



EHESP

**Filière des Attachés d'administration
Hospitalière**

Promotion : **2012**

Date du Jury : **novembre 2012**

**Le management de la connaissance dans les établissements de
santé, un levier de la performance hospitalière ?**

François EVEN

Remerciements

Les remerciements constituent un exercice difficile dans lequel la tentation est forte d'essayer d'attribuer à chacun une part d'un soutien indispensable dans la rédaction d'un mémoire d'étude.

Je remercie donc l'ensemble des personnes qui ont, de près ou de loin, contribué à alimenter les différents développements, en prenant bien souvent sur leur temps personnel, avec la patience nécessaire pour essayer de transmettre « leurs savoirs » au profane que je suis.

Je remercie particulièrement Monsieur Philippe GUINARD, Directeur du Centre Hospitalier du Haut Anjou pour m'avoir reçu dans son établissement lors de mon stage en établissement, Madame Marie-Line DASSE, Attachée d'Administration Hospitalière, responsable des Admissions et chargée des Affaires Médicales pour m'avoir accueilli dans son service ainsi que toute l'équipe de direction pour sa disponibilité.

Je remercie chaleureusement Madame Loriane AYOUB, Directrice Adjointe des Affaires Médicales du CHU d'Angers pour ses conseils avisés ; en effet, si j'avais l'intuition du sujet, elle m'a aidé à en préciser les contours.

Je remercie Madame Amena MOUSSA, Directrice des Affaires Médicales du CHU d'Angers et Madame Marie-Françoise TOUPE, Directrice des Admissions et de la Facturation, pour leur implication dans le bon déroulement de ma formation à l'EHESP.

Enfin, je remercie l'ensemble des élèves des promotions présentes à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour les bons moments passés ensemble ainsi que ma famille pour son soutien indéfectible.

« Il faut une culture partagée pour une culture du partage » Jean-Yves PRAX, le Manuel du Knowledge Management, 3^{ème} édition, DUNOD.

Sommaire

Introduction.....	5
I Le management de la connaissance, un mouvement de fond qui s'est construit par strates successives	10
A) De la diffusion des concepts du secteur privé dans la gestion publique à la naissance de l'idée de performance à l'hôpital	11
1) L'évolution de la notion de service public hospitalier, vers le new public management « hospitalier ».....	12
2) Le knowledge management, un outil importable au profit de l'hôpital ?	15
B) Des outils de recueil des données à la gestion humaine des savoir-faire.....	17
1) La gestion des connaissances au profit du soutien de l'activité : l'optimisation des processus de recueil de données	18
2) La gestion des compétences des personnels, la pérennisation des « savoir-faire ».....	22
II Une communauté d'utilisateurs « sensibilisés » à la gestion des connaissances.....	27
A) Des pratiques fonctionnelles approchant la théorie du Knowledge Management	28
1) Des dynamiques personnelles existantes	28
2) Une implication collective évidente mais perçue comme compliquée	31
B) Une absence de transversalité organisationnelle du projet : un pilotage unifié non souhaité ?.....	35
1) Une absence de pilotage central de la gestion des connaissances	35
2) La nécessaire mise en place d'un « langage commun » : la communication et la confiance.....	38

III) L'attaché d'administration, catalyseur préconisé du projet de gestion des connaissances.....	41
A) L'attaché un relais de la stratégie de l'établissement dans la gestion des connaissances.....	42
1) Assurer un relais pour la stratégie globale du projet impulsé par la direction	43
2) Accompagner la phase d'expérimentation au sein de son service pour générer un phénomène d'entraînement.....	46
B) L'attaché « porteur » de sens à travers son rôle de manager	49
1) Expliquer les enjeux du projet et répartir les tâches	50
2) Capitaliser les expériences et innover sur leurs résultats positifs.....	52
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	57
Annexes.....	57

Liste des sigles utilisés

- ARS : Agence Régionale de Santé
- AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
- AFNOR : Agence Française de Normalisation
- ANAES: Agence Nationale d'Évaluation et d'Accréditation en Santé
- ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé
- CHU: Centre Hospitalier Universitaire
- CNIL: Commission Nationale Informatique et Liberté
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DIF: Droit Individuel à la Formation
- DMP : Dossier Médical Personnel
- DSSIS : Direction à la Stratégie des Systèmes d'Information en Santé
- EHESP: École des Hautes Études en Santé Publique
- FTLV : Formation Tout au Long de la Vie
- GPEC : Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences
- HAS : Haute Autorité de Santé
- KM : Knowledge Management
- LOLF : Loi Organique portant Loi de Finances
- MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique
- PACS : Picture Archiving et Communication System
- REX: Retour sur Expérience
- RGPP : Réforme Générale des Politiques Publiques
- SIH : Système d'Information Hospitalier
- SIR : Syndicat Inter Hospitalier Régional
- T2A : Tarification à l'Activité

Introduction

La recherche de performance occupe une place stratégique dans l'organisation mise en place pour pallier les contraintes liées aux évolutions structurelles de l'offre de soins, associées à des contraintes budgétaires toujours plus fortes. Le Centre Hospitalier, dans lequel le stage s'est effectué, n'échappe pas à cette dynamique et adapte, autant que faire se peut, ses outils de pilotage à l'aide des ressources techniques et humaines dont il dispose. Largement incité par les contrôles de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) sur son activité, il modernise ses « systèmes d'information » pour adapter son offre de soins aux besoins du territoire de santé dans lequel il intervient. Issu d'une fusion réalisée en 1993 entre deux Centres Hospitaliers et en 1997 avec une clinique privée, il assure les activités classiques de recours d'un territoire rural.

Rompus aux réformes, les établissements de santé, de manière générale, font face avec réalisme à la tendance lourde qui modifie peu à peu la conception traditionnelle que l'on a des services publics et introduit dans leur fonctionnement le principe d'une efficacité qui doit irriguer l'ensemble de leurs activités.

La performance hospitalière est un impératif clairement affirmé par les réformes hospitalières de ces quinze dernières années¹ ; il se traduit notamment par une attention particulière portée aux outils de gestion des informations et données nécessaires au pilotage des établissements de santé. Les systèmes d'information hospitaliers (SIH), la démarche qualité (à travers la gestion documentaire notamment), commencent à s'intégrer dans la formation des managers hospitaliers depuis quelques années. Progressivement, « la coutume » de l'oralité tend à disparaître avec les impératifs de normalisation et les établissements de santé connaissent à l'instar de la majorité des entreprises, la révolution de « l'ère de l'information » numérique.

L'informatique a sans aucun doute joué un rôle important de catalyseur depuis sa création dans la modernisation des échanges et des pratiques professionnelles, rendant quasi immédiate la réalisation de tâches qui auparavant auraient été difficilement réalisables.

La recherche d'informations, le partage de données ont pu, à travers l'extraordinaire innovation que constituent les réseaux informatiques, être rendus plus faciles et surtout plus rapides.

¹ **Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996** relative à la réforme de l'Hospitalisation publique et privée ; **Ordonnance n°2003-581 du 2 juillet 2003** portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (..) ; **Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009**, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Des frontières techniques ont été surmontées mais d'autres problématiques se sont fait jour rendant la pertinence de la conservation de certaines informations sur un support « réel » toujours d'actualité. Le support papier a cet avantage d'être rassurant mais il est difficile à manipuler pour extraire des données, les traiter et les valoriser de manière satisfaisante. Pourtant la pratique démontre que nombre d'établissements persistent à maintenir une double conservation allant à l'encontre de l'efficacité recherchée dans la dématérialisation.

Issu du secteur de la production industrielle, le Knowledge Management (KM) peine à trouver une application effective dans le milieu hospitalier français alors que certains établissements d'Amérique du nord (cf. la Cleveland Clinic) se sont totalement réorganisés autour de cette démarche mettant en place par exemple un système de « reporting » innovant permettant aux décideurs de disposer en temps réel de tableaux de bord complets sur leurs téléphones portables. Participant de l'objectif de l'innovation et de la création de valeur, le KM a pour vocation de capitaliser les savoirs et savoir-faire de l'organisation participant à un objectif plus large ; celui de la qualité.

L'utilisation de cet outil issu des grandes chaînes de production se heurtait alors à la conception franco-française du service public auquel « appartenait² » l'Hôpital. De l'accueil de tous quel qu'en soit le prix, le paradigme a évolué pour intégrer la notion d'efficience et ainsi assurer, à qualité constante, l'accueil des patients au coût le plus juste pour la collectivité. La performance a donc pris le pas sur la gestion classique des services publics tels qu'ils étaient conçus au XIX^{ème} siècle pour leur conférer une forme « moderne ».

La « qualité », dans toutes ses dimensions, n'est donc plus seulement l'apanage des grandes entreprises multinationales du secteur privé. L'inflation normative que connaît l'hôpital depuis plusieurs années, il n'est qu'à citer les impératifs réglementaires encadrant les autorisations d'activité de soins³, constituent un exemple prégnant de l'implication des pouvoirs publics dans cette démarche de performance. La qualité, qui est désormais l'affaire de tous dans les établissements de santé, génère des obligations nouvelles telles que la « qualité comptable » à travers les mécanismes de contrôles internes annonçant la future procédure de certification.

L'ensemble de ces mutations se doit d'être accompagné par un management moderne poussant les organisations à repenser leur façon de penser et d'agir. C'est en tout cas la position de la doctrine qui donne naissance au métier de « Knowledge Manager » et c'est

² Modification de la notion de service public hospitalier avec la **Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009**, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ Issus de la **Loi n°91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière.

en cela que la problématique de la gestion des connaissances, au-delà de son aspect purement technique, procure un intérêt professionnel immédiat à l'attaché d'administration hospitalière (AAH).

Le Directeur Général du Centre Hospitalier, lors d'une réunion de travail avec l'attachée d'administration, maître de stage, a exprimé son souhait de pouvoir suivre en temps réel les dépenses liées au recours à l'intérim pour assurer la permanence médicale des soins. Cette demande nécessite l'échange d'informations entre la Direction des Affaires Médicales (DAM) qui dispose des contrats et la Direction des Ressources Humaines (DRH) qui possède certains des éléments de paie nécessaires. Ces deux directions doivent travailler de concert pour coordonner et assembler ces informations, afin que soit mise en place une base de données permettant de répondre à l'attente de la direction sur le coût financier du recours à l'intérim, par service et par mois d'exercice. Or l'outil informatique de paie n'est pas accessible car la gestion informatique de la paie a été déléguée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Tours. Cette illustration triviale est une des difficultés auxquelles l'établissement doit faire face car il n'a pas d'emprise directe sur les modifications des logiciels sous licence. En effet, le Centre Hospitalier délègue une partie de la maintenance de ses systèmes d'information au syndicat inter hospitalier du Poitou Charente le (SIR). Elle illustre, au-delà de la commande technique, la nécessité de développer une démarche organisée de gestion des connaissances par le développement local d'outils propres d'information et la mise en oeuvre de formations adaptées des personnels pour répondre aux enjeux de l'informatisation de l'activité. L'établissement a intégré l'essence de la démarche puisque figurent dans le rapport d'activité 2011 comme chantiers importants l'informatisation (en particulier la prescription connectée), la mise en oeuvre d'une nouvelle version du dossier médical mais aussi le déploiement de la messagerie sécurisée. A cet effet, l'établissement ne dispose que de trois agents dédiés à l'informatique, au demeurant totalement mobilisés par la gestion du parc informatique et des logiciels administratifs et médicaux. Pour autant, l'investissement financier lié à l'informatique n'est pas neutre puisque 700000 euros de charges d'exploitation sont liées à la charge en personnel, à la sous-traitance, à l'achat de consommables et à la maintenance informatique soit 1,2% du budget d'exploitation et près de 325 000 euros de dépenses d'investissement (licences, machines...), soit 1/3 du budget d'investissement est relatif à leur renouvellement.

Établissement de proximité de taille modeste (556 lits et places dont 180 lits en MCO, desservis par un effectif de personnels médical de 75 personnes et 750 agents non médicaux), il connaît néanmoins les mêmes obligations de circulation et de production de l'information que des établissements de santé beaucoup plus importants tels que le Centre Hospitalier Universitaire du département voisin en ne disposant que d'une

organisation évidemment plus modeste ; cette circonstance n'empêche pas nécessairement la mise en place d'une démarche organisée de gestion des connaissances. En effet la mise en place d'une telle démarche est envisageable car elle n'aurait pas pour effet de générer des coûts supplémentaires très importants puisque elle à vocation à utiliser un ensemble de dispositifs techniques et humains déjà présents à l'hôpital. La dimension à développer relève essentiellement du management adapté à ce type de projet.

L'ensemble des constats précités doit donc conduire l'AAH à s'interroger sur la place qu'il pourrait occuper dans la conduite du changement correspondant à la mise en œuvre d'un projet de gestion des connaissances dans l'établissement.

C'est la raison pour laquelle il paraît nécessaire d'observer quels sont les freins et leviers s'opposant ou facilitant la mise en place d'un tel projet, en interrogeant les professionnels de l'établissement sur les conditions d'exercice de leur activité et leurs expériences, puis dégager au regard des entretiens menés, des propositions relevant des compétences de l'AAH. Présenté comme un relais institutionnel dans le manuel de formation de l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), l'AAH participe, sous la responsabilité du directeur, à la mise en œuvre de la politique stratégique de son établissement. C'est la raison pour laquelle des entretiens seront conduits avec des directeurs pour tenter de dégager des informations sur la conception qu'ils se font du rôle de l'attaché dans la conduite de projet. D'autre part l'AAH intervient également comme un manager de secteur ce qui conduit à envisager son positionnement vis-à-vis des agents, dans cette perspective.

Les préconisations proposées concerneront la mise en œuvre, étayée par des exemples, d'une démarche possible d'une gestion des connaissances (plus largement développée que celle qui pourrait voir le jour dans un établissement de petite taille). Elle reposera à la fois sur la synthèse des entretiens (voir méthodologie en annexe) mais également sur des expériences de ma vie professionnelle et sur les enseignements tirés des publications sur le sujet. Présentées de manière organisée au travers du prisme des compétences de l'AAH décrites dans le référentiel de formation, les préconisations seront toutefois amenées de manière progressive dans leur faisabilité par le biais d'une proposition de projet concret et modulable.

Pour autant il convient dans un premier temps de montrer que la gestion des connaissances est un outil stratégique, transposé dans un secteur public sujet à des mutations doctrinales **(I)**.

En second lieu, le contenu des entretiens mettra en évidence que ce changement de paradigme, se traduit au quotidien par un ensemble de démarches participant déjà de l'essence même du Knowledge Management **(II)**.

Enfin, il conviendra d'établir les modalités selon lesquelles l'AAH peut participer à une démarche organisée de gestion des connaissances dans un établissement de santé **(III)**.

I Le management de la connaissance, un mouvement de fond qui s'est construit par strates successives

La gestion des connaissances n'est pas encore une démarche clairement identifiée en tant que telle dans l'établissement, cependant bon nombre d'objectifs figurant dans les rapports d'activité de 2011 participent de sa mise en œuvre et suivent les évolutions que le Ministère pilote par étape. Le paradigme de la collecte centralisée de l'information, visant la performance, a nécessité préalablement que l'Administration dans son ensemble, modifie sa manière de procéder et modernise sa gestion.

L'idée même d'un management nouveau est une attente stratégique majeure des décideurs politiques, elle recouvre un champ plus large que le sujet de cette étude qui en fait cependant partie intégrante. La recherche de performance est largement induite par l'antinomie de la prégnance des contraintes financières et de l'attente d'un public devenu en matière de prestations bien plus exigeant.

La solution de ce paradoxe découle d'une proposition dans la réforme de l'Etat, instaurée lors de la mise en place de la Réforme Générale des Politiques Publiques (RGPP) en 2007⁴. La volonté des pouvoirs publics a été clairement énoncée : Il s'agit désormais de faire aussi bien voire mieux avec moins de crédits en appliquant une rigueur accrue dans l'utilisation des deniers publics. En effet, toutes les dépenses des administrations, à commencer par celles de l'Etat, sont passées au crible des nouvelles exigences. Elles induisent des regroupements de structures, favorisent une mutualisation des moyens, rationalisent les fonctionnements, et restreignent les coûts.

Ces réformes organisationnelles issues de la RGPP modifient le mode même d'intervention de l'Etat au profit d'un intérêt fondamental qui est celui de la performance **(A)**

La RGPP n'est que la traduction des choix initiés dans la réforme introduite par la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001⁵. Présentée comme novatrice en favorisant une logique nouvelle de performance de la gestion publique, elle développe des mécanismes de contrôle de la dépense publique et surtout de son efficacité. La doctrine s'en est saisie si bien que la simple lecture rapide des unes des mensuels hospitaliers donne une idée de l'influence que ce nouveau paradigme exerce désormais sur le management des établissements de santé. Pas un mois sans un article sur l'évolution des systèmes d'information hospitaliers dans le sens d'une plus grande

⁴ La révision générale des politiques publiques avait été annoncée par une communication en conseil des ministres, le 20 juin 2007, et officiellement lancée le 10 juillet 2007.

⁵ Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances.

performance⁶. Pas une politique de santé décrite sans associer pilotage stratégique de l'offre de soins et contrôle des dépenses de santé. L'informatisation occupe désormais une place primordiale dans la stratégie de pilotage hospitalier, elle se doit d'être accompagnée du développement d'un management efficace des ressources humaines.

La prise efficace de décisions pour les dirigeants nécessite une information préalable qui se doit d'être de qualité. Le fatalisme de Roy ROWAN expliquant que « *le management est l'art de prendre une décision à partir d'informations insuffisantes* » est, semble-t-il, dépassé.

Si dans la pratique le décideur ne dispose pas de toutes les informations qu'il souhaiterait détenir, il doit pouvoir trouver parmi ses collaborateurs les compétences qui lui font défaut et anticiper l'acquisition de celles dont l'organisation aura besoin dans l'avenir. Dans ces conditions, la performance réside aussi dans la gestion des compétences de tous les membres composant l'organisation **(B)**.

A) De la diffusion des concepts du secteur privé dans la gestion publique à la naissance de l'idée de performance à l'Hôpital

« Des concepts aux outils »

La notion de service public, telle que la concevait le « père » de l'Ecole du Service Public, le Doyen Léon DUGUIT, a évolué. Considérées initialement comme des activités indispensables à la satisfaction des besoins de la population, les activités de service public relevaient par principe de l'intervention étatique écartant l'idée d'une quelconque concurrence. Or, le développement des réglementations européennes a marginalisé peu à peu cette conception en considérant que des missions d'intérêt général peuvent très bien être prises en charge par l'initiative privée. Cette nouvelle donne allait peu à peu modifier le cadre de l'intervention de l'Etat et, de fait, la conception de la gestion de ses activités. L'environnement économique, où sont privilégiés la libre concurrence et le marché, joue un rôle moteur dans les mutations observées.

En effet, face aux difficultés budgétaires s'accumulant depuis une quarantaine d'années en raison des transferts de charges vers le citoyen, l'Etat a dû s'interroger sur ses propres modes de gestion et a intégré, lorsqu'il l'a jugé utile et faisable, des concepts et des outils de gestion inspirés de ceux de l'entreprise **(1)**, et notamment certaines démarches relevant d'un principe de gestion des connaissances.

Il paraît alors intéressant d'examiner ce qu'est la gestion des connaissances et la manière dont elle peut participer à la performance hospitalière **(2)**.

⁶ Pour exemple : Revue Hospitalière de France, octobre 2012, N°548.

1) L'évolution de la notion de service public hospitalier, vers le new public management « hospitalier »

La « nouvelle gestion publique » puisqu'il s'agit de la traduction française de New Public Management est un concept né dans les années 1970. Issue de l'idéologie néo-libérale, cette théorie pose comme principe que les formes classiques de l'Etat doivent être repensées pour améliorer l'efficacité de son intervention par une modernisation accrue des techniques de gestion administratives. Elle semble aujourd'hui devoir s'imposer comme partie intégrante des réformes hospitalières.

