une carrière sans finalement ne rien résoudre sur le plan structurel.

Ce n'est pas ce à quoi les directeurs d'hôpital aspirent. Mais comment s'affranchir de ces injonctions de résolutions immédiates ? Il est possible également de s'interroger sur notre légitimité à le faire, quand bien même ce serait possible. La transformation est depuis 2019 et la loi du 6 août, où elle a succédé à la modernisation, le nouveau maître mot de l'action publique. En tant que cadre de direction, au sein d'un établissement public de santé, il m'incombera, comme à mes collègues, de porter cette politique publique. Trois principes sont retenus pour ce faire : améliorer la qualité de service pour l'utilisateur, impliquer les agents publics dans un cadre modernisé et baisser la contribution des contribuables.

**Dans ce contexte, comment le directeur d'hôpital peut-il transformer les organisations, en conciliant tout à la fois une pleine concentration sur la résolution des problèmes de l'année, du mois, du jour voire de la prochaine heure, sans relâcher son attention d'enjeux plus diffus mais tout aussi importants en ce qu'ils portent en eux la promesse de réduire durablement la pression qui s'exerce sur l'hôpital ?**

Après avoir décrit le contexte financier d'un nombre significatif d'établissements dont fait partie le centre hospitalier où j'ai effectué mon stage, il paraîtra utile de détailler les différents enjeux qui irriguent l'hôpital aujourd'hui(1). En m'appuyant sur l'exemple d'un projet de restructuration et de mutualisation de cuisine hospitalière que j'ai co-piloté pendant mon stage (2), je rendrai compte des différents leviers que j'ai vu mobilisés pour accompagner la transformation, avant de proposer quelques pistes pour prévenir l'apparition des obstacles rencontrés (3).

## Méthodologie

J'ai effectué mon stage de professionnalisation dans un établissement différent de celui du stage d'observation. La raison en est simple : dans l'intervalle, ma maîtresse de stage a changé de poste. De directrice de la transformation et des systèmes d'information au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU), elle est devenue directrice déléguée de deux établissements de la direction commune. Je n'ai pas subi cette situation, le choix m'ayant été laissé de la suivre ou de rester sur le CHU. La qualité de la relation qui s'était nouée entre nous lors du stage d'observation a motivé ce choix. J'étais également curieux d'observer les premiers mois de prise de poste d'une directrice expérimentée, pour pouvoir nourrir ma réflexion sur le positionnement que je devrai moi-même adopter en janvier prochain. Je trouvais enfin intéressant d'éprouver ma capacité d'adaptation à un nouvel environnement, compétence qui me semble utile de développer dans la perspective de mon futur exercice professionnel.

Arrivé deux semaines après elle dans l'établissement, et comme elle cherchait à objectiver ses intuitions sur la situation de l'établissement, j'ai réalisé un diagnostic stratégique de l'établissement de Landerneau, sur la base de l'enseignement dispensé à l'école. L'élaboration de ce diagnostic m'a permis de prendre la pleine mesure des enjeux de soutenabilité financière à court terme de l'établissement et des difficultés qu'il rencontrait pour maintenir l'ensemble de ses activités et assurer la permanence des soins. Pourtant ma maîtresse de stage, et l'ensemble de son équipe de direction s'attachaient, avec une forme d'opiniâtreté, à dépasser la seule satisfaction des besoins primaires de l'établissement pour l'engager dans une stratégie de plus long terme sur un périmètre bien plus vaste.

Le présent mémoire s'appuie sur une revue de littérature qui a permis de rendre manifeste la diversité des enjeux qui traversent aujourd'hui l'hôpital public.

L'enquête réalisée s'appuie sur un journal de terrain alimenté tantôt selon une méthode d'observation directe, tantôt selon une méthode d'observation participative. En effet, parmi les différentes missions qui m'ont été confiées, j'ai copiloté le projet de service de la nouvelle cuisine mutualisée qui sert d'exemple à la méthodologie de transformation objet de ce mémoire.

Enfin, une autre revue de littérature a permis de confronter les pratiques de l'établissement à un socle théorique. J'ai convoqué également cette revue de littérature pour appuyer les préconisations que j'ai pu proposer, même si celles-ci se sont davantage imposées à moi par ma récente expérience de stage extérieur dans une coopérative d'activité et d'emploi.



# **1 L'hôpital est une organisation de travail où converge un nombre important d'attentes complexes à satisfaire ensemble**

Malgré ses difficultés d'équilibre financier structurelles et conjoncturelles, le besoin de santé que couvre l'hôpital public n'a de cesse de croître, sous l'effet conjugué de la double transition démographique et épidémiologique, et du désengagement de la médecine ambulatoire de la permanence des soins. Par ailleurs, en tant qu'acteur économique de premier plan de son territoire, *a fortiori* porté par des valeurs d'exemplarité, il doit tenir son rang sur des enjeux qui dépassent la seule prise en charge de qualité, sociaux et sociétaux.

## **1.1 Un modèle économique fragile**

### **1.1.1 Contexte financier des établissements de santé**

Les établissements publics de santé en France traversent une crise financière de plus en plus marquée, avec des déficits qui se creusent année après année. Cette situation est en grande partie due à un ensemble de facteurs structurels et conjoncturels qui fragilisent leur modèle économique. Les effets combinés de l'inflation, de la tarification à l'activité (T2A), et de l'absence de compensations suffisantes pour les revalorisations salariales, intensifient les difficultés financières des hôpitaux.

La Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers (CH) alertait en fin d'année dernière sur le risque de voir tripler le déficit global des hôpitaux en 2023 pour atteindre 2,7 milliards d'euros. Cette aggravation rapide de la situation s'explique selon elle principalement par le « sous-financement chronique » des revalorisations salariales et l'absence de compensation adéquate pour l'inflation. Les hôpitaux, déjà « fragilisés par la crise sanitaire », voient ainsi leur situation financière encore détériorée par la disparition progressive de la garantie de financement puis de la sécurisation modulée à l'activité (SMA), mais également par l'inflation et les réformes de financement. Celles-ci ont eu un impact négatif sur la moitié des centres hospitaliers, en particulier les structures de taille moyenne qui peinent à retrouver leur équilibre (Quéguiner, 2024).

Une autre des principales causes de cette situation est le recours croissant à des emplois temporaires pour assurer la permanence des soins. Ce phénomène est symptomatique de la pénurie de personnel médical dans les hôpitaux publics. En 2022, les dépenses liées à l'intérim médical se sont élevées à 147,5 millions d'euros, en augmentation de 25 % par rapport à 2017 (Cour des comptes, 2024) . Ce recours à l'intérim, bien que nécessaire pour maintenir l'activité des hôpitaux, exerce une pression considérable sur les finances

hospitalières, car les coûts associés à ces contrats sont bien supérieurs à ceux des praticiens hospitaliers permanents. Les dépenses totales de personnel médical dans les hôpitaux publics ont atteint 8,8 milliards d'euros en 2022, en augmentation de 31 % par rapport à 2017, reflétant une tendance préoccupante de dépendance aux solutions temporaires pour combler les postes vacants (Ibid.). La loi RIST est venue en avril 2023 mieux cadrer le recours à l'intérim médical pour en réduire les dérives, mais au prix parfois de ruptures ponctuelles de la permanence des soins, notamment dans les hôpitaux de taille moyenne, dont la part d'activité qui y est liée est importante.

Ces difficultés ne sont pas isolées au secteur sanitaire. Une enquête récente a révélé par ailleurs que près de 85 % des EHPAD publics, dont une part importante est adossé à un hôpital, étaient en déficit en 2023, une situation inédite qui souligne l'ampleur de la crise budgétaire (FHF, 2024) . Le déficit moyen par place dans ces établissements a atteint un niveau record de 3 850 € en 2023, une augmentation notable par rapport à l'année précédente.

En plus des coûts de personnel, les hôpitaux publics doivent faire face à une augmentation générale de leurs charges d'exploitation, exacerbée par l'inflation. Entre 2020 et 2023, les charges des sections tarifaires hébergement et dépendance dans les EHPAD ont augmenté de 21 %, tandis que les recettes ne suivaient pas, créant un effet ciseau qui a aggravé les déficits. Cette situation est similaire dans les hôpitaux, où les coûts de fonctionnement augmentent plus rapidement que les financements disponibles (Op. cit.). L'inflation affecte non seulement les coûts d'exploitation courants, tels que l'énergie, l'alimentation et les fournitures, mais également les charges salariales, qui ont été partiellement compensées par des aides gouvernementales insuffisantes pour stabiliser les finances des établissements.

La situation est rendue plus complexe encore par les difficultés de trésorerie auxquelles sont confrontés de nombreux établissements. En 2023, plus d'un tiers des EHPAD ont ainsi indiqué avoir rencontré des difficultés de trésorerie, ce qui les a contraints à différer le paiement de certaines charges, principalement vis-à-vis des fournisseurs et des charges sociales et fiscales (Ibid.). Ces retards de paiement reflètent une gestion en mode dégradé, où la continuité à court terme est priorisée au détriment d'une gestion financière saine de long terme. La fragilité de la trésorerie est symptomatique de l'incapacité des hôpitaux à générer des marges suffisantes pour absorber les chocs économiques, une situation qui pourrait s'aggraver sans un soutien financier accru.

Face à cette situation, plusieurs hôpitaux et EHPAD ont dû solliciter des crédits exceptionnels de la part des Agences Régionales de Santé (ARS) pour combler les déficits. Cependant, ces aides sont souvent insuffisantes pour redresser durablement les finances des établissements. Par exemple, en 2023, près de 40 % des EHPAD ont reçu des crédits

exceptionnels de l'ARS, mais cela n'a pas suffi à enrayer la spirale déficitaire (Op. cit.). Les dispositifs de soutien temporaire, tels que les fonds d'urgence, bien qu'essentiels pour éviter des fermetures immédiates, ne parviennent pas à corriger les déséquilibres structurels qui affectent profondément la viabilité des hôpitaux.

Les établissements de santé publics en France se trouvent donc dans une situation financière plutôt précaire, marquée par des déficits croissants, une augmentation des charges non compensées par des recettes suffisantes, et un recours accru à des solutions temporaires coûteuses pour maintenir la continuité des soins. Cette fragilité économique menace non seulement la viabilité financière des hôpitaux, mais aussi leur capacité à remplir efficacement leur mission de service public.

### **1.1.2 Contexte particulier du CH de Landerneau**

Le Centre hospitalier de Landerneau se trouve dans une situation financière et structurelle particulièrement complexe, caractérisée par une combinaison de facteurs externes et internes qui ont conduit à une dégradation significative de ses performances au cours des dernières années. Cette situation illustre les défis auxquels sont confrontés les hôpitaux de taille moyenne en France, où les pressions financières se conjuguent à des difficultés structurelles pour menacer la viabilité à long terme.

#### **Perte de parts de marché et activité en déclin**

Le Centre hospitalier de Landerneau a vu sa position se fragiliser dans sa zone de recrutement, avec une perte continue de parts de marché. Entre 2018 et 2023, la part de marché de l'hôpital est passée de 12 % à 7 %, une chute particulièrement marquée au cours de la dernière année. Cette érosion est due à plusieurs facteurs, dont la concurrence accrue des établissements privés du département, notamment la clinique de Keraudren, qui a capté une part importante des patients autrefois pris en charge à Landerneau. Le déclin de l'activité obstétricale est emblématique de cette tendance : le nombre de naissances dans l'établissement a chuté de 34 % en 2023, alors que la baisse à l'échelle territoriale n'était que de 7,5 %. Ce déclin s'explique en partie par l'application de la loi RIST, qui a perturbé la permanence des soins et incidemment les activités obstétricales et chirurgicales, deux secteurs historiquement importants pour l'hôpital.

Le déclin des activités chirurgicales au centre hospitalier de Landerneau est tout aussi préoccupant. L'établissement a enregistré une baisse de 14,7 % de son activité chirurgicale en 2023, dans un contexte où la concurrence privée enregistrait des hausses d'activité. Cette perte de parts de marché dans des secteurs clés a eu un effet domino sur les finances de l'hôpital, contribuant à une dégradation rapide de son résultat financier. L'insuffisance

d'autofinancement qui en découle a contraint l'hôpital à puiser dans son fonds de roulement, fragilisant encore davantage sa situation financière à moyen terme.

### **Situation financière et budgétaire**

La situation financière du centre hospitalier de Landerneau s'est progressivement détériorée, comme en témoigne le rapport financier de 2023. L'hôpital a enregistré un déficit opérationnel significatif, accentué par l'augmentation des charges d'exploitation. Les coûts de personnel, en particulier, ont connu une hausse marquée, reflétant les difficultés de l'hôpital à attirer et retenir du personnel médical qualifié. Cette situation est amplifiée par le recours croissant à des intérimaires, une tendance qui, bien que nécessaire pour maintenir l'activité, a des conséquences financières lourdes. En effet, les coûts associés à l'intérim médical sont substantiellement plus élevés que ceux des praticiens permanents, ce qui alourdit encore le déficit de l'hôpital.

Les dépenses énergétiques, autre facteur d'aggravation du déficit, ont également fortement augmenté, reflétant l'inflation générale et les défis spécifiques liés à la gestion d'infrastructures vétustes. Les recettes, quant à elles, n'ont pas suivi cette inflation des coûts, ce qui a conduit à un déséquilibre budgétaire croissant. Cette situation de déséquilibre est particulièrement préoccupante dans un contexte où l'hôpital doit faire face à des investissements essentiels pour maintenir ses activités.

En 2023, l'hôpital a également décidé de stopper ou différer, en raison de sa faible trésorerie, le paiement de certaines charges pour garantir le paiement d'autres. Il s'agit principalement du paiement de fournisseurs ou de certaines charges sociales. Ces retards reflètent une gestion financière sensible, où la gestion de court terme est souvent priorisée au détriment de l'investissement nécessaire à long terme. La fragilité de la trésorerie de l'établissement est ainsi symptomatique de l'incapacité des hôpitaux de taille moyenne à générer des marges suffisantes pour absorber les aléas et investir dans leur développement futur.

### **Impact sur les investissements et la modernisation**

La situation budgétaire dégradée du centre hospitalier de Landerneau a des impacts majeurs sur sa capacité à investir et à moderniser ses infrastructures. Le Programme Pluriannuel d'Investissement (PPI) pour la période 2024-2028 a été considérablement réduit, se limitant à des projets strictement nécessaires pour la sécurité et le maintien en fonctionnement des installations. Parmi les priorités identifiées figurent la mise aux normes de sécurité incendie, le remplacement des équipements les plus vétustes, et la modernisation des systèmes d'information. Cependant, les besoins réels en matière

d'investissement sont bien supérieurs aux capacités financières actuelles de l'hôpital. A titre d'exemple, les installations électriques n'ont pas été modernisés depuis plusieurs décennies. Un projet de mise aux normes, et donc de sécurisation, a été chiffré à près de 800 000 euros. Toutefois, ce projet illustre le dilemme auquel fait face l'hôpital : investir dans des infrastructures essentielles pour la sécurité ou allouer des ressources limitées à d'autres priorités tout aussi urgentes.