En effet, dans une interview donnée au mensuel Gestion Hospitalière de mars 2012, Madame Nathalie ANGELE-HALGAND⁷ indique que : « *l'opposition public/privé constitue une posture difficile à justifier aujourd'hui...parce que les principes du nouveau management public...autorisent de marges de manœuvre dans leur mise en œuvre...* ». Elle précise par la suite que c'est dans ces marges de manœuvres que doit se « glisser le management ». L'idée du changement est donc bien intégrée tant par la doctrine que par les textes.

La nouvelle gestion publique a entraîné un certain nombre de transformations organisationnelles mettant en place des structures de pilotage déconcentrées et des outils juridiques devant permettre d'assurer l'objectif de performance **(a)**. La distribution des missions d'intérêt général de l'hôpital (démantèlement du service public hospitalier avec la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST) de 2009) entre le public et le privé avait traduit l'idée que l'activité de soins devait être réalisée là où elle pouvait être, qualitativement et économiquement, la mieux menée à bien. Une gestion plus entrepreneuriale de la santé était ainsi entérinée.

Un premier bouleversement budgétaire était apparu avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Sa mise en œuvre place désormais l'hôpital dans une perspective d'évaluation préalable de son activité pour estimer ses financements à venir, ce qui le contraint à disposer d'outils fiables d'information **(b)**.

⁷ ANGELE-HALGAND Nathalie, « L'Hôpital entre performance et solidarité », interview, Gestion Hospitalière, mars 2012, n° 514, p 166.

a) une nouvelle conception opérationnelle au profit de la performance

De même que l'organisation administrative en général, le secteur public de la santé connaît une séparation affirmée entre « les fonctions stratégiques et de contrôle et les fonctions opérationnelles de mise en œuvre et d'exécution »⁸. Il n'est qu'à ce titre citer la mise en place des ARS, qui poursuivent en l'élargissant, le rôle des anciennes Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Le jacobinisme traditionnel qui présidait à l'administration hospitalière n'était plus adapté au pilotage de l'offre de soins. Les « ordonnances Juppé ⁹ » de 1996 ont disposé que l'échelon régional serait désormais le niveau de référence adapté pour définir et mettre en œuvre la politique de l'offre locale de soins.

Cette organisation, une fois retenue, devait faire l'objet « d'outils de communication » adaptés entre ces nouvelles entités et les établissements producteurs de soins. Remplaçant la planification verticale, des procédures « contractuelles », basées sur des contrats d'objectifs, allaient dès lors régir les relations essentiellement financières entre les ARS et les établissements relevant de leur ressort. Le contrat, outil privilégié du libéralisme économique, en est un import significatif. Il traduit une fois encore le changement de paradigme puisqu'il sert notamment aux ARS à fixer des objectifs de résultats en contrepartie desquels, les ARS fourniront aux établissements les financements nécessaires à la poursuite de leurs missions.

A la qualité « comptable » des activités des établissements de santé, les pouvoirs publics ont adossé un objectif plus global dépassant largement celui de la qualité des soins : la certification. La même année que la mise en place des ARS, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) était créée pour mettre en place la procédure désormais bien connue de l'auto évaluation, suivie d'une visite par des experts conduisant à la certification.

L'ensemble de ces méthodes est issu et adapté des techniques de gestion de l'entreprise et tourné vers un objectif affirmé et assumé : la performance. Cette dernière, pour être mesurée nécessite que soit mise en place une série d'indicateurs la quantifiant ou la repérant pour analyser les facteurs et les conditions de son atteinte, c'est l'utilisation de l'évaluation.

⁸ **CHEVALIER Jacques**, « Les systèmes administratifs à l'épreuve du New Public Management », CERSA, 19 août 2008 ».

⁹ **Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996**, réforme de l'hospitalisation publique et privée Journal officiel, n°98 du 25 avril 1996.

b) la culture de l'évaluation nécessite des outils d'information au profit des décideurs et des managers

Comme cela a déjà été évoqué, « l'éthique¹⁰ » de la fonction publique a évolué et la performance occupe désormais une place primordiale dans son action ; elle se diffuse dans toutes les dimensions de cette dernière. La performance doit être mesurée ; Pour cela, elle s'appuie sur des indicateurs définis à l'aide de ses points clés, c'est-à-dire de l'atteinte de certaines étapes ou du degré de mobilisations de moyens qui permettent d'atteindre l'objectif visé. Dans le domaine de l'évaluation de la performance hospitalière, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a mis au point l'outil Hospi-Diag® fonctionnant sur la base de cinq domaines d'indicateurs que sont : l'activité, la qualité, l'organisation, les ressources humaines, et les finances.

Etienne MINVIELLE, Directeur de la Qualité de l'Institut Gustave Roussy, explique à ce propos dans un article dans le mensuel Gestion Hospitalière¹¹, que « *le nombre d'indicateurs composant le système d'évaluation est primordial..* ». Il faut en effet adapter le nombre d'indicateurs au niveau de précision que l'on souhaite donner. Le ministère aura besoin de concision et d'homogénéité dans les informations qu'il souhaite analyser. Le gestionnaire de l'établissement quant à lui demandera à avoir accès à des informations plus précises sur le détail de son activité. « *La parcimonie... (D'utilisation du nombre d'indicateurs)...devrait se limiter au sommet ...* ». « *Les responsables de pôle et les gestionnaires en charge du suivi des opérations doivent pouvoir compter sur des systèmes d'appréciation de la performance complets et détaillés.* »

La nouvelle gestion publique repose donc, au regard de ce qui précède, sur la mise en place d'un pilotage fondé sur des objectifs de performance, son suivi est réalisé au moyens d'indicateurs. Mesurer la performance est une chose, mais pour qu'elle perdure il faut favoriser la continuité de ce qui fonctionne en en assurant la « mémoire ». Le lien entre la performance, les indicateurs et la mémoire de l'organisation constitue l'objet même de la démarche qualité. Le knowledge Management (KM) procède de cette synthèse car sa définition reprend pour partie ses différents éléments.

¹⁰ **DEMMKE Christoph**, « Evaluation de la performance dans les administrations publiques des Etats membres de l'UE », Etude pour la 48e réunion des directeurs généraux des administrations publiques des Etats membres de l'Union Européenne.

¹¹ **MINVIELLE Etienne**, « performance hospitalière, Rappel de quelques principes théoriques », Gestion Hospitalière, mars 2012, n°514, p173.

2) Le knowledge management, un outil importable au profit de l'hôpital ?

Plusieurs définitions du KM sont proposées par une littérature riche et spécialisée, mais nous retiendrons celle que *Jean Yves Prax* a donnée dans un ouvrage qui fait référence en la matière. Il utilise d'ailleurs une définition opérationnelle qu'il présente comme étant le fait de « *Combiner les savoirs et savoir-faire dans les process, produits, organisations, pour créer de la valeur* ».

L'auteur met en effet l'accent sur ce qui constitue la véritable démarche de KM. Selon lui c'est la combinaison des données et des processus humains utilisés permettant de leur donner du sens, pour réaliser un but prédéfini qui est celui de la création de valeur **(a)**. Cette dernière n'est pas une marge dégagée mais une utilisation optimisée des ressources que nous associerons à une facette de la « performance » **(b)**.

a) la synthèse des savoirs et savoir faire

La combinaison évoquée précédemment des savoirs et savoir-faire d'une organisation nécessite préalablement que soient définis ces concepts. Le Knowledge Management ou gestion des connaissances donne à réfléchir sur ce qui est considéré comme étant une connaissance. Le Larousse précise qu'elle est « *l'ensemble de ce que l'on a appris : notions, culture dans un domaine précis* ». La connaissance semble donc être un ensemble organisé d'informations enregistrées volontairement dans un domaine défini. Elle procède alors d'une démarche proactive d'un individu ou, dans ce cadre d'étude, d'une organisation à mettre en place. Dans l'article intitulé « *Analyse comparée de méthodes de gestion des connaissances pour une approche managériale* »¹², Madame Françoise BARTHELELME-TRAPP donne une définition très intéressante de ce qu'est la notion de connaissance. Elle indique que cette dernière « *n'est ni une donnée ni une information mais une capacité humaine acquise avec le temps, qui permet de relier des informations en leur donnant du sens* ». La connaissance pourrait donc être un ensemble d'informations déjà organisées par le raisonnement de celui qui en fait l'acquisition. C'est dans ce sens que Jean-Yves PRAX définit la connaissance puisqu'il indique dans son manuel qu'elle n'est pas « *seulement mémoire figée (..) mais (une mémoire) toujours activable selon une finalité, une intention, un projet.*¹³ »

Le fait que la gestion des connaissances doit poursuivre un but qui est celui de « *la création de valeur* » sera abordé prochainement.

¹² **Françoise BARTHELELME-TRAPP**, « analyse comparée de méthodes de gestion des connaissances pour une approche managériale ».

¹³ **PRAX Jean- Yves**, Le manuel du Knowledge Management, 3^{ème} éd., DUNOD, Edition Polia, p68.

Auparavant, il convient de prendre en considération la raison pour laquelle la gestion des connaissances s'est vite rendue utile et identifier en quoi la synthèse des savoir-faire utilisés par les organisations pour améliorer leur efficacité, résulte comme beaucoup d'autres d'un constat d'échec, largement partagé, qui est celui de l'oubli des expériences passées. Le temps qui passe, la dimension des organisations, leur complexité, des défaillances dans la circulation des informations ont rendu indispensable la mise en place de systèmes de conservation des connaissances, de gestion des savoir-faire et des personnels, de leur partage.

b) au profit d'un but partagé : la performance

La performance est difficile à définir intrinsèquement, mais chacun d'entre nous la perçoit comme quelque chose de positif qui s'opposerait à ce qui est inefficace donc non susceptible d'atteindre l'objectif visé. Il est envisageable de dire, au vu de ce qui précède, qu'elle est le résultat mesurable de la mise en place d'une organisation pensée pour atteindre avec efficience (c'est-à-dire avec le niveau souhaité de productivité des moyens mis en jeu), un objectif. La gestion des connaissances participe de cette recherche d'efficacité et c'est ainsi que J-Y PRAX justifie l'existence de la gestion des connaissances par l'objectif d'amélioration de la performance.

« La gestion des connaissances n'a de sens que si elle est reliée au business, à la capacité à améliorer la performance. ¹⁴ ».

Une démarche de gestion des connaissances n'est en effet « rentable » que si elle est orientée vers l'objectif d'améliorer ce qui fait le cœur de métier de l'organisation. C'est-à-dire, à l'hôpital, un accès de tous à une prise en charge de qualité (La performance hospitalière).

Les développements à venir aborderont le fait que la gestion des connaissances appliquée à l'hôpital est une démarche qui se doit d'être globale c'est-à-dire autant tournée vers l'amélioration des processus d'acquisition de données que destinée à valoriser ceux qui lui donnent du sens : les personnels hospitaliers.

Des dispositifs informatiques existent dans les différents services de l'hôpital et permettent l'acquisition d'informations critiques et leur analyse. Les systèmes d'informations en santé assurent la connaissance de l'activité des services de soins quasiment en temps réel. De ce fait, les médecins, les infirmières peuvent accéder aux dossiers des patients et disposer en ligne des prescriptions médicamenteuses. Ils

¹⁴ PRAX Jean- Yves, Le manuel du Knowledge Managment, 3 ème ed. , DUNOD, Edition Polia, p20.

concernent l'activité de tous les services qui utilisent le logiciel Crossway®. Pour assurer la gestion de sa trésorerie, la Direction des Finances doit par exemple être en mesure de connaître quotidiennement en temps réel, les dépenses que le fonctionnement de l'établissement génère et ses recettes issues de la facturation. Pour cela, les logiciels des admissions (Type LOGON GAM®) incrémentent une base de données qui informe sur le coût du séjour et les droits relatifs à chaque patient, permettant ainsi de pré-positionner l'encaissement des recettes. C'est en tout cas l'observation faite durant le stage en établissement.

La Direction des Achats pour sa part, suit ses approvisionnements, ses stocks au moyen de logiciels spécifiques communicant avec les fournisseurs (UniHA®). Ces derniers lui permettent dans le cadre des marchés publics de procéder notamment aux réapprovisionnements de manière dématérialisée permettant ainsi de gagner un temps considérable, en évitant une gestion manuelle fastidieuse des stocks génératrice d'erreurs et d'oublis, en favorisant une gestion quasi automatique des réassorts. (Inventaires électroniques et alertes sur les produits venant à manquer).

La performance ne se limite pas seulement au résultat de l'aide fournie par les nouvelles technologies. Si l'organisation possède un certains nombres d'outils, de procédures, c'est-à-dire les biens « tangibles » bien qu'incorporels ; l'agent hospitalier dispose quant à lui de l'expérience, de la capacité à donner du sens aux informations brutes que lui transmettent les outils. Une partie du travail de gestion des connaissances, c'est le management de ce patrimoine « immatériel » qu'est le savoir faire des agents.

Gérer les connaissances à l'hôpital c'est faire « cohabiter » de manière efficace le développement d'outils de recueil de données et faciliter la mobilisation des équipes en mettant en commun des expertises, des talents au profit de la performance.

B) Des outils de recueil des données à la gestion humaine des savoir-faire.

« Du process à l'humain ».

Basé sur des procédures étrennées, standardisées, l'exercice de la décision stratégique doit se fonder sur une réactivité de l'ensemble des acteurs de l'organisation. La performance résulte de la capacité d'une organisation, qui possède des outils de recueil, de formalisation et d'analyse d'informations **(1)** et d'un personnel formé capitalisant les savoir-faire nécessaires, capable de répondre, et de s'adapter à des situations complexes en innovant. Valoriser « le Capital Intellectuel » est aussi au cœur des démarches de KM qui doivent se fonder sur la participation collective et la création humaine **(2)**.

1) La gestion des connaissances au profit du soutien de l'activité : l'optimisation des processus de recueil de données

Les technologies de collecte de données (d'activité) font l'objet d'une grande vigilance des pouvoirs publics qui les considèrent comme indispensables à l'adaptation du secteur de la santé aux contraintes économiques contemporaines. Ils demandent donc à des agences spécialisées d'assurer un appui technique en développant des outils d'aide à la décision.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a, en 2012, dans un rapport intitulé « Piloter le projet SI par la valeur¹⁵ », proposé une démarche intéressante consistant à évaluer l'impact de l'informatisation au regard de la performance globale des établissements considérés.

Cette évaluation est structurée par des indicateurs qui ont permis de mesurer l'impact de la mise en place d'un système d'information ayant fait émerger les principales données, permettant de mesurer la performance en santé. Ces indicateurs sont les suivants : « *la qualité et la sécurité des soins, l'égalité et l'accessibilité des soins ainsi que l'efficience opérationnelle et budgétaire* ».

Les établissements perçoivent en effet que leur performance est dépendante d'outils informatiques comme les SI pour le recueil de données brutes. La procédure de certification vient compléter cette dimension technique en associant une dimension qualitative aux informations collectées.

Les deux sous parties suivantes présenteront deux composantes du recueil de données. La première concerne le développement des systèmes d'information dans sa composante technique **(a)** et la seconde concerne le cadre réglementaire de ce développement qui poursuit un objectif plus général qui est celui de la qualité. **(b)**.

a) L'informatisation et le développement des systèmes d'information

La dématérialisation et la centralisation des données de santé des patients constituent les pivots de l'actuelle réforme numérique hospitalière. Cette dernière fait de l'informatisation une partie intégrante du projet d'établissement. La mise en place de méthodes de recueil de données fait l'objet d'une véritable attention des pouvoirs publics, qui conscients des enjeux développent des programmes de modernisation, assurent, par le biais d'agences spécifiques, un soutien au développement et mettent en place des plans de financement

¹⁵ ALAIN Didier, DOUESNEAU Christophe, « Piloter les Projet SI par la valeur », ANAP, 2012.

renforcés. Le centre hospitalier dans lequel se situe cette étude fait d'ailleurs du développement de son système d'information un pilier de son projet d'établissement. En effet le schéma directeur 2011-2014 indique notamment que font partie des axes stratégiques, la circulation de l'information nécessaire pour piloter les activités et les ressources.

Cependant, l'ampleur de la tâche, les difficultés éthiques et techniques ralentissent la mise en place de ces outils stratégiques d'aide à la décision. A titre d'exemple le dossier médical personnel (DMP) tarde à se mettre en place dans les établissements du fait que de nombreux débats sur la sécurité des données personnelles ne sont toujours pas clos. Si certains « chantiers numériques » prennent du retard, d'autres cependant ont le vent en poupe.

La Direction à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé (DSSIS) et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ont lancé en 2011 le programme Hôpital Numérique. Ce programme a en effet pour objectif de promouvoir le développement, la modernisation des systèmes d'information hospitaliers et de fixer des objectifs à cinq ans en accompagnant les établissements de santé dans l'avancement de leurs projets. Ce programme s'appuie notamment sur des leviers tels que le renforcement des compétences des professionnels en informatique et sur les aspects « systèmes d'information et mutualisation des SI ». Il sera aisé de constater que ce dernier axe répond à certaines difficultés évoquées lors des entretiens avec les services.

L'informatisation de la santé est un enjeu important pour l'avenir. Le programme Hôpital numérique, un élément de réponse parmi d'autres, trouve son origine dans une série de débats parlementaires entamés en 2005. En effet un rapport d'information du Sénat¹⁶ mettait en évidence que si la France se situait dans la moyenne européenne, les SIH français connaissent un retard dans leur développement et souffraient d'un cloisonnement trop important. Cloisonnement qui nous le verrons n'est pas limité aux problématiques d'interopérabilité des logiciels alimentant le SI, mais également lié à l'organisation même, très hiérarchisée de l'hôpital. Au-delà des problématiques techniques précitées d'autres obstacles ralentissent le déploiement des systèmes d'information notamment ceux qui sont liés à la manipulation de données à caractère personnel.

¹⁶ **JÉGOU Jean-Jacques**, Rapport d'information n° 62 (2005-2006) fait au nom de la commission des finances, déposé le 3 novembre 2005.

Actuellement, la sécurité de l'information, issue de la dématérialisation des données de santé, pose problème à travers le déploiement du DMP évoqué préalablement. Ce dernier a besoin d'accès au SI pour pouvoir être alimenté. Or une des difficultés à surmonter est que la fiabilité de l'identité, à laquelle sont rattachées les informations médicales stockées, soit assurée. Les règles de confidentialité imposées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) rendent également complexes leur accès et leur stockage.

La DGOS considère cependant que la modernisation des SI constitue « les chantiers » majeurs de l'hôpital de demain et a annoncé lors du comité de pilotage du 2 avril dernier que l'utilisation d'une méthode scientifique pour l'évaluation de la création de valeur des SI serait expérimentée. Pour cela une étude sera menée pour évaluer l'impact de leur utilisation sur la sécurité des soins et l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Cette méthode basée sur un certain nombre d'indicateurs « Hôpital numérique » sera accompagnée par l'ANAP. Elle permettra de vérifier si les critères de qualité des systèmes d'informations contenus dans la certification V2010 sont également remplis.

Le lien logique entre gestion des connaissances et performance paraît ressortir de la démarche qualité au sens large du terme, ce qui amène naturellement à en examiner la consistance.

b) Le développement de la standardisation des procédures : la démarche qualité

La qualité de l'information est primordiale de même que la manière dont l'organisation la traite, et la standardise. Les établissements de santé sont désormais rompus aux exigences normatives en la matière puisqu'ils sont tenus de respecter une procédure de certification conditionnant notamment l'autorisation de leurs activités de soins.

Le mouvement d'introduction de la démarche qualité dans les établissements de santé s'est développé progressivement sous l'impulsion de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 puis sous celle de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, instaurant l'accréditation des établissements de santé français. Ce n'est qu'en 2005, avec la création de la Haute Autorité en Santé (HAS) (remplaçant l'ANAES) que l'accréditation devient la certification. La visite de certification de l'établissement a été réalisée en 2011 et la HAS vient de transmettre au Centre Hospitalier ses conclusions. Sur cette base le programme qualité de l'établissement va être adapté, venant répondre notamment

aux recommandations faites par la Haute Autorité. Ces dernières préconisent aux établissements une certaine rigueur et notamment dans la manière dont ils assurent la traçabilité de leurs données médicales et la matérialisation de leurs procédures (annonce d'un dommage lié aux soins par exemple). Gestion des connaissances et qualité semblent alors intimement liées et cela pour la simple et bonne raison que la première répond aux spécifications de l'autre. La gestion des connaissances est un outil qui poursuit l'amélioration de l'efficacité d'une organisation par la collecte, le tri et la valorisation des connaissances.

La qualité, quant à elle, permet d'assurer une sorte d'effet cliquet anti-retour des progrès atteints par la concrétisation des bonnes pratiques et leur diffusion. (cf. roue de Deming). Elle permet d'établir l'analyse des fonctionnements et de mettre en lumière ce qui dysfonctionne éventuellement. Une fois identifiés, les évènements indésirables sont étudiés et des préconisations sont faites par des groupes de travail pour y remédier durablement.

La démarche qualité, d'un point de vue formel cette fois ci, constitue le plan d'action entrepris pour maintenir cette progression. Elle vise donc à s'engager dans une démarche d'amélioration continue sur la base d'un contrat. Ce dernier est « passé » entre l'organisation et l'organisme certificateur (la HAS) conformément à un référentiel de normes prédéfinies (ISO 9001). Elle se diffuse à travers l'ensemble des fonctions de l'organisation : Les ressources humaines, la maintenance, la gestion des projets, la communication interne et externe, l'activité des services, la stratégie, la gestion des informations provenant des « clients », la maîtrise des approvisionnements. Il paraît important d'insister sur un des aspects de la démarche qualité qui est celui de la gestion documentaire ; cette dernière semble constituer un aspect primitif de la gestion des connaissances, celui du référencement des pratiques. Le Centre Hospitalier l'a mise en place récemment (2011) sous une forme informatisée, cependant pas encore disponible par le biais d'un intranet car le projet est actuellement en suspend.

Le Centre Hospitalier Universitaire voisin utilise un système informatisé de gestion documentaire depuis quelques années et a fait l'acquisition d'un logiciel de management de la qualité (GED-ENNOV®) lui permettant de faciliter et de fiabiliser sa gestion documentaire. Ce logiciel à l'avantage de mettre à disposition des utilisateurs un ensemble de formulaires (fiche EIG, Fiches action, référentiels..). Cependant, l'informatisation ne remplace pas le travail humain et le CHU vient de créer un comité de pilotage de gestion des risques pour donner aux informations recueillies une traduction stratégique ayant pour objectif de préparer la prochaine visite de certification.

La standardisation est la méthode retenue généralement pour mettre en cohérence les documents de l'institution et permettre à chaque utilisateur de « *disposer à tout moment du bon document dans sa bonne version en fonction de ses besoins* ¹⁷ ». Cette définition de la gestion documentaire que l'ANAES donne fait largement penser à la définition utilitaire¹⁸ du KM que J-Y. PRAX évoquait dans son manuel comme définition satisfaisante. En effet, La gestion documentaire est une étape préliminaire et nécessaire du KM, mais elle doit être associée à d'autres mécanismes pour constituer une véritable démarche de KM. Elle « *permet d'offrir à l'ensemble des acteurs une visibilité sur les procédures existantes conduisant à une mise en commun, évitant de recommencer le travail dans un nouveau secteur*¹⁹ ». La gestion documentaire relèverait alors, selon l'auteur, en tant qu'initiative isolée, plutôt de l'intelligence économique. La démarche de KM ne poursuit pas le seul objectif de conserver de la connaissance mais de la capitaliser pour créer de la valeur. Cette démarche a besoin, pour cela, d'une intervention humaine moins « standardisée », mais plus complexe à gérer. Ce qui amène à prendre en considération les acquis et les potentiels des personnels.

La stratégie des organisations et les décisions, qui en découlent, ne se fondent pas uniquement sur l'application de procédures standardisées, mais reposent également et surtout sur la capacité d'innovation partagée entre tous ses membres. C'est la dimension humaine du KM qu'il faut maintenant développer en s'appuyant sur le fait que la gestion des connaissances est aussi celle des compétences.

2) La gestion des compétences des personnels, la pérennisation des « savoir-faire »

Les organisations ont souvent ignoré les individus en privilégiant l'organisation « scientifique du travail ²⁰ »; Or la dimension des ressources humaines est devenue primordiale dans la conception moderne des entreprises et ne peut faire l'économie d'un

¹⁷ ANAES, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », avril 2002.

¹⁸ PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Editions, p18.
« *Apportez-moi l'information dont j'ai besoin, au moment où j'en ai besoin, et si possible sans que j'en fasse la demande* ».

¹⁹ ANAES, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », avril 2002, p60.

²⁰ L'O.S.T est une méthode de gestion et d'organisation des ateliers de production, dont les principes ont été développés et mis en application industrielle par Frederik Winslow Taylor (1856 - 1915).

management adapté, différent de celui que « l'Administration » a pu connaître jusqu'à présent. Aujourd'hui, les savoir-faire des « salariés », au sens large, constituent un élément important quoique non comptabilisé du patrimoine des organisations quand l'importance de l'appareil productif a tendance, lui, toutes proportions gardées à s'amoinrir.

Le management des compétences, puisque c'est de cela dont il s'agit, a alimenté une réflexion sur les méthodes d'identification et d'évaluation des compétences. Il interroge sur les impacts qu'il produit sur les principes et les règles de gestion des personnels (évaluation des compétences individuelles, validation des acquis principalement). L'entreprise (au sens large) a pris conscience des gisements de productivité de la gestion des compétences, exploitables à travers la gestion des ressources humaines. Le quantitatif laissant une place plus large au qualitatif.

Il convient alors de préciser ce que sont les compétences dans le cadre de cette étude. L'Association Française de Normalisation (A.F.N.O.R.)²¹ en donne la définition suivante : *c'est la « mise en oeuvre en situation professionnelle, de capacités qui permettent d'exercer convenablement une fonction ou un métier ».*

Les compétences sont, de manière synthétique, des connaissances, des savoir-faire disponibles, dans un environnement donné pour répondre à un objectif déterminé. Le management des compétences peut donc être conçu comme la manière d'associer des savoir-faire pour faire face à des situations professionnelles identifiées. Devant la manière, dont les ressources humaines évoluent, des dispositifs réglementaires ont « clarifié » et encadré le management des compétences.

La mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) dans les établissements hospitaliers comme le texte sur la réforme de la Formation Tout au Long de la Vie (le décret 2008-824 du 21 août 2008) participent de cette démarche et renforcent le rôle du cadre dans le processus de recensement et d'identification des parcours professionnels.

La gestion des ressources humaines et la formation révèlent ainsi leur dimension d'outil de management.

La gestion des connaissances, dans sa dimension humaine, consiste à adapter la stratégie de gestion des effectifs aux besoins, lorsque des recrutements sont possibles **(a)** et cordonner l'évolution des compétences des agents en fonction de leurs demandes et celle de l'évolution prévisible de l'activité des services de l'établissement **(b)**.

²¹ AFNOR NF x 50 -70 (1996) - Formation professionnelle – Terminologie.

**a) La gestion de la cartographie des compétences au profit du recrutement :
La GPEC**

La GPEC permet de mettre en place une politique de recrutement en l'intégrant dans une démarche prévisionnelle, prospective. Elle est un tournant dans la gestion des ressources humaines en ce sens que, désormais les organisations ont pris conscience que la diversification des formations, des parcours est une nécessité pour enrichir le patrimoine de « l'entreprise » au travers des potentialités nouvelles acquises ou révélées de ses agents.

Autrefois gérées à court terme, les ressources humaines ainsi repensées témoignent de la volonté d'abandonner une gestion trop bureaucratique, et de valoriser l'adaptabilité des compétences notamment par la formation. Cette vision est partagée par l'auteur d'un rapport à l'origine de la création de la GPEC qui associe gestion des compétences et management.

En se référant au rapport d'Henri ROUILLEAULT publié le 1er août 2007 on peut définir la GPEC comme : *« une gestion anticipative et préventive des ressources humaines, visant à détecter et à résoudre en amont des questions relatives à l'évolution des métiers, des emplois et des compétences, (en) fonction des contraintes de l'environnement de l'entreprise, ou du groupe, et de ses choix stratégiques, adaptée aux spécificités de l'entreprise, ou du groupe, aux enjeux de ses acteurs, et proportionnée à ses ressources ».*

C'est un *« outil de gestion impliquant les responsables opérationnels et l'encadrement de proximité, ... un dispositif comportant un volet collectif sur la prospective des métiers, des emplois et des compétences ».* C'est un outil facilitant finalement l'ajustement des besoins à l'évolution anticipée de l'organisation.

Le lien entre GPEC et performance ne relève pas de l'évidence, mais la GPEC constitue indéniablement une idée de gestion prospective des compétences, comme l'évoque H. ROUILLEAULT, avec pour finalité d'apporter une valeur ajoutée, un potentiel mobilisable pour le développement d'activités nouvelles. Performance et GPEC se croisent donc à travers l'effet d'innovation qu'elles partagent toutes les deux.

La gestion des compétences ainsi conçue améliore, « le capital humain » ou « patrimoine immatériel de l'entreprise ». Ce capital humain, J-Y PRAX en fait le second élément de la démarche de Knowledge Management car selon lui l'information brute issue des systèmes d'information, n'acquiert de « valeur ajoutée » que par son appropriation humaine, riche de ses acquis façonnés par l'expérience professionnelle.

La GPEC poursuit donc un objectif connexe à la gestion des connaissances ; celui de la composante « recrutement » de la performance alors que la formation constitue la composante complémentaire. Les compétences que l'on ne peut trouver dans un recrutement, peuvent être acquises en interne par la formation professionnelle.

b) L'organisation de la formation continue des personnels : la FTLV un ajustement des compétences aux besoins futurs.

La formation tout au long de la vie (FTLV) est le prolongement opérationnel de la GPEC. Née avec la loi 2 février 2007 relative à la modernisation de la fonction publique (venant compléter la loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social), elle vise la mise en place, au niveau de l'établissement, d'un plan de formation nourri par la synthèse des besoins remontés lors des entretiens individuels de formation.

Si la GPEC constitue un outil de gestion des compétences par l'évaluation prospective des besoins futurs en termes de compétence, la FTLV permet quant à elle de proposer une réponse technique aux compétences rares sur le marché du travail. Présentée comme tournée vers la satisfaction des projets professionnels des agents (ce qu'elle est également), elle demeure néanmoins un outil de management pour l'établissement.

En ce qui concerne spécifiquement le management de la gestion des connaissances, l'entretien de « carrière » constitue une clé de pilotage adaptée puisqu'il permet de détecter des projets professionnels pouvant servir l'organisation et l'identification des besoins de compétences nouvelles. Cette remontée d'informations à la Direction des Ressources Humaines permet d'adapter la stratégie de recrutement et de formation en fonction des orientations prises par l'organisation et des projets individuels de formation.

En effet, la formation professionnelle permet aux acteurs de l'organisation l'accès et l'acquisition de savoirs nouveaux. Sur cette base, ils pourront construire de nouvelles compétences nécessaires à l'évolution de leurs métiers. Aujourd'hui encore beaucoup de managers hospitaliers assoient la gestion des carrières des agents principalement sur les seuls concours, mais la FTLV permet de nuancer ces pratiques en offrant des possibilités alternatives de montée en qualification.

Les compétences ne sont pas exclusivement une préoccupation de l'organisation qui recrute, elles sont aussi celle de l'agent soucieux du développement de sa carrière si bien qu'un droit individuel à la formation (DIF) a été créé. Dans un contexte de mutation de

l'emploi, les agents doivent en effet pouvoir posséder « un portefeuille de compétences ²² » leur permettant de faire face à une potentielle mobilité professionnelle. La formation professionnelle peut alors être conçue comme un outil destiné à fidéliser les agents et leur permettre d'évoluer au sein de l'établissement. Gérer les compétences, c'est aussi savoir les garder...

A la lumière de ce qui vient d'être exposé il est apparu que l'environnement administratif et plus précisément celui de l'hôpital évolue et que des idées se diffusent et s'installent pour « forger » peu à peu une véritable culture publique tournée vers l'objectif de la performance. Or il est rare que le changement puisse être d'application immédiate, car l'inertie générée par des années de pratiques différentes impose des étapes de transition. L'ensemble des « percées » que nous avons pu observer paraît être une première étape dans la recherche de l'efficacité de l'action publique.

La gestion des connaissances suit cette même évolution et apparaît en filigrane de manière « pointilliste » derrière la mise en place d'un certain nombre d'outils complémentaires. Par strates successives, les établissements de santé intègrent, avec les ressources qui sont les leurs, les outils nécessaires à une démarche de gestion des connaissances et adaptent leur management en conséquence.

Trop récente pour faire partie du « *patrimoine commun* », la gestion des connaissances ne connaît pour l'instant que des incursions ponctuelles dans son domaine ce que révèlent les entretiens dont la synthèse et l'analyse constitueront la seconde partie du mémoire.

²² PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Éditions, p384.

II Une communauté d'utilisateurs « sensibilisés » à la gestion des connaissances

La diffusion de l'idée de la gestion des connaissances dans les pratiques trouve un écho dans le fonctionnement quotidien des établissements de santé. La synthèse des entretiens, menés auprès des agents du Centre Hospitalier et du Centre Hospitalier Universitaire du territoire de recours, en témoigne. Les personnels interrogés évoquent à la fois l'idée de performance qui fait partie des « contraintes intégrées » dans le fonctionnement des établissements de santé mais ils associent également de manière notable la gestion des connaissances à la performance. Les deux dimensions du KM sont instinctivement intégrées de telle sorte que tant l'évocation des outils de recueil des informations (tableaux de bord, système d'information) que la dimension de management des ressources humaines sont couramment évoqués dans les entretiens. Pourtant le concept de gestion des connaissances n'est pas perçu comme un objectif affirmé en tant que tel.

Si comme *Monsieur Jourdain*²³, certains professionnels font de la « prose » sans le savoir, d'autres connaissent des méthodes du KM mais éprouvent des difficultés diverses à développer et généraliser les outils qu'ils utilisent ou ont mis en place. De manière générale les entretiens démontrent que la gestion des connaissances est une véritable attente des professionnels à l'hôpital. Mais cette dernière demeure à l'état embryonnaire et des marges de manœuvre demeurent disponibles. Cependant des initiatives ponctuelles existent **(A)**.

La méthode des entretiens ciblés va permettre de déterminer la représentation que chacun se fait de la gestion des connaissances, des définitions retenues, de cerner les difficultés rencontrées, les attentes; mais également elle leur permet de caractériser ce qu'ils entreprennent au quotidien et qui constitue un projet, sinon une démarche allant dans le sens d'une plus grande performance. Les entretiens vont fournir un éclairage sur la manière dont les professionnels se positionnent sur ce type de projet et les attitudes managériales qu'ils déploient ou qu'ils souhaitent voir se développer.

Si leur synthèse révèle une absence apparente de pilotage unifié de l'ensemble des données générées par l'établissement **(B)** en tant que démarche construite de KM, cela ne traduit pas forcément une carence à laquelle il faut faire face.

²³ **MOLIERE J.B.P** « Le Bourgeois Gentilhomme », 1670.

A) Des pratiques fonctionnelles approchant la théorie du Knowledge management

La trame de questions utilisée dans les entretiens (voir questionnaire en annexe) a été rédigée de manière assez « ouverte » pour ne pas influencer les personnels dans leurs réponses. En effet, lorsque les managers des établissements sont sollicités sur la gestion des connaissances, ils ont une représentation de ce qu'elle doit être mais il y a des constantes dans leur approche réelle qui doivent être exposées. Il apparaît néanmoins que la démarche de gestion des connaissances dans sa globalité est partagée instinctivement par l'ensemble des personnes rencontrée **(1)**.

Des études ont été menées comme celle de l'entreprise KPMG sur les principaux freins à la mise en place d'un projet de gestion des connaissances en entreprise. La variété des réponses au questionnaire traduit effectivement les craintes que les managers avaient pu exprimer dans l'enquête réalisée par KPMG. Relevant d'un nécessaire travail d'équipe, la gestion des connaissances peut être rendue mal aisée du fait de réticences humaines mais le principal frein exprimé reste celui du manque de temps pour y contribuer **(2)**.

1) Des dynamiques personnelles existantes

Sans pour autant constituer une réelle application du KM au sens que J-Y PRAX en donne, des démarches existent au sein des services pour cristalliser des procédures et s'assurer par leur mise en ligne qu'elles sont disponibles à la lecture de ceux qui en auraient besoin **(a)**. Ces démarches sont bien souvent des initiatives « maisons » réalisées avec les moyens disponibles dans le service (scanner, et réseau de l'établissement) car elles correspondent à la conception que se font les agents de la gestion des connaissances. Certains services comme la Direction des Achats ont numérisé l'intégralité de leurs documents si bien que les procédures de marché, les organigrammes, les courriers de la direction sont conservés sous format informatique et sont disponibles en lecture sur le serveur de l'établissement. Cependant, malgré certaines préventions incontestables, agents et managers ont fait état de leur souhait d'approfondir la démarche en la rendant plus transversale **(b)**.

a) Une conservation organisée des « données » encouragée

Il convient de préciser ce que qu'est la notion de conservation des données. Les entretiens traduisent une dualité de sens de la notion de données. Deux acceptions sont possibles et il faut les préciser : Celle littérale qui traduit la notion de donnée « comme un fait brut qui résulte d'une observation » (Ce sont par exemple les chiffres que donnent les requêtes auprès du système d'information.), l'autre fait référence à un ensemble organisé par des outils comme les tableaux de bord. Ces derniers intègrent des intentionnalités. Présentées et donc organisées, les données figurant dans ces tableaux constituent de la sorte des informations porteuses de sens puisqu'elles ont vocation à délivrer un message. Le recueil des données par les services sert, d'une part à mesurer leur activité et faire remonter le cas échéant des besoins matériels ou humains, d'autre part le recueil des données relève d'une obligation car ces informations sont la base nécessaire d'un dialogue et présentées devant les instances elles alimentent les réflexions de ces dernières sur les choix stratégiques à retenir.

Intégrée par les directions fonctionnelles de l'établissement, la conservation des données et informations fait l'objet d'architectures informatiques partagées au sein desquelles sont accessibles, des données chiffrées, des outils, des procédures de travail nécessaires, tant à l'organisation de l'activité qu'à son analyse. La conservation de procédures participe de la recherche d'un gain de temps, car reprendre ce qui existe c'est éviter d'avoir à le refaire par la suite. Il faut « assurer la mémoire de l'établissement ».

Le Centre Hospitalier répond donc aux obligations réglementaires en la matière, puisque tant la cellule qualité que le service informatique sont engagés dans une démarche de programmation d'objectifs, relevant de la gestion des données. Les plans d'actions assurant la mise en œuvre du programme qualité et les orientations prises par l'établissement en matière informatique figurent sur le serveur commun de l'établissement sous la forme de documents numérisés

Conservé la trace de ce qui a pu être mis en place dans une situation donnée facilite l'aide à la décision dans un environnement complexe. En matière financière par exemple les règles de financement ont connu une complexification croissante. La conservation de tableaux de bord adaptés aux exigences comptables permet de récupérer des modèles directement réutilisables et nécessitant peu de modifications.

La conservation des « données » est présentée par les interrogés comme un gain réel de temps. Cette conservation se fait de plus en plus sur la base d'un support informatique mais dépend de l'état d'avancement des services en la matière, car le passage du support papier au numérique n'est pour certains qu'un changement de méthode de travail

et une révolution pour d'autres. Il résulte de cela, que bien souvent il existe une double conservation.

Les entretiens auprès des agents mettent en avant que la conservation est de plus en plus encouragée par l'encadrement, sans pour autant que celle-ci fasse l'objet d'instructions sur la manière de la réaliser.