Le rapport sur l'état des lieux des bâtis et équipements met aussi en lumière l'ampleur des travaux nécessaires pour remettre à niveau les infrastructures de l'établissement. Parmi eux, la réhabilitation de l'unité de cuisine centrale, dont la vétusté a été confirmée par plusieurs audits, nécessite un investissement de plus de 5,6 millions d'euros. De même, les systèmes de traitement de l'air et les installations de chauffage, essentiels pour le confort et la sécurité des patients, doivent être remplacés en urgence, avec un coût estimé à plusieurs centaines de milliers d'euros. Ces projets, bien qu'indispensables, sont compromis par les contraintes budgétaires actuelles de l'hôpital. Au regard de sa situation financière, il n'est pas de banque qui lui accorderait le prêt nécessaire à engager les travaux.

Les restrictions budgétaires ont également un impact sur la capacité de l'hôpital à attirer et à retenir du personnel qualifié. La vétusté des infrastructures et les conditions de travail dégradées, accentuées par les contraintes budgétaires, contribuent à un climat social tendu au sein de l'établissement. Le rapport de gestion met en évidence une augmentation du taux d'absentéisme, en partie due à des conditions de travail difficiles, mais aussi à un manque de perspectives d'évolution professionnelle pour le personnel en place. Cette situation est particulièrement critique dans un contexte où la qualité des soins dépend fortement de la stabilité et de l'engagement des équipes soignantes.

### **Stratégie de redressement et perspectives**

Face à ces défis, la direction du centre hospitalier de Landerneau a adopté un plan de performance visant à améliorer l'efficacité organisationnelle et à reconquérir des parts de marché. Ce plan repose sur plusieurs axes stratégiques, notamment l'optimisation des filières de soins en partenariat avec le CHU de Brest, la maîtrise des durées de séjour, et la restructuration des services chirurgicaux pour accroître l'activité opératoire. L'accent est également mis sur le développement de nouvelles offres de soins, adaptées aux besoins spécifiques de la population locale, dans le but de renforcer l'attractivité de l'hôpital.

Cependant, malgré ces efforts, la situation reste critique. La réussite de ce plan de redressement dépendra largement de la capacité de l'hôpital à mobiliser des ressources externes, notamment sous forme de financements publics et de partenariats avec d'autres établissements de santé. La modernisation des infrastructures, un élément clé du

redressement, nécessitera également des investissements substantiels, qui ne pourront être réalisés qu'avec un soutien financier accru.

L'établissement est enfin engagé dans un processus de réorganisation interne, visant à améliorer la gouvernance de l'établissement et à renforcer la cohésion des équipes. Ce processus inclut la mise en place de nouvelles méthodes de gestion, basées sur des indicateurs de performance et une meilleure coordination entre les services. L'objectif est de créer un environnement de travail plus attractif, capable de retenir les talents et de favoriser l'innovation dans les pratiques de soins.

Le Centre hospitalier de Landerneau est donc confronté à des défis majeurs qui menacent sa capacité à se transformer et en conséquence, sa soutenabilité à long terme. La combinaison de pertes de parts de marché, de déficits financiers chroniques, et d'un sous-investissement structurel a mis l'hôpital dans une situation précaire. Le succès des efforts de redressement dépendra non seulement des efforts de transformation internes mais également de sa capacité à identifier des relais pour assurer les investissements nécessaires.

## **1.2 Des enjeux multiples**

Au-delà du triple enjeu propre à l'écosystème hospitalier, le centre hospitalier de Landerneau est incité à se mobiliser autour de défis plus vastes, sociaux et sociétaux.

### **1.2.1 Tenir en équilibre un écosystème**

Le Centre hospitalier de Landerneau se trouve au cœur d'un territoire marqué par des défis spécifiques en matière de santé. Le Finistère, où se situe l'hôpital, se distingue par une population vieillissante, une prévalence élevée de maladies chroniques et des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins. La région bretonne dans son ensemble présente des taux de mortalité supérieurs à la moyenne nationale, notamment en raison de cancers et de maladies cardio-neurovasculaires, et une consommation de psychotropes parmi les plus élevées du pays (ARS, 2022).

Le territoire de Penn Ar Bed, qui couvre une large part du Finistère, est également caractérisé par une surmortalité évitable due à des causes telles que le tabagisme et le suicide, particulièrement chez les hommes. Ces indicateurs défavorables soulignent l'importance de renforcer l'accès aux soins de prévention et de sensibilisation sur le territoire. L'établissement doit ainsi faire face à une demande croissante en soins

spécialisés, notamment pour les maladies chroniques et les troubles psychiatriques, domaines où les besoins sont amplifiés par le vieillissement de la population (Ibid.).

La zone de recrutement du centre hospitalier de Landerneau connaît par ailleurs une croissance démographique, ce qui accentue la pression sur les services de santé. La demande en soins gériatriques, déjà forte, ne cesse de croître, et l'établissement doit adapter son offre pour répondre à cette évolution. De plus, l'éloignement des structures de soins et la dispersion de la population dans les zones rurales du Finistère compliquent l'accès aux soins, créant des disparités territoriales importantes. Le territoire est mieux doté que la moyenne régionale en matière de soins de premier recours, mais les distances à parcourir pour accéder à certains spécialistes ou à des services hospitaliers demeurent un obstacle significatif pour de nombreux habitants (Ibid.).

Ces défis exigent une réponse adaptée, combinant des efforts de coordination avec les autres acteurs de santé du territoire et un renforcement des ressources dédiées à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. Le centre hospitalier de Landerneau s'efforce de maintenir un accès égalitaire aux soins pour l'ensemble de la population, mais le succès de ces efforts dépendra en grande partie de sa capacité à mobiliser les ressources externes et à créer ou développer des partenariats pour répondre aux spécificités locales.

Dans un contexte de manque de solutions d'accueil en médecine ambulatoire et d'insuffisance de structures d'aval pour les patients, l'hôpital public voit également la pression s'accroître par un transfert de demande de soins. La conjugaison tantôt structurelle, tantôt conjoncturelle de ces facteurs fait de la continuité du service public hospitalier et de la permanence des soins un exercice délicat à assurer, sans qu'il soit possible de s'y soustraire. L'hôpital public doit pouvoir les garantir, coûte que coûte.

Pourtant, selon la formule consacrée, si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. La gestion financière des hôpitaux publics est donc également un enjeu central qui conditionne leur capacité à remplir leurs missions de service public. Elle est d'ailleurs soumise à des exigences réglementaires strictes, destinées à assurer leur viabilité tout en garantissant la qualité des soins.

Au Centre hospitalier de Landerneau, comme dans tous les établissements publics de santé, la maîtrise des finances repose sur plusieurs outils de gestion encadrés par les Agences Régionales de Santé (ARS). L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) constitue un élément central de cette gestion. Cet outil budgétaire impose à l'hôpital de prévoir ses dépenses et recettes annuelles, en tenant compte des contraintes de

financement imposées par l'ARS. L'EPRD doit ainsi permettre de garantir un équilibre budgétaire tout en répondant aux objectifs de santé publique régionaux.

En parallèle, le Plan Général de Financement Pluriannuel (PGFP) permet à l'hôpital de planifier ses investissements sur le moyen terme. Ce plan est crucial pour garantir la pérennité des infrastructures et pour adapter les services de soins aux besoins évolutifs de la population. A Landerneau comme ailleurs, la gestion du PGFP implique d'équilibrer les priorités en fonction des marges financières disponibles, tout en veillant à maintenir l'équilibre global des finances.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), conclu entre l'hôpital et l'ARS, définit les objectifs en matière de qualité des soins, de performance économique et de gestion des ressources humaines sur une période de trois à cinq ans. Le CPOM encadre la stratégie financière de l'établissement, conditionnant les financements nécessaires à la réalisation de ses objectifs. Le respect des engagements pris dans ce contrat est essentiel pour maintenir la confiance des autorités de tutelle et assurer la continuité des financements publics.

Ainsi, la gestion financière du centre hospitalier de Landerneau repose sur un ensemble de règles et de dispositifs visant à assurer l'équilibre budgétaire tout en garantissant la qualité des soins. La capacité de l'hôpital à répondre à ces exigences est déterminante pour sa viabilité à long terme, ainsi que pour la satisfaction des patients et des partenaires financiers.

Enfin, l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé sont devenues des enjeux cruciaux pour les établissements hospitaliers, exacerbés par les tensions liées aux exigences financières et aux besoins croissants en matière de soins. En effet, la mise en tension de ces deux premiers enjeux, la satisfaction des besoins de santé d'un côté et la gestion financière rigoureuse de l'autre, conduit souvent à une augmentation de la charge de travail pour les agents hospitaliers. Cette situation crée une pression constante sur le personnel, avec des répercussions directes sur leur bien-être et leur engagement.

L'augmentation de la productivité, sans accompagnement adéquat, a des effets sur la qualité de vie au travail. Le stress, le surmenage et l'épuisement professionnel sont des réalités fréquentes dans les hôpitaux, rendues plus aiguës par des conditions de travail difficiles et des ressources souvent insuffisantes. Cette situation est particulièrement préoccupante car elle mène à un taux d'absentéisme élevé, comme le souligne une étude récente, où l'absentéisme dans les hôpitaux publics atteint des niveaux très importants, atteignant parfois jusqu'à près de 12 % du personnel dans certaines structures (ATIH, 2024).

Le recrutement et la fidélisation du personnel constitue donc le troisième défi interne de son activité de production. La difficulté à attirer de nouveaux talents, notamment dans les spécialités médicales en tension, combinée à un turnover élevé, fragilise la stabilité des équipes soignantes. Les professionnels de santé sont de plus en plus tentés de privilégier l'individualité de leur parcours professionnel, de réinterroger la place de celui-ci dans leur parcours de vie. Les mobilités externes sont plus nombreuses, ce qui accentue les difficultés des établissements publics à maintenir une équipe stable et compétente. Cette situation crée un cercle vicieux, où le manque de personnel augmente la charge de travail des agents restants, aggravant leur épuisement et les poussant à chercher des opportunités ailleurs.

La qualité de vie au travail est donc un levier essentiel pour améliorer l'attractivité des établissements et fidéliser les agents. Des initiatives telles que l'amélioration des conditions de travail, la promotion d'un environnement de travail inclusif, respectueux et constructif et la reconnaissance des efforts des agents sont cruciales. Les établissements qui parviennent à créer un environnement de travail favorable, en mettant l'accent sur la sécurité des patients tout en prenant soin de ceux qui les soignent, réussissent à attirer et à retenir leurs professionnels.

## **1.2.2 Jouer un rôle de plus grande envergure, au-delà de la seule production de soins**

### **Des enjeux de prévention en santé publique**

La prévention en santé publique est un enjeu central pour les établissements hospitaliers, notamment dans des régions comme la Bretagne, où les défis de santé sont multiples et spécifiques. Le Schéma régional de santé 2023-2028 de Bretagne met en avant plusieurs axes de prévention qui impliquent directement les hôpitaux et autres établissements de santé. Ces derniers ne sont plus uniquement des lieux de soins curatifs, mais jouent un rôle de plus en plus important dans la promotion de la santé et la prévention des maladies.

L'un des axes majeurs de la prévention concerne la lutte contre les maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, et l'obésité. Ces affections sont largement influencées par des comportements à risque modifiables, notamment l'alimentation et l'activité physique. Les établissements de santé bretons, dont ceux du Groupement Hospitalier de Bretagne Occidentale (GHT BO), sont appelés à intensifier leurs efforts en matière de promotion de la santé, en développant des programmes de prévention adaptés aux besoins de la population. Ces programmes incluent des campagnes de sensibilisation, des actions de dépistage, et la mise en place de parcours de soins intégrés visant à prévenir et à gérer ces pathologies chroniques.

La prévention des addictions est un autre enjeu crucial pour les hôpitaux de la région. La Bretagne est confrontée à des taux élevés de consommation de psychotropes, de tabac, et d'alcool, ainsi qu'à une prévalence inquiétante des addictions sans substance. Les établissements de santé jouent un rôle clé dans la mise en place de programmes de prévention et de prise en charge des addictions, en collaboration avec les dispositifs régionaux et les associations locales. Ces actions sont essentielles pour réduire l'impact de ces addictions sur la santé publique et pour améliorer la qualité de vie des patients.

En outre, la prévention du suicide reste une priorité pour la région Bretagne, qui enregistre des taux de suicide parmi les plus élevés de France. Les établissements de santé, y compris ceux du GHT BO, participent activement à la détection précoce des situations à risque et à la mise en place de dispositifs de soutien psychologique. La coordination avec les structures de santé mentale et les services sociaux est primordiale pour offrir un accompagnement adapté aux personnes vulnérables et prévenir les comportements suicidaires.

Le Schéma régional de santé et le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT BO soulignent l'importance d'une approche territorialisée de la prévention, adaptée aux spécificités locales. Les établissements de santé, comme le Centre hospitalier de Landerneau, sont encouragés à développer des partenariats avec les acteurs locaux pour améliorer l'accès aux soins de prévention, en particulier dans les zones rurales. Cela inclut des initiatives telles que le dépistage des maladies chroniques dans des lieux décentralisés, la promotion de l'éducation thérapeutique, et la sensibilisation aux risques sanitaires.

En renforçant leurs actions de prévention, les établissements de santé bretons contribuent non seulement à l'amélioration de la santé publique, mais aussi à la réduction des inégalités sociales de santé. La prévention devient ainsi un levier essentiel pour alléger la pression sur le système de soins et pour promouvoir une meilleure qualité de vie pour l'ensemble de la population.

### **Des enjeux sociaux**

Les établissements hospitaliers, en tant qu'employeurs majeurs dans leurs territoires, jouent un rôle central non seulement dans la fourniture de soins, mais aussi en tant qu'acteurs sociaux. Leur influence dépasse largement le cadre de la santé, touchant à des aspects essentiels tels que l'emploi, l'inclusion sociale et l'égalité femme-homme. Ces dimensions sociales sont cruciales pour renforcer la cohésion sociale et contribuer au développement économique et social des territoires où ces établissements sont implantés.