Si une gestion documentaire est mise en place dans l'établissement, l'ensemble des documents produits ne bénéficie pas d'un enregistrement. Compte tenu du temps nécessaire pour formaliser les documents et les répertorier, bien souvent seuls les documents concernés par la certification font l'objet d'une normalisation et d'une dématérialisation.

b) Des attentes réelles exprimées

Ce que montrent de manière significative les entretiens, ce sont les attentes des personnels sur les avantages qu'ils peuvent tirer de la mise en place d'un projet de gestion des connaissances. Ils reproduisent l'ensemble des attentes que l'on retrouve dans les manuels de management évoquant le KM. Il semble naturel de les classer dans l'ordre d'importance que leur donne l'ensemble des personnes interrogées.

L'attente la plus souvent évoquée par les chefs de service mais également par les agents est la formalisation des pratiques. La crainte exprimée est en effet que le départ d'un agent provoque un ralentissement de l'activité du service. En effet, si le remplacement est effectué par un collègue, il aura alors à sa disposition une trace des actions quotidiennes à réaliser.

Pour l'encadrement, la volonté exprimée n'est pas de formaliser l'ensemble des pratiques, le souhait le plus couramment exprimé est que les fiches de poste au minimum soient numérisées et que les principales missions de l'agent y figurent. La conservation des travaux préparatoires et projets menés par le service figure parmi les attentes car ces documents permettent le tuilage de projets et de réutiliser les méthodes grâce auxquelles ils ont été menés à bien.

La seconde attente, corollaire de la précédente consiste dans le développement des référentiels de veille dans les domaines d'activité du service. C'est par exemple le classement des textes législatifs, réglementaires, les décisions de justice, les articles de journaux correspondant à l'activité du service. Par thème, la conservation de ces

éléments et leur mise à jour permet de définir le cadre des activités et le faire évoluer ainsi au plus près de la réglementation.

Pérenniser et capitaliser les connaissances acquises par le service sont en résumé les points communs des attentes exprimées précédemment.

Impulser de nouvelles façons de travailler, améliorer la prise de décisions sont des axes d'amélioration également évoqués par les personnes interrogées mais qui n'apparaissent qu'en second plan.

Les attentes exprimées dans les entretiens traduisent avant tout la volonté d'obtenir un résultat immédiat pour parer aux contraintes du quotidien, ce qui explique les difficultés évoquées par les agents.

Il s'agit en effet d'attentes opérationnelles plus que de véritables projets à long terme, dont l'inertie des pratiques peut rendre compte. En effet, la démarche de gestion des connaissances procède d'une diffusion relativement récente dans le fonctionnement administratif et fait face à des difficultés de différentes natures.

D'une part elle nécessite un changement collectif et piloté de la manière de travailler et d'autre part elle doit être intégrée dans l'organisation du travail.

2) Une implication collective évidente mais perçue comme compliquée

Pour que le développement des savoirs et leurs transmissions deviennent un automatisme, les missions et les responsabilités de chaque intervenant doivent évoluer pour assurer « au fil de l'eau » la capitalisation des connaissances. Cela suppose une implication collective et coopérative. C'est assurément une position partagée sur la dimension coopérative que doit revêtir le projet ; il ressort des documents figurant sur le serveur de l'établissement que cette dimension collective est appréhendée. La gestion des connaissances est en effet perçue comme un bénéfice au bon fonctionnement des activités du service mais les managers évoquent une implication parfois inégale de certains agents, quand ces derniers font remonter des difficultés techniques réelles **(a)**.

Cette situation explique que la réponse nécessaire aux obligations du quotidien rende difficile la mise en place d'un tel projet si celui-ci ne rentre pas dans le cadre des missions intégrées dans le temps de travail **(b)**.

a. Des freins humains et techniques évoqués

Les freins au développement sont sensiblement les mêmes que ceux décrits dans une étude produite par KPMG²⁴ sur ce thème puisque le manque de temps et de moyens font partie des éléments principalement avancés par les interrogés. La difficulté à changer la culture de l'organisation est également prononcée.

La nécessité d'un pilotage stratégique unifié au niveau de la Direction Générale, les réticences exprimées dans les études relatives à cette question sont à prendre en compte.

Les difficultés d'ordre techniques alléguées ressortent de plusieurs niveaux. A l'hôpital, l'une d'entre elles est de faire communiquer de manière efficace les différentes « couches » de logiciels constituant le système d'information. Cet écueil est pris en compte par le service informatique qui assure en permanence le lien entre les utilisateurs et les fournisseurs de solutions informatiques comme Mckesson®. Cependant l'évolution rapide des réglementations nécessite une mise à jour parfois compliquée des logiciels et une interopérabilité complexe à vérifier en amont de l'utilisation. Ces dernières sont onéreuses pour l'établissement.

A ce propos M. Patrick PELLOUX, président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France (AMUHF) expliquait déjà dans un rapport de 2005²⁵ « *qu'au sein d'un même hôpital, le partage de l'information entre services peut se révéler problématique, notamment entre le service des urgences et les autres services hospitaliers* ». En effet, ces logiciels servent à collecter des données que les différents services utilisent en fonction de leurs besoins, mais la prise en charge globale d'un patient dépasse souvent largement le cadre du service et cela est surtout vrai pour les urgences qui ne sont souvent que « l'anti-chambre » d'une prise en charge hospitalière. L'interopérabilité des logiciels applicables aux patients au sein d'un établissement constitue le socle, le minimum requis pour le bon déroulement de la prise en charge. Le pilotage stratégique rencontre sensiblement les mêmes contraintes dans la mesure où la circulation de l'information est également conditionnée par la compatibilité des logiciels entre-eux.

²⁴ **KPMG Consulting** ; « étude US et Europe de l'Ouest effectuée par en 2000 sur 423 entreprises.

²⁵ **JÉGOU Jean-Jacques**, Rapport d'information n° 62 (2005-2006) fait au nom de la commission des finances, déposé le 3 novembre 2005.

Prenons un cas concret : la cellule d'analyse et de gestion a besoin de connaître le taux d'occupation des lits pour informer la DRH afin de lui permettre d'assurer l'adéquation des personnels nécessaires aux places disponibles. La Direction des Finances quant à elle souhaite connaître le taux de refus de prise en charge que lui transmet le logiciel de facturation. Or l'état actuel de l'interopérabilité des différents programmes ne permet pas toujours la communication des différents programmes entre eux, rendant parfois difficile l'extraction de données fiables, ou à tout le moins exhaustives.

En pratique bien souvent, chaque service utilise son propre logiciel d'information. Cette contrainte existe non seulement à l'intérieur des organisations mais apparaît également dans la communication avec l'extérieur. Un des exemples mentionnés dans les entretiens est celui de la mise en place des PACS (Picture Archiving and Communication System), installé au CHU, il est en phase de projet pour le CH. En effet, ces plateformes de partage de clichés d'imagerie médicales ont parfois fait l'objet d'achats et de mises en place groupés par des établissements d'un même territoire traduisant la nécessité d'assurer une compatibilité réelle lors de transferts d'images à distance. Véritables outils de dématérialisation des actes d'interprétation et de diagnostic, ils traduisent clairement les enjeux de demain en matière de circulation de l'information médicale.

Une autre difficulté technique souvent avancée est celle de la sécurité des données. En effet, il n'est pas concevable que les membres d'une organisation puissent avoir accès à toutes les données personnelles ou stratégiques. Des systèmes d'habilitations existent mais ils sont, semble t'il, très difficiles à configurer de manière efficace car bien souvent se mélangent des données de différentes natures (médicales et administratives).

A ces contraintes techniques s'ajoutent des freins d'origine humaine. La gestion des connaissances est une innovation au regard du fonctionnement des administrations hospitalières. Comme toute innovation, la gestion des connaissances, avant de faire partie des automatismes devra faire l'objet d'une appropriation par tous les agents hospitaliers. « La routine défensive²⁶ » fait que l'utilisation et la maîtrise de l'outil informatique ne sont pas encore tout à fait réalisées et donc que certains agents se considèrent comme « dépassés ». C'est en tout cas ce qui ressort des entretiens menés. L'informatique n'est pas un obstacle infranchissable car la formation continue d'une part et le caractère collectif d'autre part de la démarche de gestion des connaissances peuvent générer des solutions acceptables au niveau d'un groupe. Certains en effet

²⁶ PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Editions, p103.

peuvent se charger de la collecte des données et d'autres de leur pérennisation, par la mise à disposition de leurs compétences dans la création ou l'utilisation d'outils de recueil.

Pour autant le frein le plus largement exprimé lors des entretiens n'a trait ni à l'humain ni à une contrainte technique particulière mais plutôt à un frein organisationnel lié à l'intégration d'un tel projet dans le temps de travail.

b) Une contrainte temporelle partagée

L'argument largement partagé par les personnes interrogées est le manque de temps à consacrer au développement d'un projet de gestion des connaissances. La charge quotidienne de travail est avancée comme ne laissant pas de place à un temps de penser une stratégie de gestion des connaissances et encore moins celui d'opérer sa mise en œuvre pratique. (Numériser, trier et classer les données produites et les informations reçues). Bien souvent, les démarches existantes sont ponctuelles pour ne pas dire annuelles lors de la rédaction des bilans et rapports d'activité.

Prendre en compte le temps nécessaire à la réalisation de ce « travail » doit faire l'objet d'une reconnaissance et d'une validation par la direction sous peine d'introduire des disparités entre les services qui prennent du temps pour mettre en place ce type d'actions et ceux qui ne le souhaitent ou ne le peuvent pas.

Les entretiens cependant démontrent un véritable intérêt pour une démarche de gestion des connaissances et chacun est à même de présenter les avantages qu'il tirerait de la mise en place d'un tel projet or la priorité des services au jour le jour n'est pas celle-ci, de même que celle de l'organisation en général. Le caractère prioritaire d'une telle démarche doit être affirmé et sa mise en œuvre préparée sinon le syndrome de « Queuing » pousse à la procrastination perpétuelle.

Ce constat permet de faire la transition avec un autre aspect du problème, car l'organisation du temps de travail relève d'une politique du ressort de la direction en concertation avec l'encadrement de terrain, au fait des contraintes sectorielles particulières. Un tel projet doit faire l'objet d'une véritable appropriation institutionnelle, à tout le moins d'un apport de réflexions stratégiques commun. Pourtant l'attente d'un pilotage unifié n'apparaît pas dans les entretiens, de la manière dont il faut l'évoquer maintenant.

B) Une absence de transversalité organisationnelles du projet : un pilotage unifié non souhaité ?

La synthèse des entretiens menés montre que la perception des freins et des leviers à la mise en place d'une gestion des connaissances est largement partagée. Cependant il n'en va pas de même de la nécessité de la transversalité de la démarche, condition impérative de son développement. En effet, si certaines personnes interrogées considèrent que le projet doit être porté par la direction ils ne conçoivent pas nécessairement que l'architecture informatique, « le portail » soit unique pour l'ensemble des directions.

A l'heure actuelle, il ne semble pas qu'il existe une cellule centralisée spécifique pilotant une stratégie identifiée **(1)** de gestion des connaissances dans l'établissement couvrant de manière transversale, l'ensemble des données que recueille l'établissement.

Cependant la Direction Générale poursuit, dans la satisfaction des obligations réglementaires, liées au respect de la démarche qualité, une démarche stratégique allant dans ce sens.

L'intérêt d'une centralisation de la démarche est de faire émerger un langage commun qui permette une communication efficace entre les différentes zones d'activités de l'établissement **(2)**.

1) Une absence de pilotage central de la gestion des connaissances

Les entretiens permettent cependant de dégager un consensus commun qui est celui de la « vision » qui doit être portée par la direction c'est-à-dire l'instance porteuse du projet stratégique. C'est cette instance qui doit impulser et diriger la démarche mais les modalités pratiques de sa mise en œuvre doivent être portées par les acteurs dans une démarche participative. Pour cette raison des initiatives existantes voient le jour contribuant au décloisonnement des services **(a)**.

Cependant l'existence de plusieurs projets ponctuels allant dans le sens d'un partage des informations rend alors légitime la question de la mise en place d'une cellule centrale dédiée **(b)**.

a) Des initiatives innovantes décloisonnant les services

Le constat partagé lors des entretiens est que chaque service travaille sur des données propres à ses activités. L'intérêt de mutualiser les initiatives innovantes qu'ils peuvent développer n'est donc pas forcément perçu. Cependant, les services administratifs et les services de soins possèdent une conservation centralisée des documents qu'ils produisent. Ces documents sont rassemblés dans un dossier intitulé « documents communs/protocoles » et un système de sommaire avec des liens actifs permet de les retrouver par le biais du service qui les a produit. Cette initiative constitue une avancée notable.

La presque totalité des documents émis par la Direction des Finances (DAF) de l'établissement fait l'objet d'une conservation informatisée. Son intérêt a été largement évoqué avec le directeur des finances notamment en matière de partage des informations entre l'ordonnateur et le comptable, allant au-delà de la simple transmission informatisée des propositions de mandatement et des titres de recettes et de leur rejet éventuel, mais cela n'est pas totalement généralisé entre les services dépensiers et la DAF à l'intérieur même de l'établissement.

Cependant si les possibilités annoncées de consultation en temps réel des informations budgétaires, financières et comptables sont partiellement réalisées, le logiciel (HELIOS®) ne permet pas, à des fins de calcul de coûts par exemple, une extraction fiable, et avec le niveau de finesse souhaité, des données qui demeurent principalement consultables à l'écran seulement. Le constat sur l'existant et les démarches en cours est donc mitigé. Il existe toutefois une volonté sincère de voir la démarche se généraliser et de développer des outils d'extraction de données (moteur de recherche).

La gestion documentaire et le développement des systèmes d'information sont considérés à l'heure actuelle comme étant probablement les démarches les plus abouties de partage d'informations au sein des organisations. Ils procèdent d'une part de l'obligation liée à la certification des établissements de santé qui se développe maintenant depuis quelques années et d'autres part des réformes hospitalières impactant le pilotage des établissements. Ils font dès lors l'objet d'une attention institutionnelle particulière c'est-à-dire d'une mise sous contrôle, au sens du contrôle de gestion c'est-à-dire de vérification que les mesures prises permettent de rester sur la trajectoire autorisant l'atteinte des objectifs.

b) De l'opportunité d'une cellule centrale dédiée ?

Toutes les initiatives pouvant relever d'une démarche de KM ne sont cependant pas totalement pilotées dans l'établissement. Ce constat a d'ailleurs conduit à faire apparaître un questionnement de l'opportunité d'une cellule centrale dédiée, thème qui n'a pas été abordé lors des entretiens. Pourtant il est concevable que chaque service puisse participer en faisant remonter ses besoins à une structure centrale. Cette dernière pourrait alors décharger au quotidien le service de la stratégie de recueil des données de leur activité et se concentrer sur le recueil et l'analyse. Un des directeurs de l'établissement, sans y faire allusion a indiqué que le service était le plus à même de définir les informations et données qu'il souhaitait voir conservées localement.

En effet, laisser se développer des « outils » à l'initiative seule de chaque service, produirait très certainement une adhésion plus aisée au sein du service mais tout aussi certainement une perte des bénéfices de la démarche au niveau de l'établissement ; car l'accessibilité aux données générées par le service ne serait pas forcément assurée pour les autres. Une solution pourrait consister alors à mettre en place une cellule dont la composition assurerait l'homogénéité et en permanence l'utilisation transversale des connaissances tout aussi importante pour le fonctionnement du service que pour le pilotage de l'établissement.

Cette cellule aurait alors pour but de créer une architecture générique définie au niveau de l'établissement, un langage commun et des protocoles, garantissant une fluidité des échanges entre services. Cela ne signifie pas que des spécificités propres à certaines « communautés » puissent être tolérées tant qu'elles demeurent compatibles avec l'architecture commune.

2) La nécessaire mise en place d'un « langage commun » : la communication et la confiance

Pour Aristote²⁷, « *parler c'est se rapprocher pour former une cité* ». Le langage est donc le propre de la vie en communauté, en société. Dans un établissement de santé, la problématique est la même toute proportion gardée. Rapporté à la gestion des connaissances, le langage doit être « communautaire ». Il est celui de l'organisation des connaissances, de leur recensement pour le bon fonctionnement de l'organisation. Les entretiens montrent finalement que la vision que se font les professionnels de la gestion des connaissances est largement basée sur le partage, la mise en commun d'informations actualisées et la reconnaissance de leur travail comme participant de l'efficacité de l'établissement.

Paradoxalement, les personnes interrogées mettent en évidence un certain cloisonnement entre les différents services. La Direction des Services Informatiques met en place des outils d'information pendant que la DRH s'occupe d'un référentiel de compétences. Cet exemple illustre sans fard qu'il manque à l'évidence une synergie caractérisable par la mise en place préalable de normes partagées. L'essentiel de l'effort à fournir est parfaitement bien formulé : assurer une convergence des méthodes par un « langage commun ». Cette expression imagée peut cependant trouver une représentation concrète qui est celle d'un « portail » commun d'accès aux informations, aux données **(a)**. La confiance est un préalable nécessaire pour favoriser la mise en réseau puis le partage des données. **(b)**

a) Une architecture technique transversale ?

Pour qu'un travail puisse être réalisé de manière collective, il est nécessaire que l'échange d'informations se fasse sur une unité linguistique mais aussi une unité de format. Loin de nous l'idée de présenter cette constatation comme révolutionnaire. En réalité bien souvent les différents services disposent d'un archivage de leurs documents, procédures, tableaux de bord sur un serveur commun comme cela existe dans beaucoup d'établissements. Chaque service dispose de manière générale d'un dossier qui lui est propre et au sein duquel il individualise et enregistre les documents qu'il estime nécessaire de voir partagés. Cette architecture informatique comprend généralement un

²⁷ ARISTOTE, « De l'interprétation », sémantique et philosophie du langage.

ensemble de sous dossiers comme ceux destinés aux courriers, aux procédures, à l'organigramme du service, aux comptes-rendus de réunion.

Or et ce qui n'existe pas encore en temps réel c'est un tableau de bord général rassemblant ce que l'on peut trouver couramment dans le bilan social et le rapport d'activité, document à fréquence de production annuelle.

Le besoin exprimé de connaître l'activité des uns et des autres au sein d'un même établissement s'explique par la nécessité de décisions rapides et le « contrôle » croissant des tutelles sur les décisions à impact financier. Toutes ces contraintes poussent à disposer de « la bonne information au bon moment²⁸ ». Cette nécessité J-Y PRAX la considère comme étant une définition utilitaire du KM relevant plus du domaine de l'intelligence économique.

La position de l'auteur paraît devoir s'imposer car le besoin immédiat d'information n'est pas la gestion des connaissances qui nécessite l'intervention d'un processus supplémentaire au « workflow » (circuit de décisions requises pour l'exécution d'une procédure) certes nécessaire mais insuffisant dans la démarche de gestion des connaissances puisqu'il manque cette dimension humaine de l'appropriation cognitive.

Le développement des intranets au sein des organisations semble être cependant la solution intermédiaire que retiennent certains établissements comme le Centre Hospitalier Universitaire qui a été interrogé à ce sujet.

Le CH partage cet intérêt à créer un intranet pour moderniser le partage, dans un premier temps, des procédures et données d'activité. Les témoignages apportés plaident en faveur de l'existence d'une volonté institutionnelle pour rendre accessible, aux acteurs internes, un certain nombre d'informations et de données. Il s'agit notamment de l'accès à l'ensemble des procédures « qualité » mais pas seulement : le site intranet permettra de rendre accessibles un ensemble de logiciels qui assureront l'accès aux données relatives aux activités médicales ainsi qu'aux chiffres clefs de l'établissement.

La réalisation d'un site intranet doit dès lors procéder d'un projet institutionnel soutenu mais laissant l'initiative technique à ceux qui produisent l'information.