Le secteur hospitalier est l'un des plus gros employeurs publics en France, avec des effectifs qui comptent plusieurs centaines de milliers de professionnels de santé et de personnel administratif. Il offre une diversité de métiers et d'opportunités professionnelles,

attirant une main-d'œuvre variée, allant des jeunes diplômés aux travailleurs expérimentés. Cependant, cette diversité pose des défis importants en termes d'inclusion et d'égalité des chances. Les hôpitaux doivent veiller à ce que leurs pratiques de recrutement et de gestion des ressources humaines soient équitables et inclusives, afin de refléter la diversité de la population qu'ils servent. Cela implique de mettre en œuvre des politiques actives de non-discrimination, de promouvoir l'inclusion des personnes en situation de handicap, et de garantir l'accès à l'emploi pour tous, indépendamment de l'origine, du genre ou de l'âge.

L'égalité femme-homme est un autre enjeu majeur pour les établissements hospitaliers. Bien que les femmes représentent la majorité du personnel hospitalier, notamment dans les professions de santé et de soin, elles restent sous-représentées dans les postes de direction et de gestion. Cette disparité est un problème récurrent dans le secteur de la santé, malgré les progrès réalisés ces dernières années, grâce notamment à diverses nouvelles dispositions réglementaires. On peut citer par exemple l'obligation de mettre en œuvre un plan pluriannuel d'actions en faveur de l'égalité femme-homme, issu de la loi de transformation de la fonction publique de 2019, ou la loi du 19 juillet 2023 qui vise à renforcer l'accès des femmes aux responsabilités dans la fonction publique, notamment dans le corps des directeurs d'hôpital, mais aussi chez les managers médicaux. Les hôpitaux ont donc un rôle clé à jouer pour promouvoir l'égalité des sexes, tant au niveau des salaires que des opportunités de carrière. Cela peut passer par des politiques de promotion interne plus transparentes, des programmes de mentorat pour les femmes, et des mesures pour concilier vie professionnelle et vie personnelle, comme le développement de services de garde d'enfants ou des horaires de travail plus flexibles. Par ailleurs, la sensibilisation continue des équipes dirigeantes à l'importance de l'égalité femme-homme est essentielle pour intégrer ces valeurs dans la culture organisationnelle des établissements.

En matière d'inclusion sociale, les hôpitaux publics sont également en première ligne pour offrir des services accessibles à tous, en particulier aux populations les plus vulnérables. Cette mission d'inclusion dépasse le simple accès aux soins et englobe des initiatives pour réduire les inégalités sociales et économiques. Par exemple, les hôpitaux sont invités, soit par le versant réglementaire, soit sous l'impulsion du politique, à jouer un rôle de premier plan dans l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap ou des jeunes issus de quartiers défavorisés. Ils peuvent aussi s'impliquer dans des projets locaux visant à renforcer le tissu social, comme la participation à des initiatives de quartier ou la collaboration avec des associations locales pour améliorer la qualité de vie des habitants. Ces initiatives emportent enfin un bénéfice réciproque en ce qu'elles permettent d'enrichir un spectre potentiel de recrutement en période où le marché est en forte tension.

Le développement de ces enjeux sociaux au sein des hôpitaux contribue non seulement à l'amélioration de la qualité de vie au travail pour les agents, mais aussi à la création d'un environnement plus équitable et inclusif pour l'ensemble de la communauté. C'est un rôle sur lequel ils sont attendus, même s'il ne constitue pas le cœur de leur activité.

### **Les enjeux de transition écologique**

Les établissements de santé, en tant que grands consommateurs d'énergie et producteurs de déchets, sont en première ligne face aux défis de la transition écologique. Les obligations légales qui leur sont imposées témoignent de l'importance de leur rôle dans la lutte contre le changement climatique et la préservation de la biodiversité. Ces exigences, renforcées par une législation de plus en plus stricte, couvrent des domaines variés tels que la réduction des émissions de gaz à effet de serre, la gestion des déchets, la consommation énergétique, et la durabilité des achats.

Le cadre réglementaire en matière de transition écologique impose aux hôpitaux de revoir en profondeur leurs pratiques. Depuis la loi Climat et Résilience de 2021, les établissements de santé sont tenus de respecter des objectifs précis, notamment en matière de réduction des déchets plastiques et d'amélioration de l'efficacité énergétique. Par exemple, l'obligation de supprimer les bouteilles d'eau en plastique et d'adopter des contenants réutilisables pour la restauration collective est entrée en vigueur dès janvier 2023. De plus, les hôpitaux doivent désormais inclure dans leurs projets des plans de sobriété énergétique, comme le précise le dispositif Éco Énergie Tertiaires, issu du décret tertiaire et de la loi Élan, qui vise notamment à réduire la consommation d'énergie de 40 % d'ici 2030.

Cependant, la mise en œuvre de ces obligations se heurte à des difficultés significatives. Le manque de financement, la complexité des infrastructures hospitalières, et la nécessité de maintenir un haut niveau de soin tout en réduisant les coûts énergétiques constituent des défis de taille. La gestion des déchets, par exemple, est une problématique majeure pour les hôpitaux. La loi impose depuis 2023 un tri obligatoire des biodéchets, mais les capacités de traitement et de valorisation de ces déchets ne sont pas encore complètement dimensionnées pour tenir cet objectif. De même, la réduction des émissions de gaz à effet de serre est un objectif difficile à atteindre, en particulier pour les hôpitaux anciens dont les bâtiments sont mal isolés et énergivores.

Ces enjeux environnementaux sont devenus une préoccupation majeure dans le secteur de la santé, comme en témoigne la forte présence du sujet dans les médias spécialisés. Sur le premier semestre 2024, c'est en moyenne un article tous les cinq jours consacrés à ce sujet qui sont publiés à la fois sur *HOSPIMEDIA* et *APM*, deux publications de référence dans le domaine. Cette couverture médiatique soutenue reflète l'importance croissante de

ces enjeux pour les acteurs du secteur, qui doivent s'adapter rapidement à un cadre réglementaire en constante évolution tout en répondant aux attentes sociétales.

Face à ces défis, certains établissements ont développé des initiatives innovantes pour respecter les obligations écologiques tout en optimisant leur fonctionnement. Par exemple, plusieurs hôpitaux, comme le CHU de Lille et les Hospices Civils de Lyon, ont mis en place des plans de progrès énergétique qui ont permis de réduire considérablement leur consommation d'énergie grâce à des investissements dans des technologies plus efficaces, telles que les chaudières à bois et le remplacement des luminaires par des LED (ANAP, 2023). De même, des initiatives visant à réduire le gaspillage alimentaire et à promouvoir des produits durables ont été lancées dans divers établissements, même si ces efforts restent souvent freinés par des contraintes budgétaires et logistiques (DEBACKER, P, 2024).

La transition écologique dans le secteur hospitalier ne se limite pas à la gestion énergétique et des déchets. Elle inclut également une réflexion sur la durabilité des achats, notamment en matière de restauration. Les hôpitaux sont désormais contraints de respecter des critères stricts en matière de produits alimentaires, avec une obligation de 50 % de produits durables dont 20 % biologiques pour les repas servis (FHF, 2023). Cette transition vers une alimentation plus durable est un exemple de la manière dont les hôpitaux peuvent contribuer à la préservation de la biodiversité tout en améliorant la qualité des soins offerts aux patients.

Les enjeux de transition écologique dans le secteur hospitalier sont enfin devenus incontournables car ils se télescopent avec les enjeux d'attractivité et de fidélisation. La part des agents pour lesquels la politique environnementale d'un établissement de santé est un facteur de stabilité, ou de mobilité, ne cesse de croître. Elle atteint 10% selon les dernières études (DARES, 2023). Une mobilisation institutionnelle est donc nécessaire pour intégrer ces nouvelles pratiques dans le quotidien des établissements. Si la route est encore longue, les initiatives déjà mises en place montrent que des progrès significatifs sont possibles, pour peu que les hôpitaux disposent des moyens nécessaires pour mener à bien cette transition.

Ainsi, les établissements hospitaliers se trouvent à la croisée des enjeux financiers, sociaux, et environnementaux. Leur capacité à équilibrer ces différentes dimensions tout en répondant aux besoins de santé de leur territoire constitue un défi majeur pour l'avenir. Cela est rendu particulièrement complexe pour un bon nombre d'entre eux, comme le centre hospitalier de Landerneau, dont la situation financière particulièrement dégradée

obère les capacités à investir. C'est dans ce contexte que s'inscrit le projet de mutualisation de cuisine hospitalière des centres hospitaliers de Landerneau et de Lesneven, illustrant la nécessité d'inventer de nouveaux leviers pour investir et innover, afin de concilier efficacité économique, qualité des soins, et responsabilité sociale et environnementale.

## **2 L'exemple du projet de mutualisation de cuisine hospitalière au Centre hospitalier de Landerneau : identifier des leviers pour investir et innover**

### **2.1 Présentation du projet de cuisine commune**

#### **2.1.1 Les structures impliquées**

Le centre hospitalier de Landerneau dispose de 474 lits et places. Il propose des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. Il est également titulaire d'une activité de soins médicaux de réadaptation (SMR) et d'un secteur de psychiatrie. Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est enfin adossé à la structure. Il fait partie du GHT BO, dont le CHU de Brest est l'établissement support et avec lequel il est en direction commune depuis 2010.

Le centre hospitalier de Lesneven, situé à 20 kilomètres du centre hospitalier de Landerneau et à 30 du CHU de Brest, dispose quant à lui de 331 lits et places sur trois sites : TY MAUDEZ, DORGUEN, et CLEUSMEUR. Labellisé hôpital de proximité, son activité s'articule autour de la médecine (15 lits), le moyen séjour (33 lits) et l'hébergement (EHPAD, 256 lits). De même que le CH de Landerneau, le CH de Lesneven fait partie du GHT BO et en direction commune avec le CHU depuis 2011.

La direction de Brest est représentée par une même équipe dédiée au sein des deux établissements. Celle-ci comprend une directrice déléguée, une directrice des ressources humaines et une directrice sur la direction des services économiques et logistiques (DSEL). D'autres directeurs, dont l'affectation principale est au CHU, sont également en responsabilité sur ces deux établissements, comme en qualité, gestion des risques ou sur les systèmes d'information, mais leur temps de présence sur ces établissements est bien plus limité.

Cette architecture managériale s'est diffusée au fil du temps à l'encadrement des fonctions supports et plusieurs agents de catégorie A sont aujourd'hui à temps partagé entre Landerneau et Lesneven.

## 2.1.2 La genèse du projet

Le projet de cuisine commune prend son origine d'un autre projet architectural du CH de Lesneven. En effet, en 2021, l'établissement initie un projet de démolition reconstruction du site du DORGUEN. Outre un EHPAD, ce site héberge aussi le service de restauration de l'établissement. Tant les locaux que les équipements sont vétustes et la direction s'interroge sur l'opportunité de reconstruire la cuisine à l'identique ou de revoir l'organisation. Le montage financier reposant essentiellement sur la perspective de lits d'EHPAD correspondant aux besoins d'aujourd'hui, la première option ne va pas de soi d'autant que l'investissement serait conséquent.

En parallèle, il se trouve que l'outil de production culinaire du CH de Landerneau est également vétuste tant en termes de locaux que d'équipements, et l'on estime alors que des travaux devront être engagés nécessairement dans les trois ans à venir pour maintenir la capacité de production. De plus, au-delà de l'arrêt pour défaillance de l'équipement, la vétusté expose également à court terme les deux UPC à des risques de non-respect des normes d'hygiène, de fermeture administrative par la direction départementale de protection des populations (DDPP), ou pire d'un accident pour l'utilisateur voire un professionnel.

Les services de restauration de Landerneau et Lesneven produisent annuellement respectivement 383 000 et 250 000 repas, soit un total de 633 000 repas ce qui correspond environ 2400 repas/jour.

En octobre 2021, une étude d'opportunité est donc lancée pour identifier une solution aux besoins et aux capacités financières des deux établissements et les aider à la prise de décision. L'ambition était d'établir un état des lieux documenté et objectif des deux unités de production culinaire (UPC) sur les plans techniques, fonctionnels, organisationnels, économiques et sociaux et de produire une étude de faisabilité pour 4 scénarios :

1. Reconstruction des deux UPC sur chaque site ;
2. Reconstruction d'une UPC sur un des deux sites pour les deux CH et création d'une cuisine relais ;
3. Reconstruction d'une UPC pour les deux CH sur un nouveau site et création de deux cuisine relais ;
  - 3.bis Intégration de la prestation restauration du CH de Morlaix, aujourd'hui externalisée
4. Externalisation de la prestation.

Dès la consultation, la direction intègre une dimension stratégique au projet, dépassant ainsi la seule question de palier à l'obsolescence annoncée des deux outils de production et au risque de rupture de la continuité de service. En premier lieu, le projet devra donc

converger avec les trois valeurs phares des deux établissements : exceller, simplifier et se transformer. De façon plus précise, la restauration des deux hôpitaux sera ainsi résolument tournée vers les solutions innovantes, prenant en compte l'expérience usager, et s'adaptant pour être à la fois agile, attractive et responsable.

En mars 2022, suite à la mise en liquidation du lauréat de l'étude de faisabilité, une nouvelle consultation est lancée. Au dernier trimestre de la même année, la société retenue, SENES SOLUTION, restitue son étude à la direction. La synthèse générale du diagnostic fait alors état de plusieurs atouts pour les deux UCP, notamment sur les qualités nutritionnelles de la production, le niveau de productivité et le faible taux d'absentéisme. Elle confirme et objective en revanche un besoin d'investissement important tant sur le plan de la vétusté et de l'inadaptation des locaux que sur celui des équipements, en fin de vie.

L'étude des différents scénarios balaie un éventail assez large de dimensions du projet :

- Impact sur les organisations de travail
- Qualité nutritionnelle
- Equilibre économique
- Logistique, notamment de distribution
- Montant des investissements induits (locaux et matériels)

Suite à la restitution, la société de conseil est mandatée pour étudier un cinquième scénario. Celui-ci s'intéresse à l'internalisation de la prestation de production et de distribution de repas par la cuisine centrale du CHU de Brest, dans une approche territoriale. L'augmentation de production de cette dernière de 2500 repas/jour nécessiterait d'importants investissements. Or, la cuisine de Brest a elle-même près de trente ans. La société de conseil propose alors de doubler l'approche du scénario « territorial » en intégrant en variante la restauration du CH de Morlaix, actuellement externalisée, et en proposant la construction de deux UPC spécialisées, l'une gériatrique, l'autre pour le court séjour.

L'analyse en juin 2023 par la direction de l'ensemble des études a permis d'écarter les scénarios 1, 3bis, 4 et 5 et 5bis, et de retenir les scénarios 2 et 3.