²⁸ PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Editions, p18.

b) des facilitateurs humains pour déjouer la culture de protection : la confiance

« *La confiance est un facteur déterminant de la performance collective*²⁹ ». Un directeur de service nous a expliqué lors d'un entretien que la gestion des connaissances suppose de la part du manager une confiance dans les collaborateurs de son service. Cette confiance se traduit par l'autonomie qu'il laisse à ses agents pour exécuter leur travail mais également pour acquérir des connaissances nécessaires au bon fonctionnement du service. Ses agents ont accès à l'information, ils doivent donc être proactifs sur l'acquisition de compétences pour ensuite les partager avec le groupe. Ce point de vue est intéressant car il est en phase avec la définition du management que donne MATSUSHITA dans un discours devant le patronnât occidental en 1975. Ce dirigeant y déclare en effet que le management est « *l'art de mobiliser et rassembler l'intelligence de tous au service du projet de l'entreprise.* » La confiance et l'autonomie semblent donc être présentées comme des facteurs déterminants de la performance collective. La réciprocité est la conséquence attendue du partage. « J'accepte de donner mes idées, mon expérience au groupe, à l'organisation et donc j'attends que les autres en fassent autant ».

Si la première partie du mémoire a permis de placer la « gestion des connaissances » dans l'évolution de modes de gestion publique tournés vers la performance, la seconde partie quant à elle a mis en évidence une vision d'un développement incomplet dans la pratique professionnelle. La conduite des entretiens a permis de recenser un certain nombre de difficultés liées en partie à l'absence d'une démarche globale au sein des organisations. La place du management est peu évoquée bien qu'elle soit instinctivement ressentie à travers le besoin de coordination et de pilotage des démarches existantes.

C'est pourquoi la démarche de Knowledge Management n'a pas été identifiée de manière concrète à travers les constats faits dans les entretiens car elle aurait nécessité un réaménagement en profondeur des habitudes de travail précédemment évoquées.

Cependant l'intuition des dispositions, qui seraient à prendre, existe, et les mécanismes de communication et de confiance nécessaires à sa mise en place concrète sont évoqués par les personnes rencontrées.

Assurément transversale la démarche de gestion des connaissances nécessite la mise en place d'un management de projet assis sur la base d'une analyse critique des pratiques.

La troisième et dernière partie de cette étude sera l'occasion d'indiquer en quoi et comment l'AAH peut être un catalyseur de la conduite d'un véritable projet de gestion des connaissances, à travers son rôle de manager.

²⁹ PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Editions, p105.

III) L'attaché d'administration, catalyseur préconisé du projet de gestion des connaissances

« Des constats aux préconisations »

Cette dernière partie du mémoire se propose de présenter des axes d'amélioration qui soient aptes à renforcer les prémices existantes de démarches de gestion des connaissances sur le lieu de stage. Il faudra organiser ces axes d'amélioration en essayant de montrer que l'AAH par les compétences qu'il mobilise lors de sa formation, répond aux prés requis du « *Knowledge Manager* » qu'évoque Jean Yves Prax dans son ouvrage. La méthodologie proposée n'a cependant pas pu être proposée officiellement à l'établissement car la durée du stage et l'organisation de la formation ne permettait pas la mise en œuvre d'un tel projet. Cette restriction cependant n'enlève rien à la force des recommandations qui suivent car elles mettent en synergie des éléments de méthode déjà testés avec succès dans d'autres établissements. Elles proposent, certes de manière prospective, mais tout à fait faisable, un phasage de la conduite d'un projet de gestion des connaissances relevant de l'application des théories du KM et expliquant en quoi l'AAH est à même d'en assurer la mise en œuvre.

Dans le projet de formation initial des AAH, document réalisé par Franck VOLEON, responsable de la filière de formation des AAH à l'EHESP, ce dernier rappelle le changement de contexte, issu des réformes de la nouvelle gouvernance, celui d'un mode de management évolutif. Les dernières réformes hospitalières "*remettent à plat*" selon lui les méthodes de management et "*remettent en question le mode de gestion vertical, statutaire au profit d'un mode de gestion transversal privilégiant la complémentarité des compétences et les projets communs et décloisonnés.*"

L'AAH y est présenté comme un acteur du management de projet. Il reste cependant à déterminer les contours de son implication dans la mise en place d'un projet de KM au sein d'une organisation, en l'occurrence l'établissement de santé dans lequel il travaille.

L'approche métier, de plus en plus utilisée dans les établissements de santé, a tendance à minimiser la dimension hiérarchique pour désormais mettre en avant celle des compétences identifiées de l'AAH acquises lors de sa formation à l'EHESP. Ces compétences acquises ou développées doivent répondre aux nouveaux enjeux majeurs auxquels les établissements doivent faire face. Il en va ainsi de l'essor de la gestion des connaissances. Ce type de projet, susceptible de mettre à mal les méthodes traditionnelles de management, doit donc faire l'objet d'une réflexion collective préalable sur les attentes de tous.

L'AAH semble placé au cœur du dispositif d'une démarche de gestion des connaissances ; c'est à la fois un donneur d'ordre et une ressource au service de son équipe. De plus il dispose d'une position stratégique faisant de lui naturellement le catalyseur des projets institutionnels **(A)**.

Informé et participant aux décisions stratégiques de l'établissement il est en mesure de percevoir le but poursuivi et est assez proche des équipes pour traduire ce but en démarches opérationnelles permettant la réalisation effective du projet envisagé **(B)**.

A) L'attaché un relais de la stratégie de l'établissement dans la gestion des connaissances

Pour mettre en place un outil poursuivant la démarche du KM, il faut distinguer, semble-t'il, l'impulsion du projet qui doit relever de la cellule centrale naturellement située au niveau de la direction et qui constitue le niveau stratégique (cellule au sein de laquelle l'attaché pourra être inclus) ; du niveau tactique de la conduite du projet qui pourra relever dans sa dimension managériale de l'AAH.

Si le projet n'appartient ni à la DRH, ni à la DSI, ni aux services de soins, ni à aucune direction spécifique, les problématiques de gestion des connaissances sont communes à tous et nécessitent un travail préalable de diagnostic avant que le projet ne puisse être expérimenté. La phase de déploiement sera développée ultérieurement lorsque le rôle de manager de l'AAH sera abordé dans ce cadre.

Ainsi, la mise en place d'un projet de KM repose sur des étapes que nous allons présenter à travers le prisme des compétences de l'AAH, lui permettant d'assurer la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement.

L'objectif de performance incite les organisations à distinguer ce qui relève du niveau stratégique de ce qui relève de la mise en œuvre.

L'AAH se situe à la frontière de ces deux pôles d'activités. Il participe comme le précise les textes à la conception des décisions ce qui le place donc comme relais à la réflexion stratégique **(1)** mais également comme relais d'expertise dans la phase initiale de diagnostic **(2)**.

1) Assurer un relais pour la stratégie globale du projet impulsé par la direction

« Du diagnostic au plan d'action »

Nous considérerons dans les propositions qu'une cellule composée des membres de la direction a été mise en place et par simplicité qu'elle comprend l'ensemble de ce que l'établissement définit comme étant l'équipe de direction. Cette précision étant donnée, il est acté que l'établissement envisage de procéder à une réflexion pour mettre en place un système de gestion organisé des compétences. Cette décision prise lors de la réunion hebdomadaire de direction entérine donc la phase de diagnostic préalable. Lors de cette réunion le chef d'établissement a rappelé les enjeux actuels auxquels les établissements sont confrontés et la nécessité pour le sien de rester performant. Il conçoit que le projet peut sembler ambitieux ; il a conscience des changements que le projet peut impliquer si ce dernier à vocation à être déployé à l'échelle de l'établissement.

Il confie donc comme mission complémentaire à l'AAH en charge des affaires générales le pilotage d'une étude préalable, la composition d'un groupe projet, puis la présentation devant la cellule stratégique, du plan d'action.

Il paraît utile de montrer dans un premier temps que le choix de l'AAH comme chef de projet s'avère naturel du fait de son rôle défini par les textes **(a)** et dans un second temps que ce relais se traduit par la délégation de missions préalables à la prise de décision : le rôle d'expertise **(b)**

a) Désigner un « chef de projet potentiel »

Le choix AAH comme chef de projet de gestion des compétences, semble conforme à ce que les textes réglementaires définissent comme relevant du rôle de l'AAH. Reprenons le statut pour justifier les propos précédents. L'article 2 du décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001 énonce en effet dès la première que: *"les attachés d'administration participent sous l'autorité du directeur de l'établissement à la conception, à l'élaboration et à la mise en œuvre des décisions prise dans les domaines administratifs, financier, économique, sanitaire et social"*.

A ce titre et comme le résume Franck VOLEON³⁰ à la page 22 du manuel de formation des AAH : *"Les AAH sont des cadres administratifs hospitaliers, acteurs de santé publique, animateurs de projets, managers d'équipe et d'organisation et experts dans les domaines fonctionnels qui relèvent de leurs responsabilités."*

"Ils sont animateurs de projet". Cette mission qui leur est dévolue nous permet donc de justifier le rôle que nous préconisons pour l'AAH dans la dynamisation d'un projet de gestion des compétences.

Ce constat porte à penser que l'AAH a vocation à définir la composition du groupe projet ; cette instance aura en charge de présenter à la cellule stratégique les travaux issus de l'étude préalable. La composition de ce groupe doit refléter la prise en compte des attentes du terrain comme les contraintes techniques sous-tendant la mise en place d'un tel projet. Ce groupe doit donc être composé d'agents, de techniciens de managers et de soignants. Une fois sa composition arrêtée, il faut procéder à la phase d'observation, de recueil et d'analyse des pratiques de l'établissement.

b) « Piloter » la démarche préalable de diagnostic : un rôle d'expertise pour l'AAH

La phase d'analyse préalable impose au groupe projet d'organiser « une écoute à 360° » en envisageant tous les champs pour savoir quelles sont les attentes des différents services, de répertorier les initiatives existantes, de procéder à un brainstorming pour transformer les attentes en propositions à mettre en avant pour le futur plan d'action.

La méthode de l'écoute à 360° n'est pas inconnue des professionnels que nous avons interrogés puisqu'une démarche analogue, reprenant ces différentes étapes, a pu être mise en place pour la création d'une valise de garde dématérialisée au CHU voisin. Le problème s'était posé en ces termes : des informations nécessaires à la résolution des problématiques de garde dématérialisées sur le site intranet de l'établissement, se sont trouvées indisponibles pour des directeurs se trouvant hors de l'établissement et dans l'obligation de les monopoliser.

La fonction première des entretiens a été de faire remonter les attentes des futurs utilisateurs. Il n'est pas toujours possible, de manière quasi instantanée, de leur apporter une réponse immédiate en raison des contraintes techniques et budgétaires. C'est la

³⁰ VOLEON Franck, Projet de Formation Initial des AAH 2012, EHESP, janvier 2012, p4-6.

raison pour laquelle l'AAH (avec d'autres) en charge de ce diagnostic avait proposé une maquette de travail qui recensait immédiatement les attentes aussi bien techniques qu'organisationnelles. La maquette comportait alors, dans un document informatique Word©, un sommaire des différentes situations que les directeurs pouvaient connaître lors de leurs tours de garde et en regard desquelles figuraient les souhaits d'ergonomie d'utilisation et les contraintes techniques que le service informatique soulevait à leur sujet.

Cette phase de diagnostic peut également être confiée à un cabinet d'audit. C'est notamment la solution retenue lors de la phase préalable à la mise en place d'un autre projet, celui de la fiabilisation des comptes. En l'espèce, la démarche retenue par ces cabinets a consisté à rencontrer chacun des services de l'établissement pour comprendre la manière dont leurs activités s'organisent. Au sein du service, ils ont fait le choix d'interroger « les acteurs clés ³¹ » en raison de leur vision globale de l'impact du fonctionnement de leur service sur la stratégie de l'établissement. Sur la base de ces entretiens, l'auditeur a répertorié les processus de fonctionnement de chaque service, les procédures écrites normalisées ainsi que les « coutumes ».

Quelle que soit le choix de la méthode retenue ; qu'elle soit réalisée en interne ou en externe, elle constitue le point de départ nécessaire pour arrêter les mesures composant le plan d'action souhaitable et économiquement faisable.

Dans l'exemple du projet de valise de garde dématérialisée, l'analyse préalable a consisté également à un étalonnage (« Benchmarking ») qui a eu pour effet de convaincre l'établissement du caractère partagé de la démarche. D'autres établissements s'interrogeaient également sur la mise en place d'un tel outil et les informations techniques, les difficultés qu'ils avaient pointées ont pu permettre de gagner du temps en évacuant ce qui manifestement ne fonctionnait pas. Ce travail a surtout été mené par les informaticiens sur les dispositifs de communication à distances. (3G, WIFI)

Une fois les initiatives existantes répertoriées, les attentes recueillies, et le benchmarking réalisés, il convient pour l'AAH « chef de projet » d'organiser une réunion de mise en commun des idées (« *brainstorming* ») avec le groupe projet pour débattre du diagnostic et mettre en forme le contenu et le calendrier du plan d'actions.

Ce dernier doit rythmer le déploiement et doit donc en conséquence répondre à un certains nombres de pré requis. Il doit comporter notamment la désignation des actions et naturellement apporter des réponses aux attentes retenues comme prioritaires par le

³¹ PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Éditions, p 422.

groupe projet et conformes aux axes définis par la cellule stratégique. Il doit mettre en évidence une dynamique commune aux différents aspects du KM. On ne peut que penser à l'avantage d'une architecture informatique de classification commune des informations conservées par les services car les entretiens menés précédemment ont montré que la perception des avantages d'un tel outil était largement partagée. C'est d'ailleurs cet objectif aisément « réalisable » facilement qui peut être mis en avant pour fédérer les efforts à venir.

Enfin et c'est l'aspect qui risque d'intéresser en premier lieu la cellule stratégique, évaluer très succinctement le coût humain (temps de travail, ETP) et financier que le projet va générer. En effet, l'évaluation des coûts au sens large est à ce niveau très difficile à réaliser car elle dépendra finalement du niveau de déploiement ultérieur.

Préalablement à la phase de présentation des résultats à la cellule stratégique et à l'éventuelle décision du Directeur Général d'une expérimentation, le groupe projet doit synthétiser son travail dans un document réunissant le projet d'action et la maquette annotée ayant servi de révélateur aux attentes. Si le choix du cabinet conseil a été retenu, le document présentera alors le résultat de l'audit, la nature et l'ampleur des solutions à retenir et le plan d'action que le groupe projet aura formulé sur ces bases.

La phase assurant donc la transition entre le diagnostic et l'expérimentation résulte de la décision prise par le Directeur Général sur présentation du document de synthèse par le groupe projet. S'il valide la faisabilité du projet il pourra demander, après avis de la cellule stratégique, une expérimentation dans un ou plusieurs services.

2) Accompagner la phase d'expérimentation au sein de son service pour générer un phénomène d'entraînement.

« De l'expérimentation au retour d'expérience »

Le déploiement d'un projet de gestion des connaissances au niveau d'un établissement est un projet complexe, à implanter précautionneusement. Poser ce principe relève du truisme mais force est de constater que bien souvent l'échec d'un projet est à l'origine d'un déploiement à grande échelle, trop direct. L'expérimentation au niveau d'un service dont l'AAH aurait la responsabilité ne signifie pas qu'elle doive constituer une initiative isolée.

D'autant qu'auparavant, la cellule stratégique aura déterminée quel (s) service(s) fait ou feront partie de l'expérimentation.

La doctrine appelle cette méthode les « *projets de percée* ³² » **(a)**. En effet l'idée est que la réussite d'un projet global et complexe ne peut réussir que de la « *fédération de plusieurs sous projets* ». La méthode est issue des théories de la conduite du changement qui estiment plus efficace le découpage d'un projet complexe en plusieurs sous projets. Le service semble avoir la taille appropriée, pour être le niveau qui « fédère », encore aujourd'hui³³, les projets internes. De façon plus pragmatique il peut être intéressant d'identifier un service (du fait la nature de l'activité et les personnes qui y travaillent) rendant plus facile la réussite du projet. Cela permettra de s'appuyer sur cette synergie pour ensuite développer le projet à une échelle plus vaste : C'est le « *marketing viral*³⁴ ».

Cependant et avant de faire le choix d'un déploiement global, il faut réajuster le projet par la mise en place d'une évaluation des résultats de l'expérimentation : c'est le retour sur expérience **(b)**

a) Conduire le changement par la mise en place de « projets de percée »

Un projet complexe ne peut être souvent réalisé que par la mise en place de plusieurs sous projets menés en parallèle. Pour en généraliser l'application à la totalité des unités concernées, le principe est de tester la faisabilité du projet et les difficultés éventuelles à son déploiement à partir d'un « échantillon ». Dans cette perspective, il conviendrait en premier lieu de développer un « portail informatique » commun à trois ou quatre services administratifs. Situé sur le serveur de l'établissement il pourrait être dénommé « *Projet KM* ». A l'intérieur les services en test seront identifiés, étiquetés puis à l'intérieur des tâches sera traité un ensemble d'items imposés et relevant des pratiques communes des services. Pour débiter le projet, le choix pourrait être de traiter deux items : celui des procédures de fonctionnement du service puis celui des fiches de poste de l'ensemble des agents.

Ces deux items ne sont pas choisis par hasard puisque ce sont les informations qui concernent directement le KM. En effet comme nous l'avons vu dans la première partie du mémoire, la gestion des connaissances est celle des processus de recueil des informations, qui sont analysées et valorisées par les individus qui composent

³² PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Éditions, p 426.

³³ Malgré la mise en place des pôles comme nouvelle unité de référence.

³⁴ Idem note n°32.

l'organisation. Cette phase d'expérimentation pourra être menée au sein de la DRH, et de la Direction en charge de l'informatique car elles sont en principe rompues, pour l'une à la rédaction des fiches de poste, et pour l'autre à la matérialisation de procédures. Cette expérimentation semble devoir également impliquer le service en charge de la qualité pour la dimension « normative » des documents et assurer auprès des deux services tests un « conseil » sur la mise en forme. L'objectif poursuivi étant de générer une dynamique d'entraînement, le travail mis en place par ses deux services pourra servir de modèle aux autres lors du déploiement global. La notion de modèle est à prendre dans son acception la plus simple puisque les documents créés pourront être repris par les autres services permettant d'une part un gain de temps par une forme standardisée et d'autre part de se concentrer sur le fond.

b) Fédérer par une réussite mesurée : retour sur expérience et «marketing viral »

Il n'est pas impossible que la communication interne sur l'expérimentation du projet « incite » certains services à prendre les devants et développer de leur côté une mise en forme de leurs procédures et de leurs fiches de poste. Le marketing viral est l'effet induit que le chef de projet et la direction espèrent. Il est un très bon indicateur de la réussite éventuelle d'un projet. Il donne d'ailleurs très souvent le ton du retour d'expérience mis en place à la fin de l'expérimentation.

Le retour d'expérience est indispensable à ce stade de la conduite du projet car il permet d'une part de décrire le protocole de l'expérience c'est-à-dire d'en reprendre point par point les étapes en y caractérisant les difficultés rencontrées pour atteindre les objectifs initiaux et d'autre part d'en analyser les causes et de mettre en place d'éventuels correctifs. Cette phase de capitalisation, extrêmement importante, doit être formalisée sous la forme de fiches de synthèse sur laquelle figurent en regard des objectifs les méthodes appliquées, les difficultés éprouvées puis les recommandations à en tirer. Une fois ces étapes réalisées, si le retour d'expérience est positif et le projet bien accueilli de manière générale dans l'établissement, le Directeur Général pourra décider de sa généralisation à l'ensemble de l'établissement. Ce déploiement pourra se faire sous une forme différente de celle utilisée dans l'expérimentation. Ce déploiement pourra consister dans la mise en place d'un véritable site Intranet enrichissant ou se substituant au serveur commun de l'établissement (s'il existe). Dans tous les cas, la réussite du déploiement du projet est étroitement liée aux qualités du management de terrain.

B) L'attaché « porteur » de sens à travers son rôle de manager

« Le déploiement du projet »

De la réussite de la phase expérimentale dépend le déploiement du projet à l'ensemble de l'établissement. Les conclusions du retour d'expérience réalisé à l'issue de la phase d'expérimentation déterminent les améliorations apportées au projet initial. Les conséquences financières et organisationnelles du déploiement doivent être anticipées pour rentrer dans une logique opérationnelle à l'échelle de l'établissement. Dès lors, les recommandations capitalisées issues des fiches de retour d'expérience devront constituer le canevas de la phase de déploiement. Le retour sur expérience (REX) relevant d'une expertise faite par le groupe projet lui-même, donnera ainsi la légitimité nécessaire pour asseoir l'application des recommandations qui en découlent.