Scénarios	Raisons de non-pertinence
<b>Scénario 1 : Reconstruction de 2 cuisines</b>	- Soutenabilité financière des CH incertaine - Difficultés accentuées par le contexte inflationniste - Incertitude sur la capacité d'emprunt
<b>Scénario 3 bis : Cuisine neuve de 4500 repas/j</b>	- Impacts financiers défavorables en exploitation et investissement - Besoin de +26 ETP dans un contexte de pénurie - Investissement ne couvrant pas les coûts d'achat de terrain et locaux professionnels - Projet le plus défavorable en termes de transport et d'émissions de GES

<b>Scénario 4 : Externalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapport coûts/qualité défavorable</li> <li>- Faible satisfaction des patients, résidents et professionnels</li> <li>- Gestion RH complexe (coût des reclassements, gestion de l'impact indirect de l'externalisation)</li> </ul>
<b>Scénario 5 : Cuisine neuve de 9500 repas/j</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les nouvelles constructions se font sur des volumes plus restreints</li> <li>- Contraintes réglementaires accrues avec coûts et délais associés</li> <li>- Contraintes logistiques importantes</li> <li>- Risques majeurs pour le plan de continuité</li> </ul>
<b>Scénario 5 bis : Orientation deux UPC MCO + long séjour</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risque de perte de qualité pour le court séjour</li> <li>- Nécessité d'une unité relais sur Morvan ou double transport</li> <li>- Coûts globaux de transport élevés</li> <li>- Impact environnemental négatif</li> </ul>

Le scénario 2 *\_une nouvelle UPC sur un des deux sites\_* étant évalué comme plus efficient que le scénario 3 *\_une nouvelle UPC sur un nouveau site\_* tant sur l'investissement que l'exploitation, la direction a ensuite lancé une consultation pour une étude de faisabilité d'assistance à maîtrise d'ouvrage technique (AMOT) dans le but de valider la possibilité de faire évoluer la cuisine de Landerneau en vue de lui permettre de produire 2500 repas/jour. Deux contraintes majeures sont alors exprimées. La première imagine le maintien de l'activité durant la période de restructuration. La seconde est imposée par le projet de travaux de Lesneven. Le site du DORGUEN étant démoli pour être reconstruit, il est nécessaire de projeter une fin de travaux à horizons 2026.

Suivant la temporalité propre aux marchés publics, la société retenue, PROCESS CUISINE, démarre son étude en novembre 2023 et la restitue en mars 2024 à la direction. Celle-ci conclue à la validation de l'hypothèse. L'UPC de Landerneau, après restructuration, serait capable de produire 2600 repas/jours, ce qui laisse une marge pour une potentielle croissance d'activité. Elle décrit également un processus de phasage en sept temps pour limiter le recours à des modulaires de location et les arrêts de production. Elle envisage aussi une organisation qui évite de créer une cuisine relais sur l'établissement de Lesneven. Enfin, elle propose une première estimation du coût des travaux à hauteur de 5,8 millions d'euros TTC.

### **2.1.3 Les implications du projet au niveau des ressources humaines**

Même si à ce stade, la direction générale n'avait pas encore donné de décision quant à la mise en œuvre du projet, le devenir des services de restauration préoccupe depuis déjà un moment leurs agents, laissés dans l'expectative.

Pour y exercer, ils ont bien conscience de la vétusté des locaux et des équipements. La situation financière des établissements est également connue. A quelques kilomètres de là,

le Centre hospitalier des Pays de Morlaix a procédé à l'externalisation de son processus de restauration en deux temps. Confronté aux mêmes problématiques de vétusté, leur cuisine a été contaminée à la listéria en 2014. Elle a alors décidé d'externaliser sa production froide. En 2018, malgré des travaux entrepris, la direction de Morlaix décide d'externaliser également la production chaude. L'ensemble de ces éléments conduisent à placer les professionnels dans un climat d'incertitude.

Enfin, cette inquiétude se fait plus aigüe encore pour les professionnels de la cuisine de Lesneven. En effet, le projet de démolition reconstruction du DORGUEN s'accélère, et la première pierre est prévue d'être posée avant l'été 2024. Même si le phasage a prévu la construction préalable du nouvel EHPAD avant la démolition de l'ancien où se trouve la cuisine, les professionnels appréhendent maintenant de façon très concrète la fin prochaine de leur activité sans que de réelles perspectives leur aient été annoncées.

En l'état actuel des organisations, 24,89 ETP professionnels travaillent à la cuisine de Lanterneau et 12,51 ETP travaillent à la cuisine de Lesneven.

## **2.2 Dimensions juridiques et financières**

### **2.2.1 Le cadrage juridique du projet**

Le projet présente la spécificité de combiner un projet de travaux avec un projet de mutualisation. Cela implique un investissement puis une exploitation en commun, avec une incidence sur l'organisation de travail.

Au regard de l'ajout début 2023 de l'étude du cinquième scénario où le CHU réaliserait la prestation pour les autres centres hospitaliers, le GHT avait décidé de faire procéder à une étude des modes de coopération possibles. La note juridique ainsi produite commençait par écarter d'emblée de prendre appui sur le GHT. En effet, ce dernier, dépourvu de personnalité morale, n'affranchit donc pas les établissements qui le composent des règles de la commande publique. Il paraît utile de rappeler ici que la Cour des comptes avait publié en 2020 un rapport sur les bénéfices induits par la mise en œuvre des GHT. Ce dernier pointait parmi les freins qui ne leur avaient pas permis de produire leurs pleins effets l'absence de personnalité morale. Cette absence, selon la Cour des comptes, ne permet pas l'agilité des coopérations, mais est de surcroît consommatrice de ressources. Capitalisant sur ce constat, la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite "loi VALLETOUX", est venue proposer aux GHT cette possibilité, de deux manières possibles. La première est de fusionner l'ensemble des établissements du territoire, la seconde de créer un groupement de

coopération sanitaire (GCS) de moyens intégrant l'ensemble des établissements parties, à l'exclusion de tout autre membre. Le décret d'application organisant les conditions dans lesquels les GHT peuvent être dotés de la personnalité morale, ainsi que les modalités de conciliation des prérogatives respectives du groupement et des établissements parties n'a toujours pas paru au 27 août 2024. Cela n'a pas empêché certains GHT, comme le GHT « Cœur Grand Est », de s'engager dans la démarche, notamment dans une perspective de réalisation d'investissements stratégiques (LANG G., 2024).

L'étude détaillait ensuite les différentes possibilités par laquelle la cuisine centrale de Brest pouvait prester. La logique des marchés publics a été écartée sur le principe de non indépendance du pouvoir adjudicateur, la quasi-régie sur celui de l'absence de contrôle analogue et la coopération public-public du fait de la non réalisation conjointe.

De fait, la note juridique concluait par l'obligation de création d'une structure dédiée sous forme de GCS ou de groupement d'intérêt public (GIP). Cette solution impliquait de nouvelles contraintes (objet et gouvernance, clé de répartition à définir, gestion de personnels et/ou matériels mis à disposition, ingénierie administrative) mais permettait surtout de réaliser et d'exploiter une cuisine pour tous, de porter le financement et de sécuriser la coopération. Cette conclusion était assortie d'un comparatif des deux cadres juridiques, restitué ci-après.

GCS de Moyens	GIP
<b>Caractéristiques générales</b>	
Développer ou améliorer l'activité (à but non lucratif) de ses membres	Mise en commun de moyens pour exercer une activité d'intérêt général à but non lucratif
Ne peut prester que pour ses membres	Peut prester pour des clients extérieurs dans la limite de 20 % de son activité globale (régime du « in-house »)
Personne morale de droit public si constitué exclusivement de personnes morales de droit public  Si personnes morales de droits public et privé : nature juridique fixé dans la convention constitutive	Personne morale de droit public... soumis aux règles de la commande publique
Autonomie financière et administrative	
<b>Fonctionnement - Financement – régime comptable – régime du personnel</b>	
AG – Exécutif – Administrateur +/- comité restreint	AG – Président – Exécutif – Directeur +/- CA +/- organes de gouvernance intermédiaires et consultatifs
Dispositions applicables moins souples que le GIP	Organisation libre pour administration – organisation et représentation
Constitution avec ou sans capital  Financement exclusif par les contributions financières ou en nature (MàD locaux – personnels – matériels) des membres	Constitution avec ou sans capital  Financement par contributions financières - MàD (locaux – personnels – matériels) - subventions  - produits de biens propres – rémunération des prestations - emprunts ou autres - dons et legs

Régime comptable selon nature juridique	Comptabilité publique si GIP assure principalement une mission de service public administratif
Mise à disposition de personnels des membres possible	Mise à disposition de personnels des membres

C'est au moment où le scénario 2, privilégié, devait être approfondi que j'ai démarré mon stage au centre hospitalier de Landerneau. La détermination du modèle juridique à retenir pour une nouvelle UPC mutualisée entre les deux établissements de Landerneau et de Lesneven figuraient parmi les différentes missions que je me suis vu confiées.

Deux points de vigilance particuliers ont été portés à mon attention. Le premier était d'étudier la possibilité de prester pour un tiers. La cuisine de Lesneven propose en effet des plateaux-repas à une société d'aide à domicile qui réalise ensuite du portage. Le souhait de la direction déléguée étant de pouvoir maintenir voire d'accroître le portage à domicile. Le second point était de définir les points de passages obligés de création d'une nouvelle structure juridique, séquencés dans le temps, afin de mesurer la compatibilité avec le chantier du DORGUEN et la démolition programmée de la cuisine de Lesneven.

La reprise des éléments produits dans l'étude du cabinet d'avocat, associée à la lecture de fiches éditées par le ministère de l'économie et à un entretien téléphonique avec un expert du sujet, par ailleurs intervenant à l'EHESP, ont permis de retenir la solution du GIP. Ce mode de coopération satisfaisait en effet le premier critère et l'élaboration d'une convention constitutive a minima semblait possible dans un délai court, considérant que les parties prenantes de chaque établissement membre étaient la même personne.

La convention constitutive devant intégrer les comptes prévisionnels sur trois ans du groupement, je me suis donc attelé ensuite à l'élaboration du modèle financier du projet.

## 2.2.2 Le modèle financier du projet

L'étude réalisée par la société SENES SOLUTION en novembre 2022 intégrait déjà un coût de repas pour chaque scénario. Il semble opportun de signaler toutefois que les coûts de travaux et d'équipement, tout comme les gains de main d'œuvre ne pouvaient être qu'indicatifs dans la mesure où il s'agissait avant tout de discriminer parmi cinq scénarios. En tout état de cause, la société avait conclu pour le scénario 2 a un coût de repas à 5.38€, contre alors respectivement 5.14€ et 4.83€ pour Landerneau et Lesneven.

Par ailleurs, les prix des denrées alimentaires ont été marqués depuis cette étude par une forte inflation. Dans une moindre mesure, les frais de personnel ont également suivi sur la période une tendance haussière.

Avec le concours des deux agents en charge des affaires financières et du contrôle de gestion sur les deux établissements, nous avons donc procédé à une réévaluation globale de l'économie du projet, en intégrant la projection de travaux et d'équipement réalisée par PROCESS CUISINE (travaux, équipement et AMOT pour un montant total de 8 587 k€).

Après échange avec la directrice en charge des services économiques et logistiques, en responsabilité sur les deux cuisines, nous avons revu à la baisse le gain en termes d'effectifs identifié par SENES. En effet, même s'il semblait encore prématuré de définir une organisation type en termes de métiers et d'équivalent temps plein (ETP), il nous a semblé pertinent d'ajouter de nouvelles compétences à l'équipe dans la perspective d'un GIP avec des relations fournisseurs et clients à gérer.

Nous avons réactualisé le coût alimentaire des repas sur la base de notre compte financier 2023, et sommes allés plus loin que SENES en intégrant l'ensemble des autres coûts annexes de production. Nous avons également retravaillé la masse salariale sur la base d'une structure humaine probable et de coûts moyens de janvier 2024. Enfin en adoptant la même logique d'actualisation aux taux d'emprunt pour l'investissement, nous sommes parvenus à ce compte d'exploitation pour le GIP :

Charges		Produits	
Charges de personnel	1 763 411 €	5 119 460 €	Activité
Autres charges	2 595 272 €		Subventions dotations
Charges financière et Amortissement	630 016 €		
Excédent	130 761 €		Déficit
Total équilibré	5 119 460 €	5 119 460 €	

Pour éprouver la soutenabilité du projet, nous nous sommes attachés à adopter les hypothèses les plus prudentes en termes d'activité et les plus pessimistes en termes de dépenses. Nous y avons ajouté enfin à l'équilibre du projet de 3% en sus du service de la dette pour garantir la capacité d'investissement courant.

Ces différentes hypothèses nous ont permis de projeter différents prix de repas, produits et vendus, en fonction du volume d'activité.

Nombre de repas	630 368	650 000
Coût du repas	7,91 €	7,77 €
Tarif du repas	8,12 €	7,97 €

Pour éclairer la décision, nous avons recalculé des prix de repas externalisés, en retraitant celui de l'étude de SENES solutions, notamment sur la base de l'inflation et des coûts moyens RH, mais également les données issues du rapport d'activité 2022 du syndicat inter hospitalier de logistique du Golfe du Morbihan (SILGOM). Ces derniers s'élèvent

respectivement à 8,30€ et 8,01€. La vente des repas, ressource du GIP, a ensuite permis de rendre visible l'impact de cette nouvelle organisation sur les budgets des établissements.

Impact CR Landerneau 61%		Impact CR Lesneven 35%	
Nombre de repas	382 434	Nombre de repas	217 982
Facturation repas	3 105 364 €	Facturation repas	1 770 014 €
Coût de production	2 975 071 €	Coût de prod.	1 498 014 €
Impact CR Landerneau (Δ)	130 293 €	Impact CR Lesneven (Δ)	272 000 €

La vente de repas à la société d'aide à domicile Amadeus a été extraite du compte d'exploitation de la cuisine de Lesneven. L'impact est significatif mais inférieur en volume au cumul de la marge d'investissement courant et du service de la dette. Ces impacts enfin prennent comme référentiel l'écart à *statu quo*, et non un scénario alternatif d'externalisation. Or, ce n'est pas une comparaison pertinente au regard des risques actuels liés à la vétusté des installations. Pour ces raisons, la reconstruction et la mutualisation de la cuisine centrale de Landerneau au profit des établissements de Landerneau et de Lesneven apparaît comme la seule option susceptible de satisfaire aux différentes attentes et besoins, dans la temporalité que nous impose le projet de reconstruction du DORGUEN.

C'est donc ce projet que la directrice de la DSEL des deux CH et moi-même sommes allés exposer à la direction générale. Si celle-ci avait auparavant exprimé des réserves quant ce type de montage, souhaitant privilégier à terme un recours à la personnalité morale du GHT. Convaincue à la fois par la solidité du dossier, l'urgence du besoin, mais aussi par la réversibilité du montage, elle a finalement levé ses réserves dans le courant du mois d'avril 2024.

## 2.3 Analyse des dimensions managériales et organisationnelles

### 2.3.1 Mobilisation des parties prenantes

Forts de cette décision, nous avons alors décidé d'élargir le groupe projet au-delà des ressources strictement nécessaires à l'élaboration des différents scénarios. L'idée, à ce stade était de pouvoir associer les différentes équipes parties prenantes de la production et de la distribution de repas.

Après avoir informé les équipes restauration de Landerneau et de Lesneven de l'orientation choisie, puis les différentes instances des établissements, nous avons constitué un groupe de travail commun dans le but d'élaborer un projet de service. Il est intéressant de souligner ici l'approche privilégiée par la directrice de la DSEL. Se saisissant d'une problématique de vétusté bâtiminaire et d'équipement, elle a souhaité que le projet soit pensé afin de

dépasser la seule maîtrise du risque de rupture de continuité dans la production et de distribution de repas pour réinterroger l'ensemble de l'écosystème à l'aune des enjeux internes *\_besoins des patients et des usagers, équilibre financier et QVCT\_* et externes de l'établissement *\_santé publique, responsabilité sociale et environnementale\_*.

Cet objectif transparait ainsi dans la méthode même de construire le projet de service. Intégrer les équipes de production à la dimension stratégique de leur activité dans une dynamique de management participatif est d'abord un levier de performance. Leur expertise issue et légitimée de leur pratique quotidienne des UPC paraît en effet comme indispensable, pour valider ou invalider des hypothèses formulées par d'autres experts. On peut penser à ceux précédemment associés comme les directeurs, les agents des finances, ou même l'assistant à maîtrise d'ouvrage. Ces derniers ont pensé la faisabilité du projet, *in abstracto*, en se focalisant sur leurs propres critères de validation. L'exercice du terrain permet, pour peu qu'il soit sollicité comme ici, d'apprécier chaque hypothèse séparément, mais surtout chaque combinaison, dans une logique opérationnelle. Au-delà, le management participatif va répondre à l'un des trois enjeux internes décrits plus haut : promouvoir la qualité de vie et des conditions de travail pour favoriser l'attractivité et la fidélisation des professionnels. Enfin, il y a également un enjeu spécifique à la question de la mutualisation. Aujourd'hui les deux équipes de restauration n'ont aucune interaction entre elles. Il semble donc indispensable de créer par le biais de ce groupe de travail les premiers éléments concrets d'une culture commune qu'il faudra s'attacher de développer tout au long des prochains mois.

Un premier groupe de travail de 22 personnes associant des représentants volontaires pour de la cuisine de chaque établissement, responsables et titulaires de chaque métier, des agents des services de soins, des diététiciennes des responsables logistiques, la directrice des ressources humaines et des membres des comités de liaison pour l'alimentation et la nutrition (CLAN). La première réunion de ce groupe s'est tenue le 11 juin et a été animée par la directrice de la DSEL et moi-même. Elle fut constituée de trois temps : une phase d'interconnaissance, suivie d'une présentation du contexte, du calendrier, des enjeux, et des attendus du projet et enfin une phase créative en ateliers.

La demande faite par la direction au groupe de travail était de répondre aux différentes questions qui constitue la trame de toute politique de service :

- Que cuisiner ?
- Pour qui ?
- Pourquoi ?
- Avec qui ?
- Comment ?

Partager le cadre posé par la description du contexte (vétusté des locaux et impératif de transformation d'ici à la livraison du chantier du DORGUEN), tout comme le rappel des enjeux généraux liés à la production de repas en milieu hospitalier (alimentation de qualité adaptée aux besoins spécifique des usagers, respect des normes d'hygiène et de sécurité alimentaire, efficacité, performance logistique des circuits de distribution, amélioration du confort et de la prise en soins par le repas) a permis ensuite de favoriser une expression libre et créative, mais orientée.

Les ateliers sur cette première réunion se sont déroulés en deux temps. Un premier moment très ouvert, sous la forme de brainstorming, pour répondre aux questions des attendus. Une fois collectés et regroupés par thème, des groupes hétérogènes en métier et en établissement se sont attachés à développer des idées d'actions, ou simplement des pistes de réflexion pour prolonger la thématique.

Ce travail collectif prospectif a dégagé quatre champs exploratoires à l'issue de la réunion :

1. Convivialité et individualisation
2. Denrées et cuisine responsable
3. Modernisation des locaux et équipements
4. Organisation du travail

Il est intéressant de remarquer que malgré mes efforts pour équilibrer les temps de paroles, celle-ci n'a pas pu se distribuer de manière égale. Si l'on considère que le volontariat induit la volonté de participer activement aux travaux du groupe, on peut émettre l'hypothèse que la confrontation au groupe, ou à certaines individualités dans le groupe a pu conduire à une mise en retrait ou de l'autocensure. Sans surprise, j'ai pu ainsi observer que la parole s'est plus volontiers répartie entre personnes qui ont l'habitude de s'exprimer en public et qui ont également l'habitude d'être écoutés : directrices, médecin, responsables de cuisine ou logistique, diététiciennes. Parmi les agents de catégorie C, peu se sont finalement exprimés pour porter des sujets nouveaux. Pour autant, à l'issue de la réunion, l'objectif initial nous a semblé atteint, à la directrice de la DSEL et moi-même. Nous avons fait basculer un projet de restructuration d'un stade éthéré à une phase concrète de mise en œuvre dans laquelle tous étaient impliqués. Nous avons également donné la possibilité à chaque membre du groupe d'avoir une influence sur la stratégie, le cadre que nous avons au préalable partagé ayant permis une forme de convergence avec nos propres convictions.

### **2.3.2 Responsabilisation les parties prenantes**

Moins de deux semaines plus tard, le 24 juin, nous avons à nouveau convoqué le groupe de travail. Si nous nous étions assurés de l'appropriation des enjeux et du résultats des ateliers par la diffusion aux membres d'un compte rendu à J+1 de la précédente réunion, nous souhaitons également impulser un rythme soutenu au projet.

Volontairement succincts sur la descente d'information lors de la réunion du 11 juin pour faciliter la réception du message, il semblait à présent possible d'ajouter deux types de données nouvelles au groupe. La première concernait l'organisation prévisible des travaux et ses conséquences sur l'activité des deux cuisines. En effet, sur la base des travaux réalisés par la société PROCESS CUISINE lors de l'étude de faisabilité du scénario deux, et en collaboration avec le responsable des opérations des schémas directeurs immobiliers de la direction commune au CHU de Brest, nous étions parvenus à projeter une possible réception de chantier. Selon ces estimations, la relocation de l'activité de restauration de Lesneven semblait possible pour mars 2027 en mode dégradé, et pour juillet 2028 en pleine opérationnalité. Or, le déménagement des résidents du DORGUEN est prévu de son côté en octobre 2026.

Le partage de ce constat avec le groupe de travail est de première importance. Il lui permet d'intégrer l'enjeu de la phase transitoire de travaux dans la structure même du projet de service. Il ne s'agit plus seulement de penser et construire une nouvelle organisation de travail, dans des locaux réhabilités et avec de nouveaux équipements, mais également de composer avec de nouvelles contraintes. L'avant-projet de travaux exprime en effet deux nouvelles informations :

- Avant d'exercer sur l'outil qu'on leur demande de rêver, ils devront exercer dans un environnement plus dégradé qu'aujourd'hui. Cette difficulté est inhérente aux chantiers réalisés dans un contexte de maintien d'activité ;
- Leur projet de travaux s'intègre dans un schéma directeur immobilier plus large. Le déménagement des résidents six mois avant la relocalisation de la cuisine de Lesneven pose problème.

En conséquence, le groupe sera donc invité à réfléchir aux organisations transitoires permettant de réduire de 6 mois la durée du chantier de nouvelle cuisine. Il paraît utile de signaler ici que cette difficulté risque de distraire, au moins partiellement, le groupe de son objectif initial. C'est d'autant plus regrettable que c'est une situation qui aurait pu être évitée si les pilotes du projet *\_la directrice de la DSEL et moi-même\_* avions pu convaincre plus vite la direction générale du bienfondé du projet. Mobilisés par ailleurs sur d'autres projets, nous n'avions six mois plus tôt pas encore une connaissance très fine de la durée du chantier, des différentes étapes réglementaires (consultations, dépôts de permis...). C'est un enjeu fort qui vient se superposer aux autres pour le groupe. D'abord parce qu'il va s'imposer à eux assez vite ; ensuite parce que l'absence de solution organisationnelle peut entraîner des conséquences importantes en termes financiers, comme le recours à une prestation externe temporaire, ou en termes sociaux, comme la prise de congés imposées, ou la mobilité temporaire des personnels la cuisine en fonction des besoins, soit sur d'autres métiers, soit en mise à disposition sur d'autres sites.

La seconde communication que nous souhaitons faire au groupe concernait deux fenêtres d'opportunité. Il s'agit de deux programmes dédiés à l'alimentation de restauration collective baptisés « plus de bio dans l'assiette de nos aînés » et « nourrir ses plaisirs ». « Nourrir ses plaisirs » est la déclinaison par plusieurs collectivités locales du bassin d'un dispositif interministériel visant promouvoir la santé, l'environnement et le lien social par l'alimentation dans les restaurants scolaires. Devant le succès rencontré, le dispositif s'ouvre aujourd'hui à l'alimentation en EHPAD relevant des collectivités. Les centres hospitaliers de Landerneau et Lesneven ont été conviés à s'inscrire dans le dispositif. Il s'agit en premier lieu d'un cycle de formations dont les thèmes résonnent à ce stade avec les premières idées émises par le groupe (« personnes âgées, convives singuliers », « nourrir, un soin transversal »...). « Plus de bio dans l'assiette de nos aînés » est un programme financé par le plan national de l'alimentation (PNA) 2023-2024, qui vise à accompagner au développement des approvisionnements bio pour les réorienter vers une nouvelle offre alimentaire adaptée aux besoins des séniors. Trois structures hospitalières ont été retenues au niveau national dont le CHU de Brest qui a accepté d'intégrer les CH de Landerneau et Lesneven.

Bien qu'encore dans la phase divergente que nous allons prolonger par les ateliers à suivre, nous voulions d'ores et déjà poser des jalons, contraintes ou ressources, pour maintenir le projet dans un cadre pragmatique.

Les ateliers ont permis de développer encore le détail des quatre thématiques rassemblant au total 19 pistes, puis de baptiser le projet (« les toqués de demain »).

Le mois d'août a été ensuite mis à profit pour formaliser une version martyre du projet de service, sur la base des derniers travaux. Une réunion est fixée en septembre pour présenter et amender cette version pour obtenir à la finalisation d'un document opérationnel à la réunion du mois suivant.

Bien que la restructuration et la mutualisation de la cuisine restent encore à organiser à la fin de mon stage, il m'a été possible d'apprécier la complexité de ce type de projet, tant par la diversité des compétences qu'il mobilise que par la façon dont l'environnement extérieur interagit avec lui. Cette complexité m'apparaît aujourd'hui comme exemplaire des sujets qu'ont à traiter les directeurs d'hôpital.



### **3 Orchestrer aujourd'hui les projets de transformation, entre concentration et attention**

De ce qu'il m'a été donné d'observer, il semble possible d'identifier des choix ou des dysfonctionnements qui réduisent la performance de la réalisation du projet. En s'attachant à leur origine, il sera alors possible de proposer plusieurs recommandations qui ajoutées à ce qui fonctionne déjà très bien au CH de Landerneau pourra constituer un outil simple, mobilisable selon les besoins dans mon futur exercice professionnel.

#### **3.1 La direction du centre hospitalier de Landerneau a développé des savoir-faire indispensables à la transformation**

##### **3.1.1 Une tension entretenue entre concentration et attention**

Il y a 25 ans, deux chercheurs en psychologie cognitive ont mis en œuvre un test spectaculaire pour illustrer les limites de nos capacités attentionnelles lorsque que nous sommes concentrés sur une tâche complexe (Chabris, Simons, 1999).

Au cours de mon stage professionnel, mais également de mon expérience antérieure, j'ai observé les projets complexes et à enjeu s'enchaîner à un rythme soutenu, dans un environnement où les aléas imposent également des réponses rapides et précises. Cette cécité d'inattention est ainsi un risque majeur auquel est exposé le directeur d'hôpital.

Il est pourtant possible de lutter contre cette inclination naturelle, lorsqu'elle est connue. Les arts martiaux japonais ont identifié de longue date ce risque. Ils ont donc développé, en prenant appui sur le bouddhisme zen une méthode pour le prévenir. Le Zanchin est ainsi une attitude qui crée un état de tension entre ces deux postures a priori incompatibles *\_concentration et attention\_* et qui prend la forme d'un état de vigilance active associé à un état de concentration qui peut ne pas encore être précisément orienté.

Au cœur même de nos organisations hospitalières, les directions qualité et la gestion des risques, accompagnent les professionnels de santé sur les risques et les moyens de prévenir l'« effet tunnel ». Ce dernier fait référence à une situation où les acteurs se concentrent tellement sur un aspect particulier d'un problème ou d'un processus qu'ils perdent de vue le contexte global. Cela peut entraîner des décisions sous-optimales ou des erreurs, car les informations périphériques, pourtant cruciales pour une prise de décision éclairée, sont négligées. Cet effet est particulièrement problématique dans les situations de crise ou dans des environnements complexes où une vision d'ensemble est essentielle pour gérer les risques efficacement (J. Reason, 1990).

Les professionnels de santé ne sont pas les seuls à être exposés à ce risque à l'hôpital. La complexité des sujets à traiter, la hauteur des enjeux et la nécessité d'agir promptement, parfois en situation de crise représentent, de ce que j'ai pu observer, la réalité quotidienne de l'exercice professionnel du directeur d'hôpital.

J'ai ainsi été témoin, dans l'équipe de direction de Landerneau, de l'attitude de disponibilité mentale, équilibrée entre concentration sur les risques immédiats et attention aux enjeux de long terme qui lui donne sa légitimité dans son environnement. C'est alors que dès que le risque de l'obsolescence à venir des cuisines des deux établissements s'est manifesté, l'équipe de direction s'est attachée à projeter dans les différents scénarios de résolution l'opportunité d'avancer sur des questions qui dépassent la seule activité de production de repas.

### **3.1.2 L'aptitude à identifier des solutions de financement**

On l'a vu, la situation financière de l'établissement est particulièrement délicate. Cette situation, difficile depuis plusieurs années, s'est aggravée en sortie de COVID. Paradoxalement, cet environnement contraint a permis au centre hospitalier de Landerneau, et notamment son équipe de direction de développer une véritable compétence à identifier des sources de financement alternatives.

Concernant le projet de cuisine centrale commune entre les deux CH, la direction imagine le recours à une structure de coopération, le GIP, pour dépasser la question de l'incapacité à contracter des emprunts en propre. En isolant l'activité de restauration de l'ensemble des activités hospitalières, il a été possible d'identifier un point d'équilibre budgétaire qui la rend susceptible d'être financée.