Au niveau du service, Les AAH, sont, au vu de ce qui a été exposé, le bon échelon pour assurer le déploiement du projet. Membres de l'équipe projet, ils connaissent les choix stratégiques concernant les données à conserver mais également les opportunités et difficultés de terrain liées à la spécificité de leurs propres équipes. Répartis dans les différentes directions fonctionnelles, les AAH se devront ainsi de continuer de « créer les conditions nécessaires au partage, à la capitalisation et au renouvellement des savoirs et savoir-faire ³⁵» au regard des objectifs impartis par la direction.

Il peut être pour cela utile de maintenir le groupe projet au-delà du déploiement mais sous une forme « allégée » afin de constituer à terme une instance « ad hoc » permettant de faire vivre la gestion des connaissances de l'établissement en continuant de l'enrichir et de la promouvoir.

A court terme le déploiement du projet nécessite un accompagnement du changement, et l'émergence d'une vision claire chez les agents du service. Avant que la gestion des connaissances ne devienne une seconde nature, une « coutume », il faut que l'AAH lui donne du sens dans son application au quotidien. Deux angles d'approche favorisant la progression vers un tel automatisme paraissent devoir s'imposer ; d'une part, il est nécessaire d'expliquer et répartir les tâches entre les agents **(1)** pour ensuite amener le service à se mobiliser pour atteindre l'objectif poursuivi qui est celui de l'innovation **(2)**.

³⁵ PRAX Jean-Yves, « Le Manuel du Knowledge Management », 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Éditions, p 436.

1) Expliquer les enjeux du projet et répartir les tâches

« De la pédagogie à l'action »

Au regard de ce qui précède le rôle du manager est celui de « porteur de sens ». Cette expression doit cependant être précisée notamment au regard des compétences attendues de l'AAH à l'issue de sa formation. En effet comme cela a été évoqué dans le chapeau introductif de cette troisième partie, le management évolue pour faire une place à des projets décloisonnés au sein desquels l'AAH doit constituer la personne ressource au sein de l'équipe, en explicitant le changement de perspective voulu et préparé par l'organisation. C'est dans un rôle pédagogique qu'il intervient dans un premier temps. **(a)** Puis, lorsque l'environnement et les buts du projet ont été présentés à l'équipe, il anime et délègue pour mettre en œuvre la phase d'action **(b)**.

a) Le rôle « pédagogique » du manager

L'AAH doit conduire le changement c'est-à-dire intégrer l'innovation que va constituer la démarche organisée de gestion des compétences pour qu'elle devienne le nouvel usage du service. En effet, il lui faut replacer les tâches dont l'accomplissement sera demandé dans le cadre de l'objectif poursuivi qui est celui de la performance. D'autre part il est bon de mettre en évidence les bénéfices concrets que le groupe projet a identifiés à la suite de la phase de diagnostic. Ces bénéfices doivent être présentés comme ayant une finalité double. Ils vont faciliter et sécuriser le travail au quotidien, puisque les services du recueil seront disponibles pour tous, et une information de qualité sera accessible directement depuis le poste de travail de chacun.

Les données collectées doivent l'être de manière fidèle et organisée pour constituer la matière d'un outil fiable de prise de décision pour l'établissement. Le manager doit donc faire coïncider l'idée que le changement demandé, au prix d'un effort personnel à fournir, sera récompensé par un gain futur au bénéfice de tous mais également inciter à collaborer et échanger des connaissances pour susciter l'innovation. Les mises à jour d'un « portail » concrétiseront ces échanges.

b) La délégation des tâches liées à la gestion des connaissances

Les tâches de recueil des savoirs et savoir-faire à déléguer dépendent évidemment de ce que le groupe projet a défini comme étant les connaissances cruciales et de la ou des méthode(s) retenue(s) pour les identifier. Si la méthode REX est relativement bien adaptée pour débriefer l'expérimentation d'un projet de gestion des connaissances au sein d'un service, elle l'est moins pour identifier une fois au niveau d'un service particulier, la cartographie des connaissances considérées comme sensibles et qu'il est donc nécessaires de conserver et de capitaliser.

La méthode REX permet d'établir un ensemble de constats et de prendre des mesures correctives définissant des futures règles de bonnes pratiques.

L'AAH a besoin lors de la mise en action du projet de déterminer les connaissances « typiques ». La méthode dite « KALAM®³⁶ » pour *Knowledge And Learning in Action Mapping*, permettrait à l'AAH de procéder à l'élaboration d'une cartographie des connaissances dans une démarche participative. Cette méthode consiste en effet à choisir un processus particulièrement important dans l'activité du service, faire dessiner par les intervenants du processus la succession de ses tâches, en y associant les compétences requises et de faire correspondre pour chacune, le flux d'informations correspondant. C'est le rôle de l'AAH de dresser l'inventaire de l'ensemble des processus (missions) que le service a en charge, puis d'appliquer cette méthode à chacun d'entre eux. Une fois les étapes du processus, les acteurs, leurs compétences et les informations identifiées, l'AAH peut se fonder sur cette cartographie pour confier à un responsable intermédiaire (adjoint des cadres par ex) le contrôle et la numérisation du processus alors matérialisé sous la forme d'une procédure et sa mise en ligne.

Cette méthode a pour avantage que la matérialisation des procédures vient des acteurs eux-mêmes. L'AAH quant à lui reste comptable de la validité des procédures mises en réseau et de leurs actualisations le cas échéant.

³⁶ KALAM®, méthode développée par Jean-Yves PRAX, marque déposée.

2) Capitaliser les expériences et innover sur leurs résultats positifs

« Un chemin vers l'innovation »

L'effort initial issu du changement de pratique sera certainement le plus important et il convient que dans la ligne hiérarchique, de la direction au manager « local » cet effort soit pris en compte dans la fixation des objectifs. Au fur et à mesure de l'avancée du projet, le temps épargné par la standardisation des procédures et la mise en réseau des informations pourra libérer du temps pour la réalisation d'autres projets. La démarche de KM, il faut l'espérer aura accoutumé les équipes au travail en groupe et aura développé chez elles l'esprit de coopération. Grâce aux résultats de la conduite du projet de gestion des connaissances que l'AAH pourra alors développer un transfert de connaissances acquises dans de nouveaux projets. Cette pratique est connue sous le terme de « tuilage » des projets. Cette technique consiste à transposer des méthodes qui ont fonctionné pour en reproduire rapidement les effets et conserver le bénéfice de leur efficacité.

D'autre part, il est primordial comme nous l'avons vu dans la première partie de ne pas perdre de vue que la gestion des connaissances est certes celle de la gestion des processus mais également celle des compétences.

La méthode KALAM® vue précédemment doit permettre à l'AAH de faire la liste de toutes les compétences que doit détenir et maîtriser un agent pour la réalisation de l'ensemble des processus dont le service est en charge. En inventoriant ces données, l'AAH est à même d'établir, ou mettre à jour les fiches de poste et déterminer ainsi les formations nécessaires à engager ou le type de recrutements à réaliser en cas de départ de l'agent. Mises en réseau sous la forme de tableaux prévisionnels d'effectifs ces informations seront donc immédiatement disponibles pour la DRH permettant ainsi de réaliser les deux composantes du KM.

En Conclusion

Relevant plus largement d'une démarche « qualité », la gestion des connaissances est, au terme d'une observation de quelques semaines, manifestement en « construction » à l'hôpital. La synthèse des entretiens révèle un intérêt certain pour sa mise en place quand elle apparaît comme une préoccupation clairement affirmée de maintenir un niveau élevé d'efficacité au bénéfice de l'accueil des patients.

Depuis une quinzaine d'année en effet, les réformes se sont succédées et participent toutes de la même idée, celle de l'optimisation des moyens mis à la disposition de l'hôpital pour atteindre un niveau toujours plus élevé de performance. Les différentes réformes du secteur de la santé, mais également la certification, le développement des systèmes d'information, la GPEC participent de la volonté de rendre plus efficiente l'offre de soins et sont inspirées des outils du KM.

L'angle d'attaque délibérément choisi dans ce mémoire n'est pas d'en faire un outil supplémentaire à disposition du cadre mais d'expliquer en quoi son utilisation permet la poursuite d'un but commun à tous les personnels des hôpitaux : assurer aux patients une qualité de prise en charge la plus efficace et à la collectivité un fonctionnement au coût le plus juste en facilitant la prise de décision et en sus l'innovation.

Le but visé était également de mettre en évidence que la gestion des connaissances est un bien commun à faire fructifier, quand chacun à son niveau est porteur d'un savoir faire que tous peuvent utiliser et ainsi valoriser, maintenir et enrichir. Malgré la mobilisation inévitablement importante de moyens, la réussite d'un tel projet ne peut faire l'économie d'un management accordant à la personne une place centrale.

Les théories productivistes ont permis d'engranger des améliorations importantes de la productivité (fordisme par ex) en rationalisant les circuits de production, en fondant la qualité sur l'attention portée au processus. Elles sont aujourd'hui enrichies par une prise en compte plus importante de l'humain ; la performance hospitalière étant une « histoire » d'hommes et de femmes leur expérience et leur expertise sont certainement les gisements les plus importants pour la réalisation de la performance.

C'est dans cette direction que l'AAH doit focaliser son attention, la portant vers l'écoute, l'analyse, le partage pour répondre ainsi aux attentes communes formulées par les différentes personnes interrogées dans le cadre de cette étude.

Les recommandations restant à faire portent donc essentiellement sur le management de projet car même si des difficultés techniques existent les éléments nécessaires à sa mise en place sont présents.

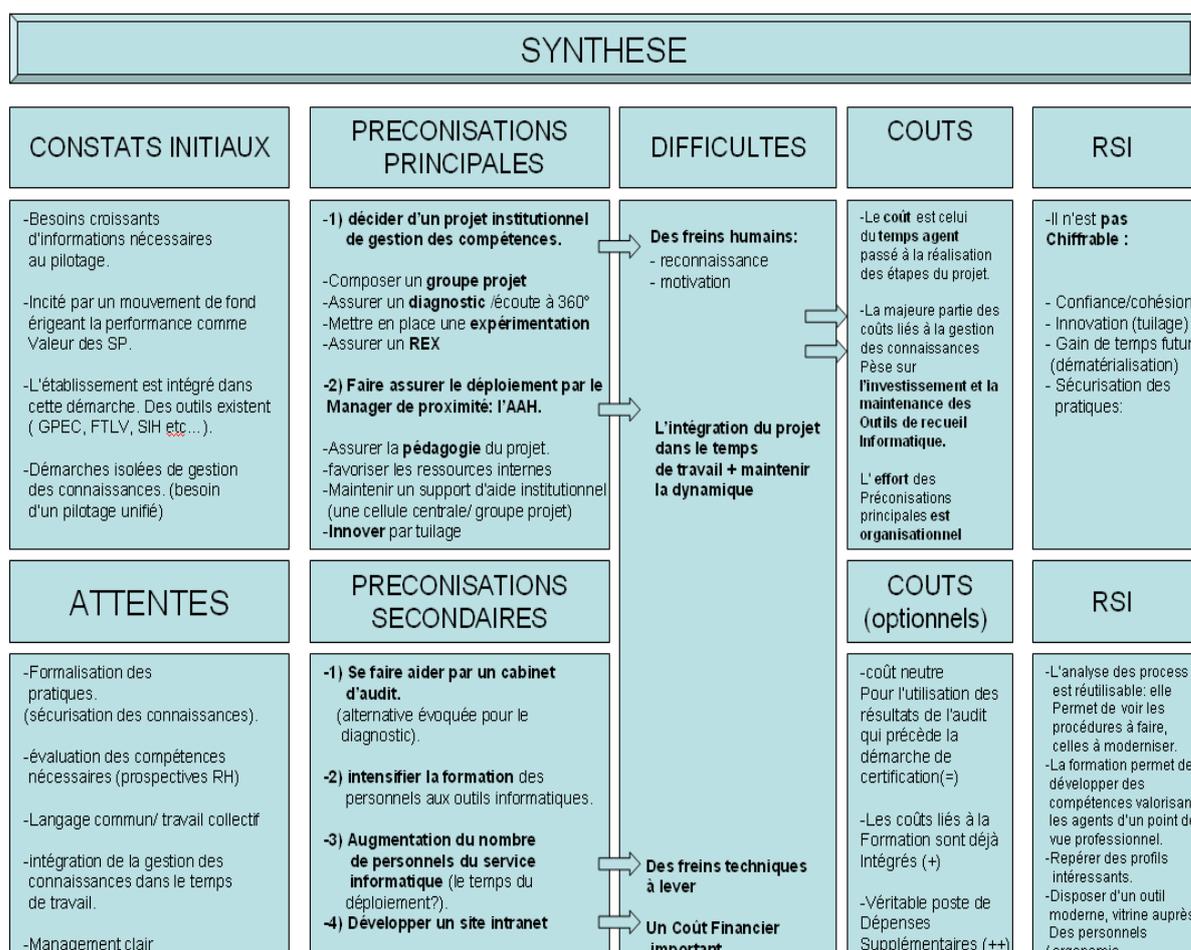
Malgré ces circonstances favorables, il apparaît cependant indispensable qu'une véritable commission ou instance soit mis en place pour « institutionnaliser » le projet et lui donner

des lignes stratégiques. La phase de diagnostic et d'écoute doit, quant à elle, relever d'un groupe projet pluridisciplinaire au sein duquel un chef de projet proche du terrain puisse faire le lien entre la stratégie globale et la mise en œuvre.

L'AAH semble, du fait de sa position être le plus propre à assurer l'animation du projet, le plus apte à en faire partager le sens et susciter à son niveau la dynamique nécessaire pour capitaliser ce qui fonctionne et préserver, en l'écartant des pratiques pénalisante, l'institution.

Enfin, le retour sur investissement d'un tel projet n'est quant à lui pas immédiatement mesurable de manière certaine pour ce qui est de sa durée. Sa recherche donne à tout le moins un but transversal, motivant pour chacun et structurant pour le service et l'établissement.

Nous proposons ci-dessous une synthèse de nos recommandations détaillées dans la méthodologie figurant en annexe :



Bibliographie

Lois

- Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001** relative aux lois de finances.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme Hospitalière.
- Loi n°2007-148 du 2 février 2007** de modernisation de la fonction publique
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009** portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Ordonnances

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996** relative à la réforme de l'Hospitalisation publique et privée.
- Ordonnance n°2003-581 du 2 juillet 2003** portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Décret

- Décret n°2008-824 du 21 août 2008** relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001** portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière.

Instructions

- INSTRUCTION N° DGOS/PF4/MSIOS/2012/193 du 4 mai 2012** relative à l'appel d'offre PREPS spécifique pour évaluer la création de valeur par les systèmes d'information de production de soins dans le cadre de la politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers.
- INSTRUCTION N°DGOS/MSIOS/2011/297 du 22 juillet 2011** relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitalier.

Ouvrages

- PRAX Jean-Yves**, « Le Manuel du Knowledge Management » 3ème édition, collection DUNOD, POLIA Editions.
- PETITBON Frédéric, LEDENVIC Philippe**, « Manager public, vos solutions au quotidien », 5 ème édition, Eyrolles, Edition d'organisation.

Articles de périodiques

-**BUDET Jean-Michel**, « Hôpital numérique, lancement de trois chantiers majeurs », Gestion Hospitalière, n°515-avril 2012, p197.

-**WLODYKA Philippe**, « système d'information, stratégie et gouvernance hospitalière », n°545 mars avril 2012, p 68 et s.

- **ANGELE-HALGAND Nathalie**, « l'Hôpital entre performance et solidarité », interview, Gestion Hospitalière, mars 2012, n°514.

Rapports et guides

-**JÉGOU Jean-Jacques**, Rapport d'information n° 62 (2005-2006), fait au nom de la commission des finances, déposé le 3 novembre 2005 : L'informatisation dans le secteur de la santé : prendre enfin la mesure des enjeux.

-**VALLEMONT Serge, DU MARAIS Bertrand**, « La Gestion dynamique de la fonction publique : une méthode : rapport du groupe thématique "Gestion prévisionnelle des emplois : outils et structures", Commissariat général du Plan, Décembre 2000, Réf. : 014000089,173 pages.

-**DEMMKE Christoph**, « Évaluation de la performance dans les administrations publiques des Etats membres de l'UE », Etude pour la 48e réunion des directeurs généraux des administrations publiques des Etats membres de l'Union européenne.

-**ALAIN Didier, DOUESNEAU Christophe**, « Piloter les Projet SI par la valeur », ANAP, 2012.

-**VOLEON Franck**, Projet de Formation Initial des AAH 2012, EHESP, janvier 2012, p4-6.

-**ANAES**, « Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », avril 2002.

Sites Internet

- www.sante.gouv.fr

- www.travail-emploi.gouv.fr

- www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire

Liste des annexes

GUIDE METHODOLOGIQUE :

INTRODUCTION :.....I

PARTIE I : LA METHODOLOGIE DU MEMOIRE.....III

PARTIE II : LA METHODOLOGIE DE LA MISE EN ŒUVRE D'UNE
DEMARCHE DE GESTION DES CONNAISSANCES..... VIII

PARTIE III : LES PRECONISATIONS EN ACTIONS.....XVI

GUIDE METHODOLOGIQUE

INTRODUCTION

Le volet méthodologique a deux objectifs. D'une part, il rappelle les différentes étapes successives qui ont conduit à la rédaction de ce mémoire et d'autre part il propose une illustration de la mise en place d'un projet piloté de gestion des connaissances dans l'établissement.

Concernant la rédaction du mémoire, la méthodologie a clairement été identifiée dans les modules de formation de l'EHESP dédiés au mémoire. La problématique développée dans ce dernier trouve sa justification dans les constats effectués sur le terrain de stage. Ils mettent en évidence que la gestion des connaissances est un besoin clairement ressenti par l'établissement. Néanmoins comme beaucoup d'autres, cette problématique est partagée par bon nombre d'établissements de santé, mettant en évidence un véritable intérêt professionnel pour les AAH, celui du management des connaissances.

La méthodologie retenue pour nourrir le contenu du mémoire a été celle de la création d'un questionnaire à destination des agents de l'établissement. Or la taille de ce dernier, a nécessité que le lieu d'étude soit élargi pour constituer un échantillon plus représentatif. Quinze entretiens ont donc été menés durant trois mois permettant ainsi d'interroger des agents administratifs, des cadres, des soignants, des ingénieurs, des médecins pour essayer d'organiser un état des lieux des outils et méthodes existants à l'hôpital pour gérer « la connaissances ». De ces entretiens fructueux, une synthèse a été réalisée sous la forme d'un plan reprenant les principaux axes évoqués par les personnes interrogées. Préalablement, nous avons choisi de contextualiser la problématique de la gestion des connaissances pour montrer comment elle est devenue un enjeu majeur de performance pour les établissements de santé. Enfin, dans un troisième temps, nous proposons un ensemble de préconisations provenant de l'expérience acquise par d'autres structures parfois différentes de l'hôpital mais également par le développement d'initiatives déjà engagées et éprouvées par certains établissements.

Nous détaillerons donc de manière schématisée dans deux parties : d'une part la méthodologie utilisée pour la rédaction du mémoire et d'autre part celle qui pourrait être mise en place pour poursuivre la gestion des connaissances au sein de l'établissement. Enfin dans une troisième partie nous présenterons les préconisations synthétisées sous la forme de fiches d'actions.