Au-delà de cette attention à ce que certains cadres juridiques autorisent, la direction, et plus particulièrement la directrice des services économiques et logistiques, s'est affirmée comme experte dans l'obtention de crédits par le biais des appels à projets. Pendant mon stage, j'ai été témoin, ou ai participé, à un nombre conséquent de candidatures à divers appels à projets. Cette démarche proactive a conduit l'établissement à remporter plusieurs financements, notamment dans le cadre du projet de transformation des urgences et du déploiement de l'e-santé sur le territoire. Ces appels à projets, souvent lancés par les agences régionales de santé (ARS), des fonds européens, ou encore des fondations, constituent des opportunités essentielles pour pallier le manque de ressources internes.

La participation active à ces appels à projets est devenue une stratégie centrale pour le Centre hospitalier de Landerneau. Cette démarche favorise non seulement la sécurisation des financements pour des projets spécifiques, mais aussi le renforcement de la visibilité et de la crédibilité de l'établissement au sein de l'écosystème régional et national de santé. L'intégration systématique des appels à projets dans la stratégie de financement a permis

à la direction d'obtenir des financements pour des projets structurants qui, sans ces ressources externes, auraient été reportés ou annulés.

Cette capacité à mobiliser des ressources externes via les appels à projets est renforcée par une veille constante des opportunités de financement et par une culture de réactivité et d'adaptabilité. Les équipes de direction ont su développer des processus efficaces pour identifier rapidement les appels pertinents, constituer des dossiers solides, et répondre aux critères de sélection de manière optimale. Cette compétence s'inscrit dans une logique de recherche permanente de financements innovants et de diversification des sources de revenus, essentielle pour assurer la pérennité de l'établissement dans un contexte financier difficile.

### **3.1.3 Le recours à l'intelligence collective**

L'intelligence collective est souvent citée comme un levier clé pour améliorer la performance organisationnelle, notamment dans le contexte hospitalier où les défis sont nombreux et complexes. En mobilisant l'intelligence collective, les organisations peuvent non seulement résoudre des problèmes complexes plus efficacement, mais aussi favoriser un engagement plus fort du collectif de travail, ce qui est crucial pour la réussite des projets de transformation. L'intelligence collective repose sur la capacité des membres d'une organisation à collaborer, à partager leurs connaissances et à co-crédier des solutions innovantes (Senge, 2006). Cette approche est particulièrement pertinente dans les établissements de santé où la diversité des métiers et des compétences constitue un atout majeur pour aborder les enjeux stratégiques et opérationnels.

Dans le cadre des hôpitaux, l'intelligence collective permet de traverser les barrières hiérarchiques traditionnelles pour créer un espace où chaque voix compte, favorisant ainsi des décisions plus inclusives et mieux informées. Comme le souligne l'étude de Woolley et al. (2010), les groupes dotés d'une forte intelligence collective obtiennent des résultats supérieurs dans les tâches nécessitant la prise de décision, la résolution de problèmes et l'innovation. Cela est d'autant plus pertinent dans un contexte hospitalier où les décisions peuvent avoir un impact direct sur la qualité des soins et le bien-être des patients.

Cependant, pour que l'intelligence collective soit pleinement efficace, il est essentiel de créer un environnement propice à l'échange d'idées et à la collaboration. Cela inclut des pratiques de gestion favorisant la transparence, la communication ouverte et le respect des différentes perspectives. Dans ce contexte, la directrice déléguée du Centre hospitalier de Landerneau et Lesneven a déjà expérimenté cette approche lors de projets antérieurs, mettant en avant l'importance de l'intelligence collective pour mener à bien des transformations institutionnelles.

En mobilisant l'intelligence collective *\_et donc les compétences à la fois de chacun et de tous\_*, le groupe de travail en charge du projet de restructuration de la cuisine hospitalière maximise ses chances d'élaborer les meilleures solutions, susceptibles de répondre à la fois aux enjeux stratégiques de l'établissement et aux besoins opérationnels quotidiens. Bien que ce levier soit puissant, son efficacité dépend également de la capacité des leaders à canaliser cette intelligence collective vers des objectifs clairs et partagés. L'engagement continu des équipes, soutenu par des pratiques de gestion adaptées, est donc indispensable pour que l'intelligence collective contribue de manière significative à la réussite des projets de transformation.

#### **3.1.4 Une culture développée du partenariat**

La capacité à mobiliser des ressources externes et à établir des partenariats stratégiques est un savoir-faire clé pour la direction de l'hôpital de Landerneau, particulièrement dans le cadre des projets de transformation. Cette compétence permet non seulement d'enrichir les projets avec des expertises et des ressources complémentaires, mais aussi de créer des synergies qui renforcent la résilience et l'innovation au sein de l'établissement. Elle la développe en premier lieu avec le CHU pour la permanence des soins ou l'organisation de filières spécifiques.

Landerneau et Lesneven disposent sur leur territoire d'un nombre important de lits d'EHPAD. La directrice de la DSEL est aussi en charge de la filière gériatrique. Elle développe depuis plusieurs années déjà une logique de parcours pour les personnes âgées, notamment avec les autres structures médico-sociales issues des collectivités, ou encore avec les professionnels du domicile. Cette culture du partenariat qu'elle a développé dans la filière gériatrique lui permet aujourd'hui d'envisager d'appréhender le projet de transformation de la cuisine dans la même dynamique.

L'intérêt de mobiliser des ressources externes et d'établir des partenariats est largement documenté dans la littérature. Par exemple, Gulati (1998) met en avant que les organisations qui cultivent des alliances stratégiques peuvent accéder à des ressources et des capacités qui leur seraient autrement inaccessibles, leur permettant ainsi d'innover et de s'adapter plus rapidement aux changements. Ces partenariats facilitent également le partage de risques et la diffusion des meilleures pratiques, augmentant ainsi la probabilité de succès des projets complexes.

Dans le cadre du projet de transformation de la cuisine, cette approche partenariale a déjà montré ses premiers succès. Grâce à son réseau, la directrice de la DSEL a pu ainsi accéder au programme "Nourrir ses plaisirs", qui a été décrit supra. Ce programme, centré sur l'amélioration de la qualité de l'alimentation pour les personnes âgées, illustre comment

la mobilisation de ressources externes peut enrichir et soutenir un projet stratégique en apportant des solutions innovantes et adaptées aux besoins spécifiques des usagers.

Par ailleurs, la vision partenariale de la direction ne se limite pas aux seules collaborations institutionnelles. Elle envisage également d'intégrer des résidents et des patients au projet de service, ce qui reflète une approche inclusive et participative. Cette démarche, en impliquant directement les bénéficiaires des services, permet de mieux répondre à leurs attentes et de renforcer l'adhésion au projet. Ainsi, l'intégration des parties prenantes, y compris les usagers, dans les processus de décision améliore significativement la pertinence et la durabilité des solutions mises en œuvre (Bessant, Caffyn, 1997).

En conclusion, la capacité à mobiliser des ressources externes et à établir des partenariats stratégiques constitue un levier fondamental pour la réussite des projets de transformation à l'hôpital de Landerneau. Elle permet de pallier les limitations internes en termes de ressources, d'enrichir les projets par des apports externes, et de construire des solutions plus robustes et innovantes en s'appuyant sur une dynamique collaborative.

### **3.1.5 Une intelligence collective dynamisée par la facilitation**

La facilitation est une approche méthodologique qui vise à structurer et à dynamiser les processus collaboratifs au sein des groupes de travail, en maximisant l'efficacité des échanges et la qualité des décisions prises. Elle repose sur l'utilisation de techniques spécifiques pour guider les discussions, maintenir l'engagement des participants, et permettre l'émergence de solutions créatives et collectives. Dans le cadre du projet de service "Les toqués de demain", les ateliers ont été animés en mobilisant ces techniques de facilitation, favorisant ainsi une intelligence collective dynamique et orientée vers des résultats concrets.

Si la facilitation ne produit pas en elle-même des solutions innovantes, elle est l'art de créer les conditions optimales pour que l'intelligence collective s'exprime pleinement. Selon Schwarz (2002), un bon facilitateur agit comme un guide neutre, aidant les participants à naviguer à travers les discussions, à surmonter les blocages, et à maintenir le focus sur les objectifs communs. Il s'agit d'un rôle essentiel, surtout dans des projets complexes où les enjeux sont multiples et les parties prenantes diverses.

Dans le projet "Les toqués de demain", la facilitation a permis de structurer les échanges autour de la définition des besoins, des objectifs, et des contraintes liés à la création d'une cuisine commune pour les établissements de Landerneau et Lesneven. Les techniques de facilitation utilisées ont aidé à clarifier les attentes des participants, à prioriser les idées et à résoudre les conflits potentiels. Par exemple, l'utilisation de techniques telle que le brainstorming structuré a permis d'explorer un large éventail de perspectives tout en maintenant un cadre de discussion orienté vers les résultats (Brown & Isaacs, 2005).

Les bénéfices de la facilitation sont nombreux. En plus de favoriser une participation équilibrée et inclusive, la facilitation améliore la qualité des décisions prises en permettant une meilleure prise en compte des différentes voix au sein du groupe. De plus, elle renforce l'engagement des participants en leur donnant un sentiment de propriété sur les solutions élaborées collectivement. Les groupes qui bénéficient d'une facilitation efficace sont non seulement plus productifs, mais aussi plus satisfaits des processus et des résultats (Kaner et al., 2014).

Ainsi, la facilitation s'est avérée être un levier puissant pour dynamiser l'intelligence collective. En structurant les échanges et en guidant le groupe vers des décisions partagées, la facilitation permet de tirer pleinement parti de la diversité des compétences et des perspectives au sein du groupe de travail, aboutissant à des solutions innovantes et bien alignées sur les objectifs stratégiques des établissements. Au regard du nombre important et continu de projets de transformation dans lesquels les établissements de santé doivent s'engager, ces derniers pourraient utilement former des facilitateurs en interne.

## **3.2 Les axes de progrès identifiés dans la gestion du projet**

### **3.2.1 Une temporalité qui apparaît comme non maîtrisée**

Le premier écueil identifié a trait à la temporalité du projet. Voilà plus de trois ans que les deux centres hospitaliers s'interrogent sur le risque que représente un statu quo de leur outil de production culinaire. Si l'on comprend aisément que la responsabilité budgétaire impose la plus grande prudence dans les projets d'investissement, la durée de diagnostic et le temps de production de la décision ont été trop longs. Des documents à ma disposition, il apparaît que les professionnels des deux cuisines sont placés dans un contexte d'incertitude depuis près de trente mois. Au-delà de ce que ce contexte peut induire en termes d'attractivité ou de fidélisation, face à l'impératif de continuité d'activité assez proche de la production de soins, l'incertitude du maintien dans l'emploi a des effets sur la santé et la motivation des agents d'une organisation de travail et provoque donc une baisse de productivité. C'est ce qu'a pu mettre en évidence un rapport européen en 2009, baptisé HIREs pour *Health In Restructuring*, coordonné par le docteur T. Kieselbach de l'université de Brême.

Selon ce rapport, le climat d'incertitude place le salarié ou l'agent en situation d'insécurité professionnelle. Agrégeant plusieurs études scientifiques et méta-analyses à travers le monde, le lien entre insécurité professionnelle et santé mentale semble constant, quel que soit le lieu ou la période étudiée. Si cette conclusion semble attendue, la suite du rapport l'est moins. Il met en évidence ensuite des liens entre la perspective d'une potentielle

restructuration et la santé physique (maux de tête, douleurs lombaires, apparition de maladies chroniques, ou encore de maladies cardio-vasculaires). Enfin, ce climat emporte des effets sur l'entreprise ou l'organisation de travail, sur sa performance. Le rapport met ainsi en évidence une dégradation des relations sociales, une hausse de l'absentéisme et du turnover, un engagement moindre au travail ainsi qu'une plus faible observance aux consignes de sécurité.

Le rapport n'évoque pas d'effet de seuil sur ce lien de cause à effet, il paraît donc opportun de réduire autant que de possible la durée du temps consacré à la phase diagnostic et à la prise de décision, et mais également de prévoir en parallèle le maintien du dialogue avec les partenaires sociaux et le service de santé au travail.

### **3.2.2 L'intelligence collective tributaire d'une certaine asymétrie, souvent difficile à dépasser**

Le recours à l'intelligence collective pour résoudre des problématiques complexes, comme le projet de mutualisation de cuisine hospitalière, est un outil puissant. Il présente toutefois des limites en raison des contraintes de connaissance et de temps des agents hospitaliers.

Dans les environnements hospitaliers, les agents sont souvent focalisés sur la production quotidienne de soins ou de services, avec peu de temps ou de formation pour s'engager dans la réflexion stratégique. L'efficacité des équipes dans la résolution de problèmes complexes dépend largement de l'existence de modèles mentaux partagés et d'une compréhension commune des enjeux. Cependant, cette condition est rarement remplie lorsque les membres de l'équipe sont principalement occupés par leurs tâches quotidiennes et n'ont pas l'occasion de développer une vision stratégique globale. La dispersion des connaissances, combinée à une spécialisation des rôles, limite donc la capacité des équipes à aborder des problèmes complexes de manière holistique, ce qui peut entraîner des solutions fragmentaires ou inadéquates (Mathieu et al., 2000).

En outre, la gestion des contraintes temporelles dans les hôpitaux, où l'urgence de la satisfaction du besoin immédiat *\_ici, la production des repas de la semaine, voire du jour\_* prime souvent sur d'autres activités, empêche une véritable immersion des agents dans des processus de réflexion collective et stratégique, même pour ce qui relève de leur champ de compétence. Les équipes confrontées à des tâches complexes ont besoin de temps pour coordonner leurs actions et partager efficacement les informations. Or, dans les hôpitaux, le temps disponible pour ce type d'activités est généralement insuffisant, ce qui limite l'efficacité de l'intelligence collective. Les agents, pris par leurs responsabilités immédiates, ne peuvent pas toujours s'engager pleinement dans les processus collaboratifs nécessaires à la résolution de problèmes stratégiques complexes, ce qui peut aussi générer du stress et une démotivation accrue (Salas et al., 2005).

Pour pallier ces limitations, une gestion efficace et une coordination renforcée sont essentielles. Pour maximiser le potentiel de l'intelligence collective, il est crucial de structurer les processus de communication et de décision au sein des équipes. Cela inclut la création de mécanismes permettant de partager les connaissances et de développer une conscience situationnelle commune. Toutefois, sans une base de connaissances commune et un temps alloué adéquat, les efforts d'intelligence collective risquent de rester fragmentés et inefficaces, rendant les résultats bien en deçà des attentes initiales (Cannon-Bowers et al., 1993).

L'intelligence collective, bien qu'offrant un potentiel significatif pour résoudre des problèmes complexes, doit être soutenue par une gestion rigoureuse du temps, des connaissances et des processus organisationnels pour éviter que ses limites ne compromettent la réussite du projet. Une attention particulière sur ces enjeux permettrait certainement d'optimiser l'efficacité des équipes, même dans les contextes les plus contraints.

### **3.2.3 Une participation qui pourrait gagner à être plus mesurée**

La taille du groupe de travail est un facteur déterminant pour l'efficacité et la productivité de ses membres. Un groupe composé de 23 personnes, comme c'est le cas pour le projet de mutualisation des cuisines des hôpitaux de Landerneau et Lesneven, peut poser des défis considérables. Bien que l'inclusion de plusieurs représentants de chaque métier et de chaque établissement assure une diversité de perspectives, elle peut également ralentir les processus décisionnels et diluer la responsabilité individuelle, rendant la prise de décision plus complexe et moins efficace.

Les recherches montrent que les grands groupes sont souvent confrontés à des problèmes de coordination et de communication (Hackman, 2002). Plus le groupe est grand, plus il devient difficile de maintenir une communication claire et efficace entre tous les membres. Les réunions peuvent devenir longues et inefficaces, les discussions étant souvent dominées par quelques individus, tandis que d'autres membres restent passifs ou sont marginalisés. Cela peut conduire à des décisions biaisées, où seules les opinions des plus influents sont prises en compte, tandis que les idées potentiellement innovantes des autres membres sont négligées (Schein, 2010).

L'hétérogénéité du groupe ajoute une autre couche de complexité. Bien que la diversité des métiers et des établissements puisse enrichir les discussions, elle peut également créer des divergences d'opinions et des conflits, notamment lorsque les membres du groupe ont des objectifs, des priorités ou des méthodes de travail différents (Jehn et Mannix, 2001). Ces divergences peuvent ralentir le processus décisionnel, car il est souvent nécessaire de passer plus de temps à négocier et à concilier les différentes perspectives avant d'arriver à un consensus.

Un autre frein important est le phénomène de "social loafing", ou paresse sociale, où les individus ont tendance à fournir moins d'effort lorsqu'ils travaillent en groupe par rapport à lorsqu'ils travaillent seuls. Cela peut être particulièrement problématique dans de grands groupes, où la responsabilité individuelle est diluée et où les contributions de chaque membre sont moins visibles (Latané et al., 1979). Dans un groupe aussi large que celui impliqué dans le projet de cuisine hospitalière, certains membres peuvent se sentir moins motivés à participer activement, en pensant que leur contribution individuelle ne fera pas une grande différence.

Pour surmonter ces obstacles, il est crucial de mettre en place des mécanismes de gestion efficaces, tels que la définition claire des rôles, l'établissement de sous-groupes pour traiter des tâches spécifiques, et l'utilisation d'outils de communication performants pour garantir que toutes les voix sont entendues et que les décisions prises reflètent véritablement la diversité des opinions au sein du groupe. Ces stratégies peuvent aider à réduire les effets négatifs liés à la taille et à l'hétérogénéité du groupe, tout en capitalisant sur la richesse des perspectives qu'elles apportent.

### **3.2.4 Une relative tiédeur à investir les sujets les plus austères**

Dans le cadre du projet de mutualisation de la cuisine hospitalière de Landerneau et Lesneven, il est demandé aux agents de développer un projet de service qui réponde à la fois à des enjeux stratégiques de long terme et à des considérations pragmatiques immédiates. Les agents sont ainsi encouragés à intégrer des thèmes tels que la responsabilité sociale et environnementale (RSE), la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), ainsi que la prévention et la promotion de la santé, tout en gardant à l'esprit des contraintes plus terre-à-terre comme l'équilibre financier et la réorganisation du travail durant les travaux. Cependant, j'ai pu observer que les membres du groupe de travail sont plus enclins à se concentrer sur les enjeux de RSE, de QVCT, et de prévention, au détriment des aspects financiers et organisationnels.

Cette tendance peut être expliquée par plusieurs facteurs. Tout d'abord, les enjeux de RSE et de QVCT sont souvent perçus comme étant plus alignés avec les valeurs personnelles et professionnelles des agents, ce qui les rend plus engageants et motivants. Les individus sont plus susceptibles de s'investir dans des projets qui résonnent avec leur sens du bien-être et leur désir de contribuer positivement à la société (Grant, Berry, 2011). Cela peut expliquer pourquoi les membres du groupe de travail privilégient ces aspects, même lorsque des directives claires leur demandent de ne pas négliger les contraintes financières et organisationnelles.

Ensuite, il est possible que les agents perçoivent les enjeux financiers et organisationnels comme étant moins accessibles ou compréhensibles, surtout s'ils n'ont pas de formation

spécifique en gestion ou en finance. Comme l'indiquent les travaux de Beyer et Trice (1987), les individus ont tendance à éviter les sujets qu'ils considèrent comme complexes ou en dehors de leur champ de compétence, ce qui peut conduire à un déséquilibre dans l'attention portée aux différents aspects d'un projet.

Enfin, il est également probable que la dynamique de groupe joue un rôle dans cette orientation. Le phénomène de "groupthink" suggère que dans des groupes où une majorité de membres partagent des priorités similaires, il devient difficile pour les opinions divergentes de s'exprimer et d'être prises en compte. Ainsi, même si certains membres du groupe sont conscients de l'importance des aspects financiers et organisationnels, ils peuvent être réticents à les mettre en avant de peur de briser la cohésion du groupe (Janis, 1972).

Pour surmonter ces défis, il est essentiel de mettre en place des mécanismes de suivi et de réorientation régulière des discussions, afin de s'assurer que tous les aspects du projet sont traités de manière équilibrée. L'établissement de sous-groupes spécialisés, chacun responsable d'un enjeu particulier, pourrait également aider à maintenir l'attention sur les aspects pragmatiques du projet tout en permettant une exploration approfondie des enjeux stratégiques.

### **3.3 Les solutions possibles pour prévenir les difficultés**

#### **3.3.1 Garder la maîtrise du temps : anticiper grâce au PCA**

On l'a vu, la phase d'étude et de prise de décision a pris une place conséquente dans la temporalité du projet de restructuration de la cuisine des deux établissements et emporte aujourd'hui des conséquences préjudiciables pour sa performance. Elle a fait courir enfin des risques pour la santé des agents que pour celle de l'organisation de travail.

Un plan de continuité d'activité (PCA) est un dispositif stratégique essentiel pour les hôpitaux, qui aurait pu être utilement mobilisé pour accélérer l'étude des scénarios et la prise de décision quant à un éventuel projet de restructuration de la cuisine des deux établissements. Conçu pour garantir la poursuite des activités critiques même en cas de perturbations majeures, telles que des crises sanitaires, des incidents techniques ou des catastrophes naturelles, le PCA complète le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE), et peut soit constituer un plan autonome, soit être intégré au PGTHSSE, selon les choix de l'établissement.

Dans de nombreux hôpitaux, un PCA existe déjà, mais il est souvent centré principalement sur l'activité de soin et rarement mobilisé pour prévenir la réalisation de risques dans d'autres domaines, tels que les activités logistiques. En janvier 2024, la Haute Autorité de

Santé (HAS) a introduit de nouvelles exigences dans son manuel de certification, stipulant la présence d'un PCA, mais cette exigence est principalement évaluée dans le cadre de la sécurité numérique. Bien que le PGTHSSE soit également un critère d'évaluation, la durée limitée des visites de certification ne permet pas toujours aux experts-visiteurs de s'assurer de la qualité du contenu de l'ensemble des documents institutionnels qui sont mis à leur disposition, ni même de leur mise en œuvre effective. Cela conduit souvent à une validation formelle plutôt qu'à une véritable évaluation de leur efficacité pratique.

Dans le cas spécifique de la direction commune, un PCA dédié aux activités logistiques de l'ensemble des établissements aurait certainement permis d'identifier la fragilité de la situation et d'arbitrer en conséquence sur la priorisation du projet. Si ces risques avaient été identifiés plus tôt, l'hôpital aurait pu planifier des audits en amont et prendre des décisions stratégiques plus rapidement. De plus, la mise en place d'un PCA aurait permis de structurer la continuité des services logistiques essentiels, tels que la préparation et la distribution des repas, garantissant ainsi une meilleure coordination entre les établissements impliqués dans le projet pendant toute la durée des travaux.

L'intégration d'un PCA spécifique pour les activités logistiques est donc une recommandation clé pour renforcer la gestion des projets complexes dans les hôpitaux. Ce plan, élaboré et revu annuellement en comité de direction, contribuerait à davantage sécuriser l'ensemble des activités des établissements. Ce type de planification proactive emporte enfin comme bénéfice secondaire de réduire les périodes d'incertitude pour le personnel et œuvre ainsi à préserver leur santé physique et mentale.

### **3.3.2 Donner l'opportunité aux agents de production de s'approprier les enjeux**

Le management participatif, ou le recours à l'intelligence collective, constituent une véritable plus-value pour la performance des organisations. Il en représente également un pour la qualité de vie et des conditions de travail. C'est donc fort à propos que l'équipe de direction des centres hospitaliers de Landerneau et de Lesneven les mobilise.

Le management participatif, en impliquant les employés dans le processus décisionnel, est en effet souvent associé à une amélioration des performances organisationnelles. Ce type de management renforce leur engagement, améliore la satisfaction au travail et stimule l'innovation, ce qui conduit à une meilleure productivité globale (Appelbaum et al., 2013). En donnant aux agents un rôle actif dans les décisions, l'organisation bénéficie de leurs idées et de leur motivation accrue, ce qui se traduit par une efficacité opérationnelle renforcée.

Pourtant, donner de l'autonomie décisionnelle peut se révéler contre-productif. Il existe différents degrés d'autonomie que l'on peut laisser aux agents de production : l'autonomie opérationnelle (produire), l'autonomie professionnelle (organiser la production), et

l'autonomie stratégique (définir le but de la production). Ces différents niveaux sont conditionnés non seulement par le bon vouloir de l'autorité qui les délègue, mais surtout par la capacité des agents d'en saisir les enjeux, de s'approprier la connaissance nécessaire. A défaut, les décisions prises risqueraient fortement d'être inadaptées. Or, comme vu supra, dans nos organisations hospitalières, l'essentiel du temps de travail est consacré à la production. Ils ne développent en conséquence qu'une autonomie opérationnelle. De fait, le management participatif n'est pertinent que pour décider comment réaliser les tâches qu'on a défini pour eux.

Pour que le management participatif soit un levier de performance pour l'organisation et la stratégie, il semble donc nécessaire de ménager du temps hors de la production et pour l'investir dans la bonne compréhension des enjeux. Si l'on prend par exemple la question du rôle possible de la restauration hospitalière dans la transition écologique, il est possible de mobiliser l'offre de formation à ce sujet. Certains établissements hospitaliers s'y engagent plus fortement et se dotent de conseillers en transition écologique, chargés notamment de diffuser ces enjeux. Ce temps doit être libéré de façon régulière et pas uniquement lorsqu'un projet se met en place. L'appropriation, la consolidation des savoirs sont des processus lents, qui forgent l'autonomie et rendent de fait plus résilients face aux aléas.

En dehors de la formation, ou des ressources internes, il est possible aussi de recourir à des dispositifs de développement du savoir plus émergents, issus de l'éducation populaire. On peut citer par exemple l'arpentage qui est une méthode qui consiste à lire et analyser collectivement un texte. Les participants se répartissent les sections d'un ouvrage, les lisent individuellement, puis se retrouvent pour en discuter. Cette approche permet de croiser les regards, d'enrichir la compréhension collective et de s'approprier des textes parfois complexes ou denses. L'arpentage favorise ainsi une lecture accessible, active et critique, tout en stimulant l'intelligence collective du groupe, ce qui peut être particulièrement utile dans un contexte de formation ou de recherche.

### **3.3.3 Piloter un séquençage de projet qui intègre différentes tailles de groupes, selon l'objectif visé**

Nous nous sommes investis dans le projet de service, sans doute de manière un peu ambitieuse et précipitée, dans l'objectif de l'élaborer et de le formaliser entre juin et octobre avec l'appui d'une large représentation d'acteurs. A mesure que l'échéance se rapproche, et considérant mon départ de la structure fin août, il devient à présent à peu près certain que l'objectif initial ne pourra pas être atteint. Nous nous sommes donc adaptés à partir de ce constat. Dans son analyse, nous avons noté que la multiplication de réunions du groupe constitué en plénière était tantôt utile, tantôt préjudiciable.

Nous avons revu l'architecture du séquençement de la conduite du projet pour tenir compte des objectifs visés par les ateliers. Nous projetions une animation d'ateliers organisés autour des principes de divergence et de convergence, où ces phases se succèderaient (Guilford, 1967). C'est selon ce procédé que s'organise d'ailleurs le *design thinking*, succession de phase doublée sous l'appellation de « double diamant ».

Autant, selon nos observations, le niveau de créativité de la phase divergente semble proportionnel à la taille du groupe, autant un nombre important de participants rend la formalisation d'actions, disposant d'indicateurs chiffrés et d'échéance pour lesquels un responsable est désigné, particulièrement difficile.

Plusieurs études démontrent en effet que pour qu'un groupe soit efficace dans ses prises de décision, il est préférable de limiter le nombre de ses membres. Un groupe trop large peut entraîner des problèmes de coordination, des difficultés de communication, et une dilution de la responsabilité, ce qui réduit son efficacité. Un groupe de travail idéal est souvent constitué de 5 à 9 personnes (Op. cit.). Au-delà, la complexité des interactions augmente, et le groupe devient moins agile et réactif dans la prise de décision.

Nous avons revu l'ingénierie de projet pour poursuivre en petits groupe la définition et la mise en œuvre des plans d'actions de chaque axe et sous axe qui a émergé des réunions plénières. J'ai créé à cette fin un outil simple et convivial de gestion et de suivi qui permet à chaque sous-groupe de renseigner son plan d'actions et d'en proposer une synthèse pour le comité de pilotage. Cette structure à plusieurs niveaux constitue également une économie de moyens car elle permet de produire plus à moyens constants.

Si l'on considère que la prochaine réunion du groupe ne pourra être modifiée dans sa configuration, voici un résumé des ressources consommées :

Date	Durée en heures	Objet de réunions	Temps consommé
11/06/2024	2,5	Présentation du projet de travaux et des attendus du projet de service Ateliers de prospective	55
24/06/2024	2,5	Présentation du projet de travaux et des attendus du projet de service Ateliers de prospective, suite	55
12/09/2024	2	Présentation de la nouvelle ingénierie de projet et de l'outil de gestion Constitution des groupes	44

Voici comment elles auraient ainsi pu être mieux employées.