Partie I : la méthodologie du mémoire :

- Le choix du sujet
- Les constats
- La problématique de départ
- La recherche bibliographique
- La construction d'un questionnaire d'enquête
- La synthèse des données
- La reformulation de la problématique
- La mise en forme du plan
- La rédaction

Partie II : La méthodologie de la mise en place d'une démarche de KM :

LES PREMICES :

- La définition des attentes stratégiques/ création de la cellule stratégique
- La désignation d'un chef de projet
- La création d'une équipe projet

LE DIAGNOSTIC :

- L'écoute du terrain : freins/leviers/attentes
- Le Benchmarking
- Le Brainstorming
- Le plan fondateur
- La Restitution à la cellule stratégique
- La décision de la Direction

L'EXPERIMENTATION :

- Les projets de percée
- Le marketing viral
- Le retour d'expérience
- La décision de déploiement

LE DEPLOIEMENT :

- Expliquer
- Déléguer
- Innover

Voir graphique page 2

-Le choix du sujet est issu d'une problématique rencontrée sur le lieu de stage. Dans le cadre du sujet que nous traitons nous avons décidé d'élargir au Centre Hospitalier Universitaire voisin pour illustrer certaines démarches existantes. Cependant les freins et leviers évoqués par les personnes interrogées existent dans les deux établissements bien que leurs tailles diffèrent.

-Le questionnaire d'enquête p V

-Le tableau de synthèse p VI

-La méthode p II à VIII

Voir Graphique page 6 pour la méthodologie générale

- Le phasage p X

- Composition groupe projet p XI

- Rôles et documents du groupe projet p XII

- Rôle de l'AAH p XIII

- Maquette : architecture informatique uniformisée p XIV

Le choix du sujet de mémoire a du être fait très tôt durant la période de formation et cela avant même la découverte du lieu de stage en établissement. Mon choix s'est donc porté sur une problématique que j'avais déjà rencontrée dans le cadre professionnelle, celle de la gestion des connaissances.

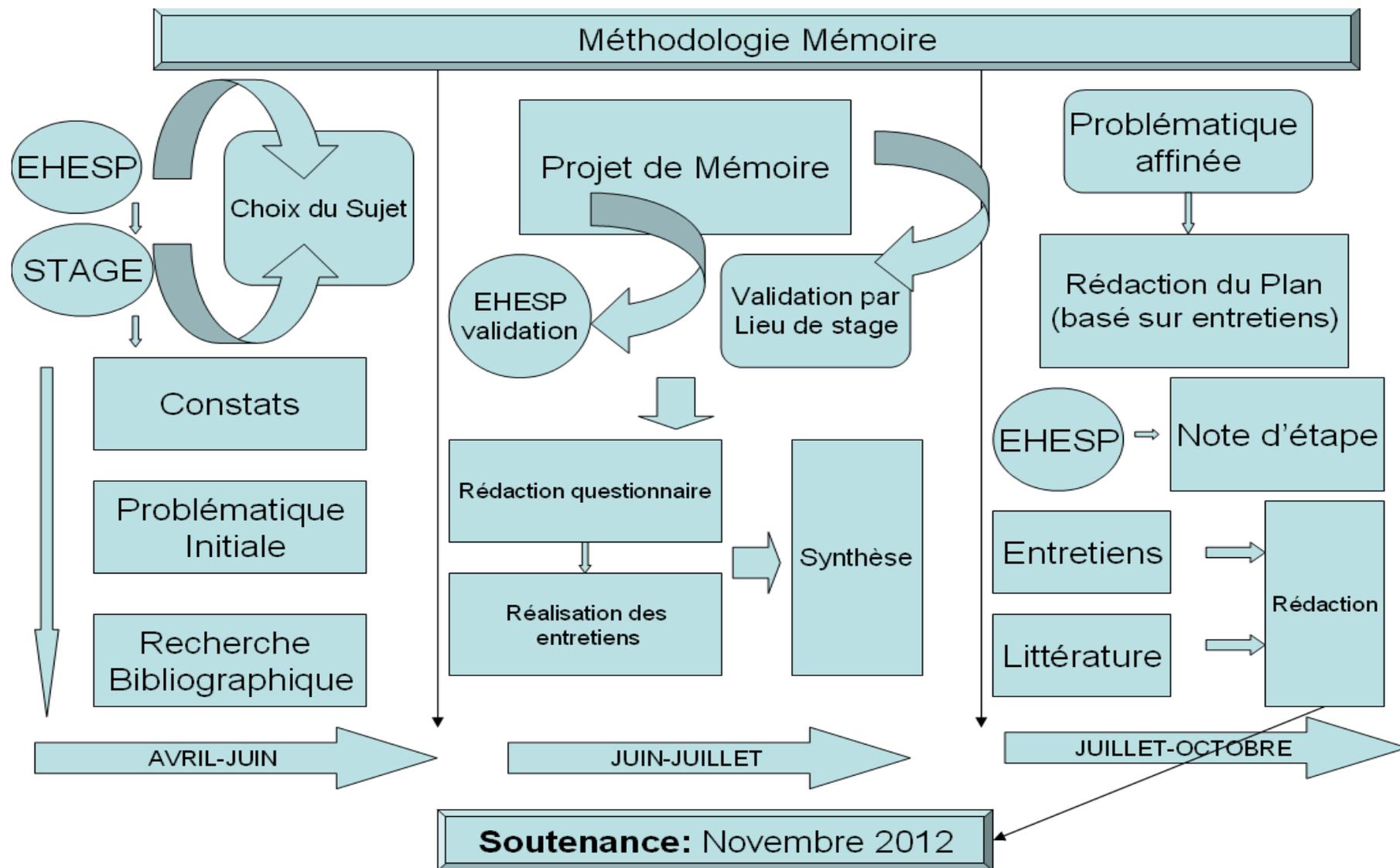
Les commandes formulées par mon maître de stage m'ont rapidement conforté dans mon choix.

En effet, elles avaient pour la plupart trait à l'élaboration de bases de données permettant d'informer le directeur sur certaines données nécessaires au pilotage de l'établissement en matière de gestion des ressources médicales. La première période de stage en établissement a donc été l'occasion de découvrir le fonctionnement de l'établissement et d'établir **les premiers constats**.

Ces derniers étaient généraux mais largement partagés par l'ensemble des établissements de santé au niveau national. Il s'agit du développement des systèmes d'information hospitaliers et d'une réforme du management des hôpitaux à la fois technique et humaine.

Le choix de la problématique de départ pour mettre en place un questionnaire d'enquête était alors à ce niveau de ma réflexion relativement simple. Je voulais savoir quels étaient selon les personnels de l'établissement les freins et leviers possibles à la mise en place d'une démarche de gestion des connaissances

De manière parallèle, je cherchais également à identifier des documents, des manuels susceptibles de m'apporter un éclairage sur la gestion des connaissances et le rôle que l'AAH pouvait y apporter. La première difficulté a été de pouvoir déterminer effectivement quels étaient les contours de mon sujet. Ce sont les entretiens qui m'ont permis de le faire et donc d'affiner **les ressources documentaires** dont j'aurai besoin par la suite.



Grille d'Entretien :
Le management des connaissances, frein ou levier de la performance hospitalière ?



Le cadre de l'entretien :

Actuellement en formation initiale pour devenir Attaché d'Administration Hospitalière nous devons réaliser un mémoire professionnel sur une problématique relevant du champ de compétence de notre futur métier.

Le travail personnel que j'ai choisi traite d'une problématique commune à tous les établissements de santé puisqu'elle est relative à la gestion des connaissances dans une optique d'amélioration de la performance hospitalière.

La gestion des connaissances n'est pas une problématique nouvelle. Elle est bien connue des managers hospitaliers mais souvent elle relève d'initiatives personnelles et peine à être considérée comme un projet institutionnel fédérant l'ensemble des agents.

L'Objectif :

L'objectif de cet entretien est de recueillir auprès de la personne interrogée un ensemble d'informations (freins, leviers, initiatives) au moyen d'une série de questions ouvertes.

Ces données une fois recueillies seront analysées dans un tableau pour mettre en évidence des éléments de réflexion, des pistes possibles, des projets déjà menés, des freins et des leviers à la mise en place d'une telle initiative dans un centre hospitalier.

- 1) Quelle est votre définition du management des connaissances

- 2) Quelle utilisation en faites vous à votre propre niveau d'intervention

- 3) De quelles manières (système de classement, base de données)? papier ? numérisées ?

- 4) Quelles informations, connaissances (savoir-faire) avez-vous ou souhaitez vous voir centralisées au sein de votre service, dans le cadre de votre activité ? les partagez-vous avec d'autres services ?

- 5) Quelles sont selon vous les difficultés à la mise en place d'un tel système, ses avantages pour le fonctionnement d'un service, d'un établissement ?

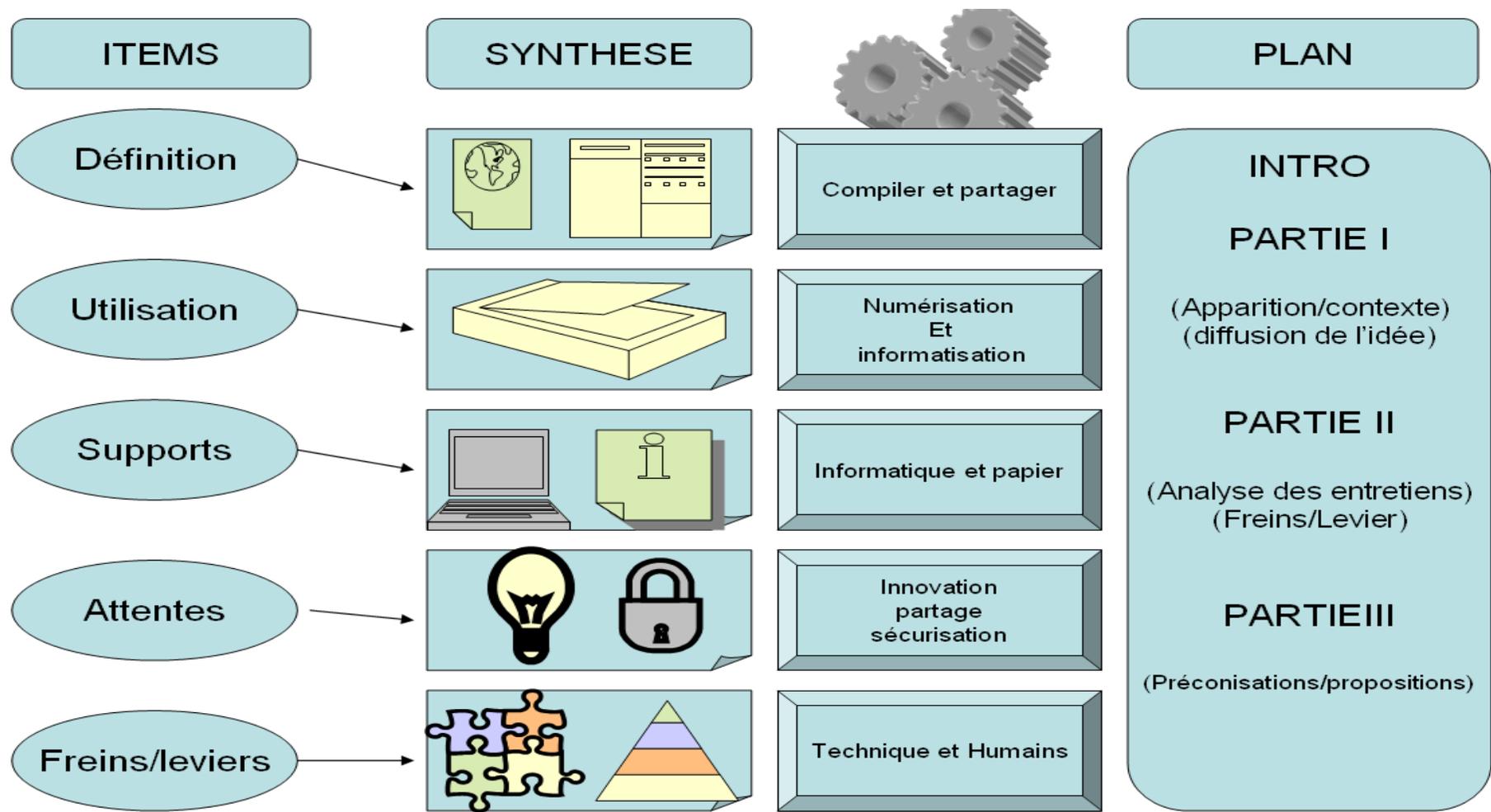
	Directeur Général	Directeur des Ressources Humaines	Directeur du système d'information, de la logistique et des travaux	Informaticien	AAH	assistante de Direction
Question 1:Quelle est votre définition du management des connaissances						
Question 2:Quelle utilisation en faites vous à votre propre niveau d'intervention						
Question 3:De quelles manières ? papier ? numérisées ?						
Question 4:Quelles informations avez-vous ou souhaitez vous voir centralisées						
Question 5:Quelles sont selon vous les difficultés à la mise en place d'un tel système, ses avantages pour le fonctionnement d'un service, d'un établissement ?						

La rédaction du questionnaire d'enquête devait permettre de ne pas trop enfermer la discussion. C'est la raison pour laquelle les questions sont relativement ouvertes et permettent à la personne interrogée de parler de sa propre expérience. Le questionnaire permet cependant de recueillir un ensemble d'informations nécessaires pour balayer tant l'existant en terme de gestion des connaissances que ce qui pourrait être amélioré ou complété. Le questionnaire page V est celui qui a servi de support pour les entretiens. Une fois ces derniers menés, ils ont été synthétisés dans **un tableau** récapitulatif (page VI) dont la structure reprend l'intitulé des questions et permet ainsi de mettre en vis à vis les réponses retranscrites.

La synthèse des entretiens a permis de mettre en exergue que certains aspects de la gestion des connaissances étaient partagés par la majorité des personnes interrogées et également formulés par la doctrine dans des manuels relatifs au « knowledge Management ». D'autres aspects cependant ne faisaient pas l'unanimité ce qui nous a permis, notamment sur le pilotage d'un tel projet, de faire apparaître des désaccords et de donner notre opinion argumentée, illustrée par de la littérature.

La reformulation de la problématique nous a paru naturelle à la suite des entretiens puisqu' est revenu généralement l'argument de la recherche d'efficacité, et d'efficience. C'est la raison pour laquelle il a été posée la question de savoir si : **la gestion des connaissances est un levier de la performance hospitalière ?** Ce questionnement sera, bien entendu, évalué au regard du rôle que nous, futur professionnel, pourrions prendre dans la réalisation d'un projet de gestion des connaissances.

Le plan retenu pour répondre au questionnement devait donc d'une part expliquer le contexte général de l'utilisation de la méthode de gestion des connaissances, avant de permettre d'autre part de faire la synthèse des entretiens ; et ainsi dresser l'état de l'avancée de la gestion des connaissances dans l'établissement. Enfin, la troisième partie servira à positionner l'AAH dans la conduite d'un véritable projet piloté de gestion des connaissances au sein de son établissement.



PARTIE II : La Méthodologie de la mise en place d'une démarche de Knowledge Management

La méthodologie repose sur une mise en perspective des étapes nécessaires d'un projet de gestion des connaissances à l'hôpital. Elle reprend, en effet, pour partie les étapes clés des démarches que la doctrine considère comme efficaces pour rendre une organisation innovante. Les établissements de santé sont cependant des « entreprises » particulières dont les us et coutumes doivent être pris en considération. Il s'agit notamment des circuits de décision largement empreints de la tradition administrative et devant faire une place particulière au respect du principe hiérarchique. Ces précisions étant données, la méthodologie pose le postulat que l'idée même d'un tel projet est possible.

Les préconisations proposées intégrant l'AAH comme chef de projet nécessite préalablement la réalisation de certaines démarches.

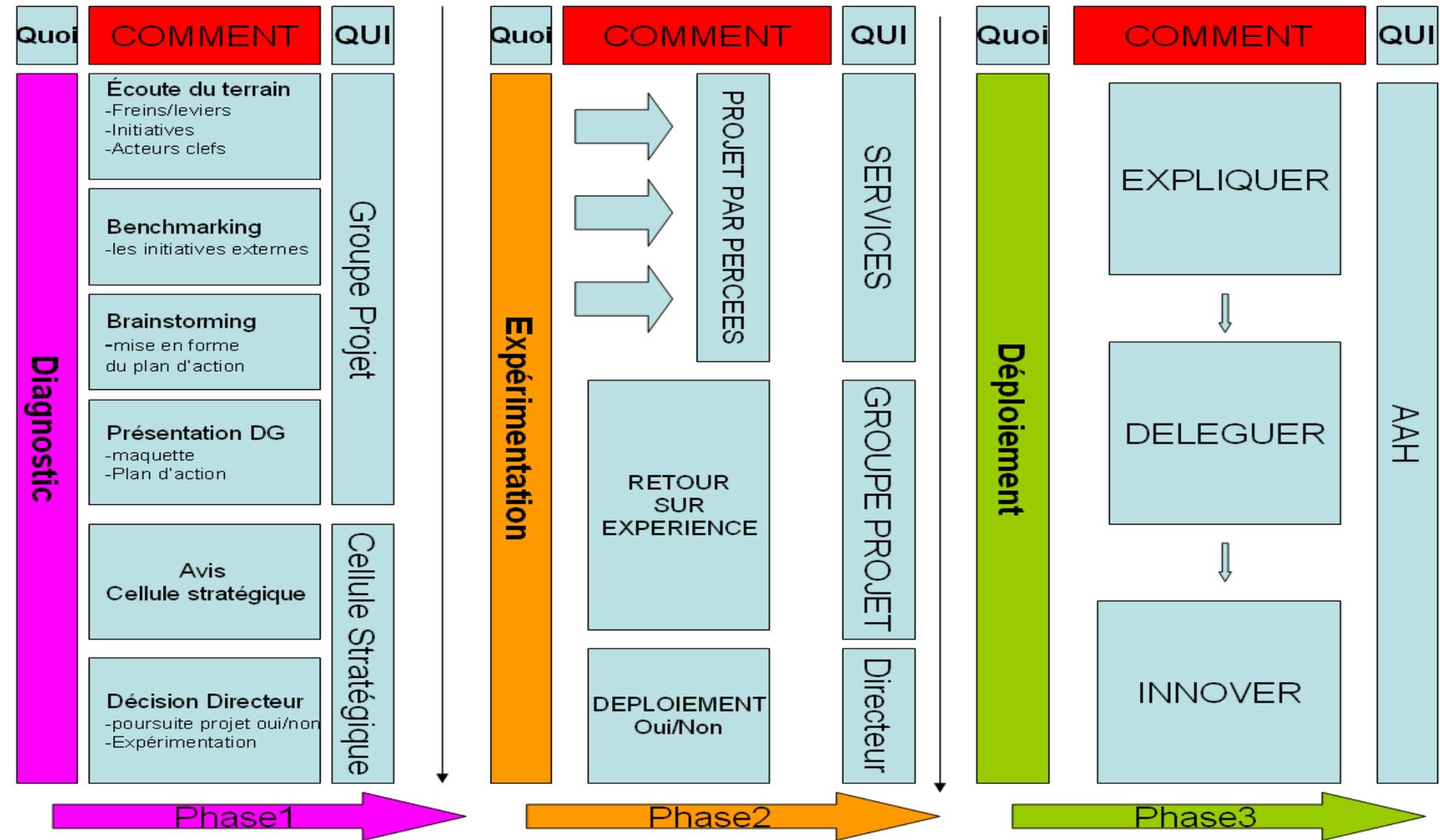
LES PREMICES :

- La définition des attentes stratégiques doit être arrêtée par la direction de l'établissement après avis de la cellule stratégique
- La désignation d'un chef de projet est nécessaire et incombe au chef d'établissement.
- La création d'une équipe projet est faite sur la base du principe de l'interdisciplinarité.