Date	Durée en heures	Objet de réunions				Temps consommé
11/06/2024	2	Présentation du projet de travaux et des attendus du projet de service, son ingénierie Ateliers de prospective				44
24/06/2024	2	Présentation du projet de travaux et des attendus du projet de service Ateliers de prospective, suite				44
12/09/2024	2	Groupe 1 sous axe prioritaire 1	Groupe 2 sous axe prioritaire 2	Groupe 3 sous axe prioritaire 3	Groupe 4 sous axe prioritaire 4	44

Dans cette organisation, nous avons également extrait du temps de réunion la constitution des groupes, qui peut aisément d'opérer de façon dématérialisée, et de manière asynchrone. Au total, 66 heures auraient pu être économisées ou réemployées pour accélérer le projet.

Le comité de pilotage peut se rencontrer au besoin sur le même rythme que les groupes de travail, ou de façon plus espacée, pour apprécier l'évolution globale du projet.

### **3.3.4 Diffuser une culture de l'équilibre entre attention aux enjeux sociétaux et concentration sur les impératifs du quotidien**

L'équipe de direction de l'établissement dispose de cette capacité à s'extraire des injonctions du quotidien, garantir la continuité de service et tenir une forme de sobriété budgétaire, pour penser demain. Il s'agit là selon moi du principal enjeu de notre exercice professionnel : dépasser le directeur gestionnaire pour devenir le directeur stratège.

Est-il possible d'accompagner l'évolution du positionnement des agents pour leur faire adopter le même regard que celui du directeur d'hôpital, tout à la fois ambitieux au regard des enjeux de santé publique, globale ou de QVCT, mais également responsable vis-à-vis des principes du service public : continuité, égalité et mutabilité ?

De façon ponctuelle, une fois dans la carrière à l'entrée dans le statut, ou au rythme des évolutions professionnelles que permet la fonction publique, le concours doit permettre au futur agent de s'interroger et de comprendre la finalité de ces principes, et la façon dont ils s'expriment au quotidien.

Régulièrement, les instances de dialogue social traitent de ces enjeux puisqu'ils sont le moteur des transformations des établissements sur lesquelles elles sont consultées. Malheureusement, l'appropriation du compte rendu des échanges tenus lors de ces instances est difficile par l'ensemble des agents de l'établissement. Leur communication,

par l'institution ou les partenaires sociaux est souvent limitée et reste donc confidentielle. Par ailleurs, le fonctionnement des instances ne permet la plupart du temps qu'une validation des procès-verbaux qu'à la session suivante plusieurs mois après, ce qui peut en réduire l'intérêt pour les agents.

Une des solutions qui pourrait utilement être mobilisée pour entretenir un socle de connaissance commun sur l'organisation de notre système hospitalier serait de créer des espaces de diffusion pour transmettre avec pédagogie les principes du service public hospitalier dans nos établissements, de détailler comment ses principes se déclinent concrètement. Au-delà de la seule transmission d'information, il est possible également d'organiser le débat, avec les professionnels, les partenaires sociaux et même les usagers sur les difficultés de gestions auxquelles sont confrontés les hôpitaux publics.

De nombreux établissements de santé organisent aujourd'hui déjà des soirées débats en leur sein. Ils ciblent la plupart du temps uniquement les usagers dans une perspective de santé publique de prévention ou de promotion de la santé. Il faudrait donc s'en inspirer pour accompagner l'ensemble des agents sur l'acquisition ou le maintien d'une culture de service public hospitalier, mais aussi pour la partager auprès des usagers.

Enfin, si les enjeux de gestion financière et de continuité de service irriguent l'exercice professionnel des directeurs au point qu'ils deviennent une constante de leur matrice de pensée, ils gagneraient certainement, quand ils sollicitent le concours des agents dans les réflexions stratégiques, à faire preuve systématiquement d'empathie pour comprendre la diversité de leurs interlocuteurs et rendre autant qu'il est possible l'implicite explicite. Dans le contexte de l'élaboration d'un projet de service, il conviendrait donc de formaliser et de verbaliser l'égale importance des enjeux du quotidien par rapport aux enjeux sociétaux.



## Conclusion

Le projet de mutualisation de la cuisine hospitalière au Centre hospitalier de Landerneau a révélé la complexité inhérente à la conduite des projets de transformation au sein d'un environnement hospitalier en tension. Il est en cela exemplaire de mon futur quotidien de travail. Les défis financiers, sociaux, et environnementaux se sont avérés être des leviers essentiels pour repenser les pratiques organisationnelles et mobiliser l'intelligence collective des parties prenantes. Dans ce contexte, la direction de l'établissement a su démontrer une capacité à équilibrer les enjeux de court terme tout en restant attentive aux perspectives de long terme, un savoir-faire indispensable pour garantir la viabilité et l'efficacité des services publics de santé. Cette combinaison de concentration et d'attention constitue ainsi la voie étroite qu'il me semble important d'essayer de suivre

En analysant les différentes dimensions du projet, ce mémoire a mis en lumière les savoir-faire développés par la direction, notamment dans la mobilisation des partenaires internes et externes, l'ouverture aux possibilités alternatives de financement ou le recours à l'intelligence collective. Ces compétences, ancrées dans une culture managériale tournée vers la coopération et la concertation, permet ainsi de faire émerger des solutions innovantes pour composer avec l'ensemble des contraintes rencontrées.

Le recours à l'intelligence collective pourrait même encore être poussé plus loin pour achever de transformer nos propres circuits de décision hospitaliers. A titre d'exemple, la mise en place totale ou même partielle de la sociocratie dans nos organisations pourrait ainsi rendre une autonomie de sens aux agents pour qu'ils deviennent non plus seulement les acteurs mais les réalisateurs de la transformation (T. COUTROT, C. PEREZ, 2022). Cette perspective laisse espérer une multitude de nouvelles bonnes décisions possibles dont la mise en œuvre pourrait constituer un véritable moment de bascule pour la transformation de nos organisations au regard des enjeux qui les traversent.



---

# Bibliographie

---

## Rapports et documents institutionnels

ANAP, (2024). *Elaborer et mettre en œuvre un plan de sobriété en établissement de santé ou médico-social*

ARS Bretagne, (2022). *Portrait du territoire de démocratie en santé Penn Ar Bed*, Projet Régional de Santé de Bretagne 2023-2027

ATIH, (2024). *Analyse des bilans sociaux 2021 des établissements publics de santé*, p. 63  
Cour des comptes, (2020). *Les groupements hospitaliers de territoire*. p. 9-13

Cour des comptes, (2024). *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*

Direction de l'animation de la recherche, des études et des Statistiques (Dares), (2023). *Le conflit éthique environnemental au travail, Une première analyse empirique à partir de l'enquête Conditions de travail 2019*

Fédération hospitalière de France, (2023). *Transition écologique : obligations des hôpitaux et ESMS publics concernant la restauration*

Fédération hospitalière de France, (2024). *Situation financière des EHPAD publics à fin 2023*

Ministère du travail de la santé et des solidarités, (2024). *Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé*

## Articles et ouvrages scientifiques

Appelbaum, S.H., Louis, D., Makarenko, D., Saluja, J., Meleshko, O., & Kulbashian, S. (2013). *Participation in decision making: A case study of job satisfaction and productivity*. Industrial and Commercial Training, 45(4), 222-229.

Bessant, J., & Caffyn, S. (1997). *High-involvement innovation through continuous improvement*. International Journal of Technology Management, 14(1), 7-28.

Beyer, J.M., & Trice, H.M. (1987). *How an Organization's Rites Reveal Its Culture*. Organizational Dynamics, 15(4), 5-24.

Brown, J., & Isaacs, D. (2005). *The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter*. Berrett-Koehler Publishers.

Cannon-Bowers, J.A., Tannenbaum, S.I., Salas, E., & Volpe, C.E. (1993). *Defining competencies and establishing team training requirements*. In R. Guzzo & E. Salas (Eds.),

*Team Effectiveness and Decision Making in Organizations* (pp. 333-380). San Francisco: Jossey-Bass.

Chabris, C. F., Simons, D. J., (1999). *Gorillas in our midst: sustained inattentive blindness for dynamic events*, *Perception*, p1059-1074

Coutrot, T., PEREZ, C., (2022). *Redonner du sens au travail, une aspiration révolutionnaire*, la République des idées, Seuil.

Grant, A.M., & Berry, J.W. (2011). *The Necessity of Others is the Mother of Invention: Intrinsic and Prosocial Motivations, Perspective Taking, and Creativity*. *Academy of Management Journal*, 54(1), 73-96.

Gulati, R. (1998). *Alliances and networks*. *Strategic Management Journal*, 19(4), 293-317.

Hackman, J.R. (2002). *Leading Teams: Setting the Stage for Great Performances*. Harvard Business School Press, Boston, MA.

Janis, I.L. (1972). *Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascos*. Boston: Houghton Mifflin.

Jehn, K.A., & Mannix, E.A. (2001). *The Dynamic Nature of Conflict: A Longitudinal Study of Intragroup Conflict and Group Performance*. *Academy of Management Journal*, 44(2), 238-251.

Kaner, S., Lind, L., Toldi, C., Fisk, S., & Berger, D. (2014). *Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making*. Jossey-Bass.

Kieselbach, T. et alii, 2009. Rapport HIREs, *Health in restructuring*

Latané, B., Williams, K., & Harkins, S. (1979). *Many Hands Make Light the Work: The Causes and Consequences of Social Loafing*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(6), 822-832.

Mathieu, J.E., Heffner, T.S., Goodwin, G.F., Salas, E., & Cannon-Bowers, J.A. (2000). *The influence of shared mental models on team process and performance*. *Journal of Applied Psychology*, 85(2), 273-283.

Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.

Salas, E., Stagl, K.C., & Burke, C.S. (2005). *25 Years of Team Effectiveness in Organizations: Research Themes and Emerging Needs*. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 47-91.

Schein, E.H. (2010). *Organizational Culture and Leadership. 4th Edition*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.

Schwarz, R. M. (2002). *The Skilled Facilitator: A Comprehensive Resource for Consultants, Facilitators, Managers, Trainers, and Coaches*. Jossey-Bass.

Senge, P. M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*. Doubleday.

Woolley, A. W., Chabris, C. F., Pentland, A., Hashmi, N., & Malone, T. W. (2010). *Evidence for a Collective Intelligence Factor in the Performance of Human Groups*. *Science*, 330(6004), 686-688.

### **Textes juridiques**

LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Journal officiel, n°0300 du 28 décembre 2023

### **Presse spécialisée**

DEBACKER, P. (2024). *Atteindre les objectifs Egalim en produits durables est un défi pour les hôpitaux*, HOSPIMEDIA

LANG, G. (2024). *Le GHT Cœur Grand Est va constituer un GCS pour soutenir sa politique d'investissements*, APM

QUEGUINER, T. (2024). *L'explosion des déficits hospitaliers fragilise "dangereusement" l'offre de soins*, HOSPIMEDIA

### **Sitographie**

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/soins\\_engagement\\_territorial\\_professionnels](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/soins_engagement_territorial_professionnels)

<https://www.economie.gouv.fr/daj/guide-relatif-aux-qjp>



---

## Liste des annexes

---

**Annexe I** : Synthèse des recommandations pour favoriser les projets de transformation

**Annexe II** : Photos d'illustration d'un atelier projet de service



## **Annexe I : Synthèse des recommandations pour favoriser les projets de transformation**

1. **Maintenir un équilibre permanent entre les objectifs stratégiques et les enjeux opérationnels**  
Concilier les grandes ambitions en matière de responsabilité sociale et environnementale avec les impératifs de gestion quotidienne et de soutenabilité financière.
2. **Sécuriser les financements par une diversification des sources**  
Développer une expertise dans l'obtention de crédits via des appels à projets et d'autres financements alternatifs pour soutenir les investissements nécessaires.
3. **Recourir à l'intelligence collective pour résoudre des problématiques complexes**  
Impliquer activement les agents hospitaliers dans la réflexion et la prise de décision pour les projets complexes, en valorisant leur expérience et leur connaissance du terrain et en identifiant les intérêts mutuels à agir.
4. **Mobiliser les ressources externes et développer des partenariats stratégiques**  
Capitaliser sur les relations avec les autres acteurs de santé et les collectivités pour obtenir des financements, partager des ressources et enrichir les perspectives.
5. **Utiliser des outils de facilitation pour dynamiser l'intelligence collective**  
Recourir à des méthodes éprouvées de facilitation pour structurer les échanges, stimuler la créativité et favoriser l'émergence de solutions innovantes ; créer et animer un réseau de facilitateurs internes.
6. **Anticiper les risques en intégrant un Plan de Continuité d'Activité (PCA) complet**  
Ce plan doit inclure non seulement les activités de soins mais aussi les fonctions logistiques essentielles, permettant ainsi de prévenir les interruptions en cas de crise ou de travaux.
7. **Développer la compétence stratégique des agents**  
Favoriser en continu une appropriation collective des enjeux stratégiques pour garantir une meilleure adhésion et mobilisation autour d'un projet lorsqu'il se présente. Inviter à les concilier avec l'urgence du moment.
8. **Adopter une gestion séquentielle du projet :**  
Anticiper les différentes étapes de réalisation avec des groupes de travail de tailles adaptées, pour permettre une progression efficace et structurée et une meilleure appropriation des objectifs.

## Annexe II : Photos d'illustration d'un atelier projet de service



MARZIN

Gaël

Octobre 2024

## Directeur d'Hôpital

Promotion 2023-2024

### **Directeur d'hôpital, promoteur de la transformation : un exercice en équilibre entre concentration sur le court terme et attention sur les enjeux de long terme**

#### **Résumé :**

Dans un contexte de problèmes structurels de soutenabilité financière, les établissements public de santé sont invités à régulièrement se transformer, tant pour tenter de se dégager de nouvelles marges de manœuvre que pour développer les nouvelles activités qui répondront aux demandes des usagers, où simplement maintenir la continuité de service.

En parallèle, tout à la fois en tant que structure publique que généralement premier employeur du bassin, l'hôpital concentre aussi d'autres attentes, sociales et environnementale qui, de manière croissante, ne constituent non plus seulement un enjeu d'exemplarité mais aussi d'attractivité et de fidélisation.

Ce mémoire s'attache ainsi, à travers l'exemple d'un projet de restructuration et de mutualisation d'un outil de production culinaire, à mettre en évidence l'intérêt de conjuguer les enjeux du cœur de l'activité hospitalière à ceux de la société, pour tirer le meilleur parti des opportunités de financement qu'un centre hospitalier aura pu identifier, tout en promouvant le recours à l'intelligence collective

#### **Mots clés :**

Enjeu – RSE – QVCT – Intelligence collective – Sens du travail – Cécité d'inattention – Attention -Concentration – Stratégie - Sociocratie

*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.*