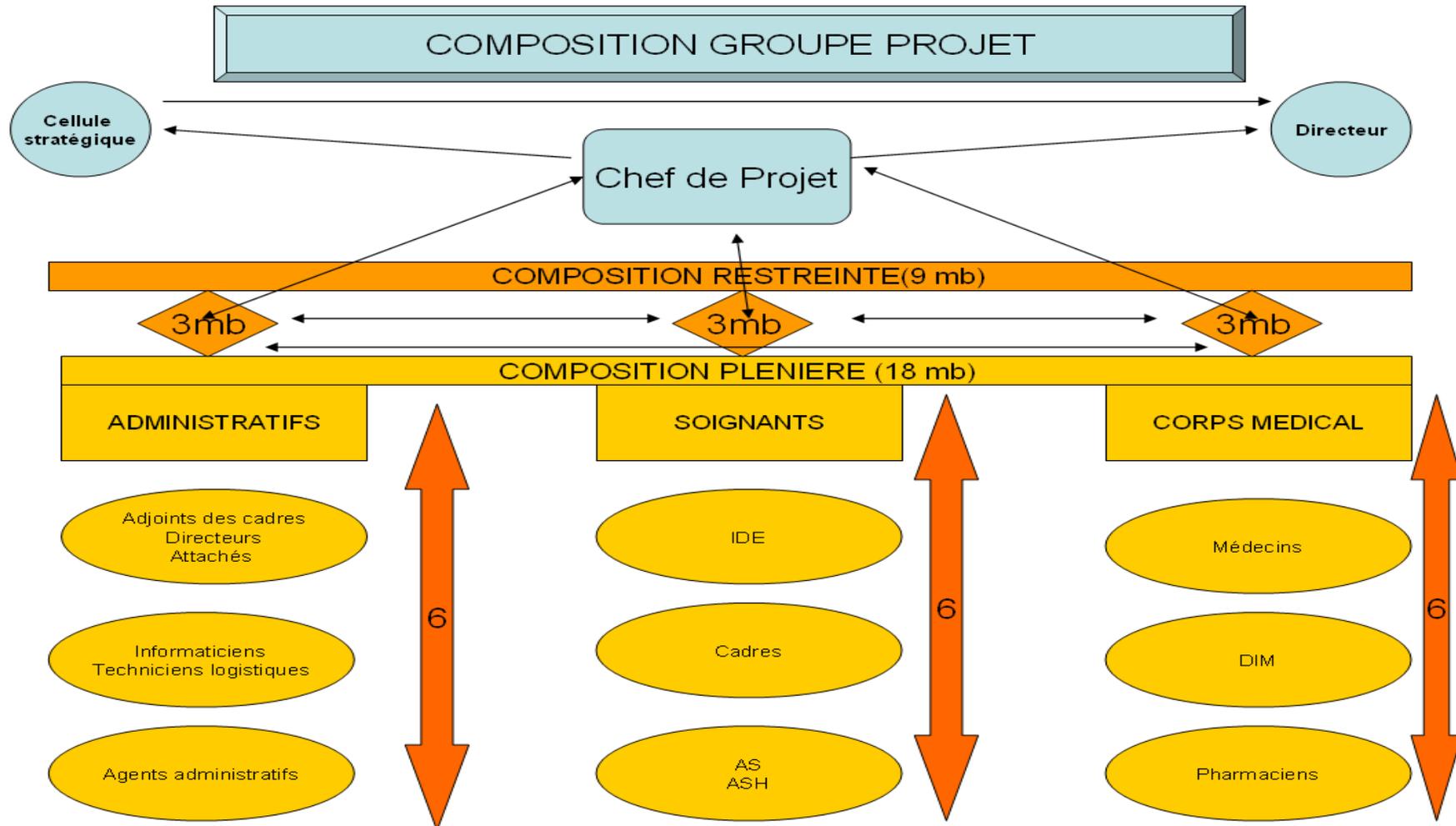
Les éléments précédents étant évoqués parfois de manière succincte dans le corps du devoir nous proposons d'en donner une représentation schématique mais détaillée dans les pages qui suivent.

LE DIAGNOSTIC, L'EXPERIMENTATION, LE DEPLOIEMENT : sont détaillés dans le corps du mémoire partie III et figurent ci-après détaillés par le phasage du projet.

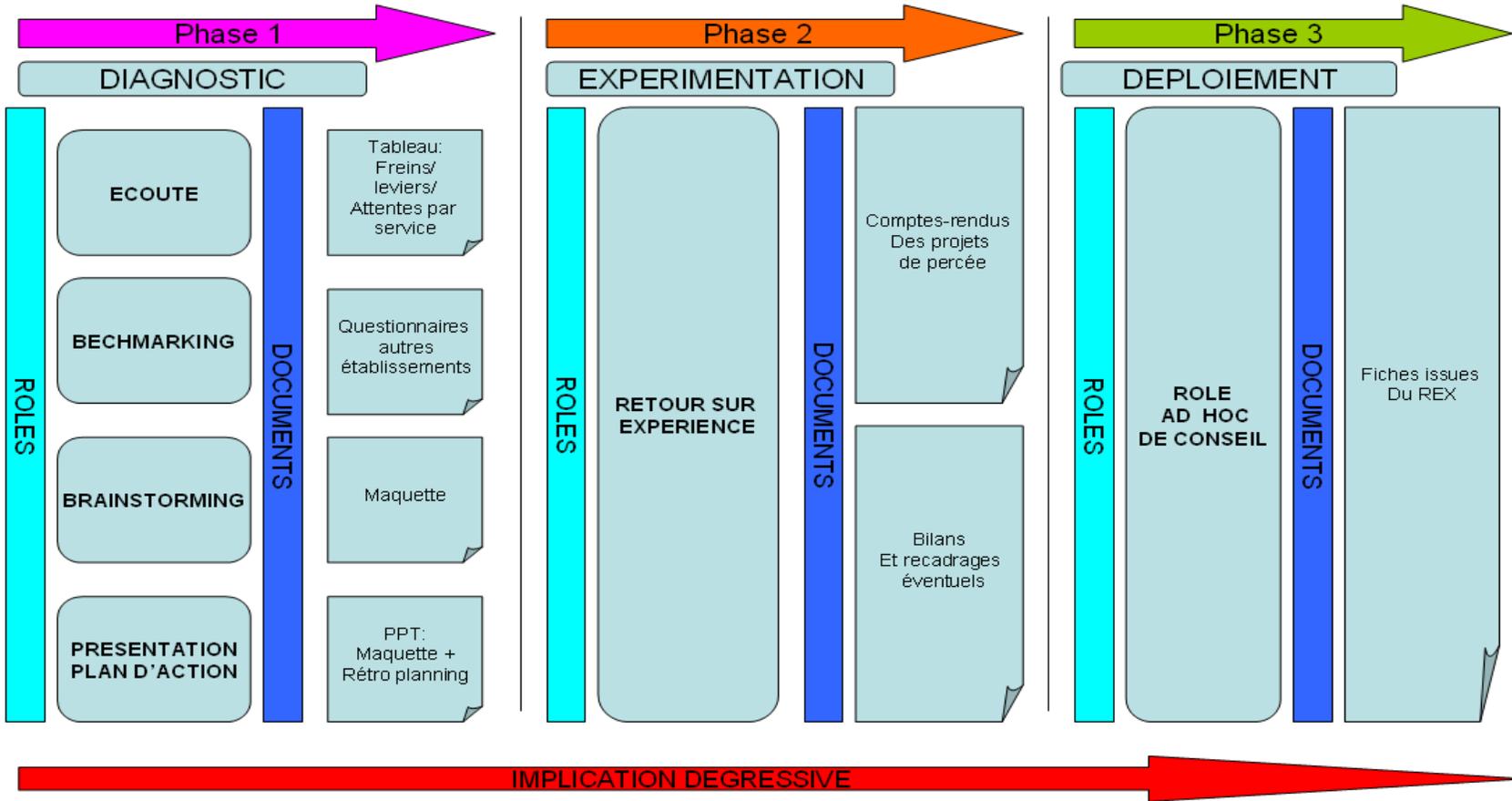
LE PHASAGE



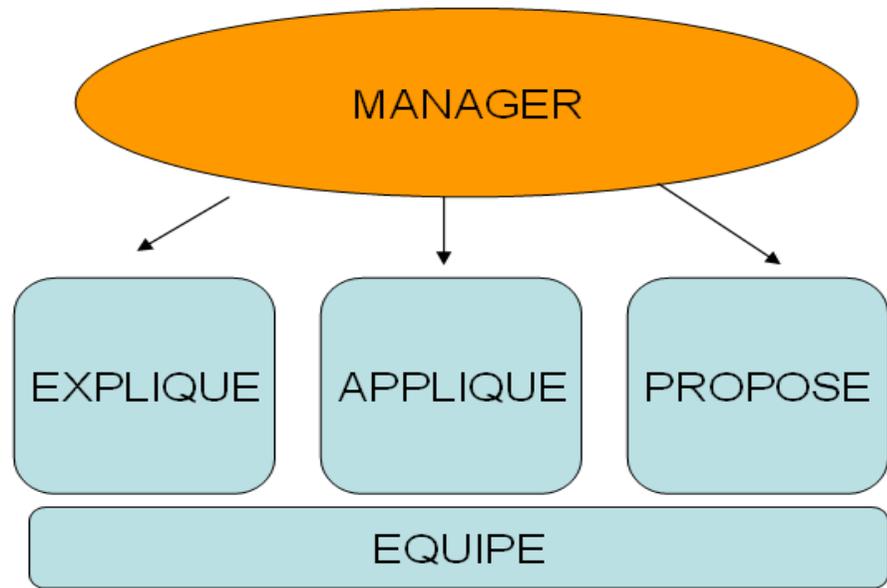
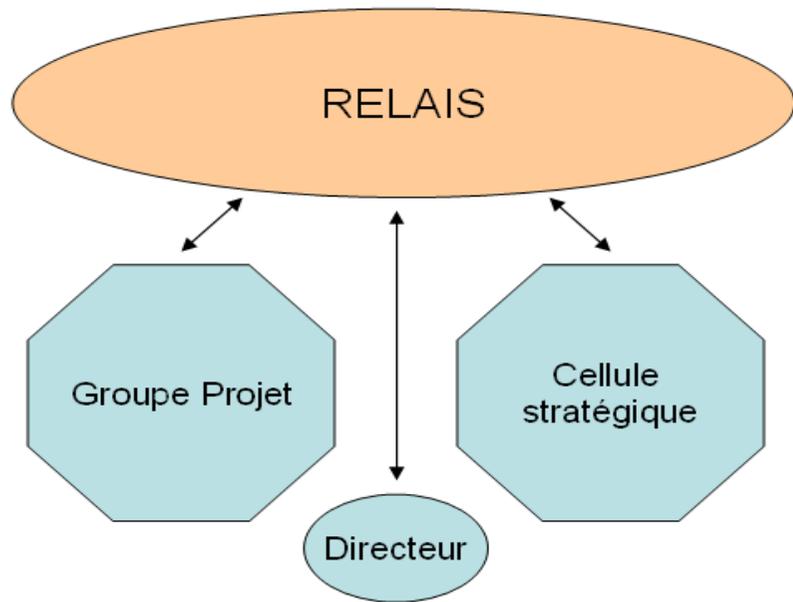
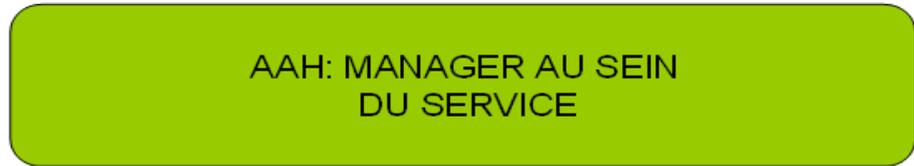
GRUPE PROJET



ROLES DU GROUPE PROJET ET DOCUMENTS DE TRAVAIL



ROLE DE L'AAH DANS LA CONDUITE DU PROJET



ARCHITECTURE INFORMATIQUE UNIFORMISÉE

		DOSSIERS	SOUS-DOSSIER	ACCES	
				LECTURE	MAJ
▶	SERVICE		Organigramme / Fiches de postes / Formations		
			Annuaire		
▶	PROCÉDURES		Modeles		
			Tableau d enregistrement		
▶	PROJETS		Service / Calendriers		
			Etablissement / Calendriers		
▶	REUNIONS		Service / Calendriers		
			Etablissement / Calendriers		
▶	ACTIVITÉS		Tableaux de bord / Bilans		
			Logiciels		

REX PROJET

EXPERIMENTATION GESTION DES CONNAISSANCES

Contexte	Projet de gestion des connaissances	ADAPTATIONS PROPOSEES POUR LE DEPLOIEMENT → → → → → → → →
SERVICES CONCERNES	DRH ET DSI (+ DQRE en support)	
PROCESSUS	Expérimentation d'une structure informatique unique mutualisée pour la gestion des connaissances limitée à deux services	
Méthodes	Projets de percée sur deux services évalués comme des moteurs possibles	
Management et attentes	Groupe Projet = expérimentation puis évaluation type REX Marketing Viral = effet d'entraînement	
Difficultés	- - - -	

PARTIE III : Les préconisations en actions

La démarche de gestion des connaissances est en cours au Centre Hospitalier. Le système d'information doit cependant s'enrichir pour couvrir l'ensemble des informations au pilotage de l'établissement de santé.

La qualité de l'information et son exhaustivité sont clairement au centre des processus décisionnels et des enjeux d'orientations de l'établissement.

Le flot de données doit être structuré pour pouvoir être partagé entre les différents professionnels tant internes qu'externes.

La démarche de gestion des connaissances implique alors tous les acteurs de l'hôpital dans leurs domaines de compétences.

La cohérence et la maîtrise de la gestion des connaissances supposent l'association performante de capacités humaines et de capacités technologiques dans lesquelles le Centre Hospitalier s'est engagé depuis plusieurs années.

Son positionnement est de répondre aux besoins de la prise en charge des patients par la production d'éléments synthétiques et utiles à la démonstration que l'activité des professionnels assure un fonctionnement performant de l'établissement.

La mise en place d'un outil d'analyse décisionnelle est conçue comme incontournable pour répondre aux besoins en informations de l'établissement et son efficience implique la mise en place d'actions spécifiques complémentaires aux démarches déjà existantes (analyse informatique de l'activité, informatisation des dossiers de soins, GPEC, formations, démarche qualité.)

Action 1 : Piloter le projet institutionnel de gestion des compétences :

ARGUMENT :

Un premier travail de mutualisation a été engagé dans la mise en place d'un serveur commun permettant à l'établissement d'assurer un partage d'informations à l'ensemble des personnels disposant d'un accès informatique. Cette démarche permet actuellement de réfléchir sur la mise en place d'un site intranet qui permettra une information facilitée par la mise en place d'un moteur de recherche. Cette étude se fait dans le cadre de la modernisation du site Internet de l'établissement.

Contenu :

Dans ce cadre, la synergie entre le développement des outils de recueil et le management de projet est primordiale. Elle doit être pilotée à un double niveau. Par la direction pour la stratégie globale et la communication sur le projet, par les managers de secteur pour étendre la démarche à l'ensemble des services de l'établissement

Cette politique doit faire l'objet d'un déploiement gradué qui pourrait être précédé par une étude de terrain et une expérimentation préalable. L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation.

Les axes stratégiques sont déterminés au niveau de la Direction et la mise en œuvre est déléguée à un chef de projet qui composera une équipe pluridisciplinaire (groupe projet) en charge du diagnostic et de la faisabilité du déploiement ultérieur du projet.

Le projet a donc deux volets distincts que sont :

- Le volet technique de modernisation des systèmes d'information de l'établissement
- Le volet managérial permettant le déploiement d'une véritable politique de gestion des connaissances dans l'établissement

Echéance : Compte tenu des démarches déjà présentes tant dans le projet d'établissement que dans le projet informatique, le diagnostic et l'expérimentation peuvent probablement être réalisés dans un délai de 6 mois avec, à termes, une évaluation dont les résultats seront communiqués dans les 15 jours qui suivent. Le déploiement est prévu sur une période d'un an permettant de faire migrer les informations capitalisées vers le site intranet en élaboration et assurer une partie des formations du personnel à l'utilisation des outils informatiques.

Coûts : Ils ne sont pas chiffrables mais une instruction de la DGOS indique que l'investissement pour ce type d'opération de modernisation des systèmes d'information doit se situer dans une fourchette allant de 1 à 3% des dépenses d'investissement (INSTRUCTION N°DGOS/MSIOS/2011/297 du 22 juillet 2011 relative à la définition et au suivi des ressources et des charges des systèmes d'information hospitaliers) Le Centre Hospitalier dispose donc d'une marge de progression car les dépenses actuellement engagées sont d'environ 1,2% des dépenses liées à l'investissement.

Action 2 : Assurer le déploiement du projet par un management « local » pédagogique et à l'écoute des agents :

ARGUMENT :

Les textes règlementaires définissant le rôle de l'attaché, le contenu de leur formation, les placent, au sein de l'hôpital comme les relais de la mise en œuvre des stratégies prises par l'équipe de direction. Le rôle de « knowledge Manager », dans le cadre d'une mission de chef de projet paraît adapté aux missions de l'AAH. Ensuite, au sein des services, et sous la responsabilité du directeur adjoint, ils sont idéalement placés pour assurer la mise en œuvre des projets institutionnels.

Contenu :

Une fois l'expérimentation réalisée dans les services tests et jugée concluante, il est nécessaire d'en généraliser l'application à l'ensemble des services. Le déploiement a pour vocation de rendre disponible sur le site intranet de l'établissement un ensemble d'informations issues de l'activité des services et nécessaires de partager. L'AAH doit au sein du service expliquer aux agents le projet déployé et la manière dont il s'insère dans leurs obligations de service. Il doit également déléguer, en fonction des compétences requises, le recueil des données, leur formalisation et leur mise en ligne. Cette étape consistera également à identifier au sein du service un binôme ayant un goût pour l'informatique et leur déléguer conventionnellement la partie mise en ligne des documents produits (GED-ENNOV). Cette étape de déploiement intra service sera l'occasion notamment de mettre à jour les fiches de poste, d'évaluer le besoin en formation et de mettre à jour avec le service informatique les habilitations personnelles nécessaires. Une aide technique pourra être apportée par le groupe projet maintenu sous la forme d'une commission restreinte durant la période nécessaire au déploiement.

Echéance :

Le recueil des données et leurs mises en ligne est une mission pérenne qui devra être réalisée de manière régulière après validation du chef de service. Cependant, la migration des informations (procédures, tableaux de bord, fiches de poste,...) vers le site intranet devra si possible être réalisée dans les 12 mois qui suivent la décision de déploiement. Dans l'idéal, le portail intranet devra être à jour des données d'activité, à la date de rédaction du rapport d'activité de l'année considérée.

Coût :

Le coût est difficile à évaluer. Il pourra le cas échéant être constitué par un contingent d'heures supplémentaires lié à une surcharge ponctuelle d'activité. Cette possibilité doit être limitée à la durée du déploiement. En effet, le travail de recueil et de dématérialisation devrait, à l'avenir, générer un gain de temps.

Action 3 : Développer la formation à l'utilisation de l'outil informatique :

ARGUMENT :

L'informatisation des établissements de santé depuis le début des années 90 doit être accompagnée d'un effort en matière de formation. Elle doit être un axe prioritaire. Ces formations doivent concerner la maîtrise des logiciels bureautiques, ainsi que des principes tels que la sécurité ou la confidentialité. Les processus de formation doivent être diversifiés et généralisés: intervention des fournisseurs, recours à des organismes formateurs agréés, formateurs internes « maison ».

Contenu :

Avec l'aide de la DRH dans sa composante formation, établir une réflexion associant fournisseurs de solutions et utilisateurs des produits informatiques pour cerner au mieux les besoins de formation à prendre en compte pour harmoniser les pratiques.

Une attention toute particulière sera portée aux compétences en la matière des nouveaux arrivants. Il conviendra de privilégier cependant la formation d'un ou deux agents par service. Ceux qui auront été identifiés dans le service comme étant chargés de la mise en forme des documents et de leur mise en ligne.

Échéance :

Dés le lancement du projet.

Coût des formations :

Néant si ce sont des ressources internes qui la mettent en oeuvre. Il existera un coût des formations informatiques si on prévoit un renforcement des agents non formés.

Action 4 : Développer un site intranet innovant et communicant :

Argument :

La mise en place de cet outil est d'abord dédiée à la communication interne à l'établissement (dans sa dimension externe un site Internet pourra également être incrémenté (web 2.0). Il représentera le socle de recueil et de diffusion des « connaissances ». Outil évolutif, il pourra être modifié en fonction des besoins nouveaux de l'établissement.

Contenu :

La réalisation de ce site doit être pilotée stratégiquement par la direction et le cahier des charges de sa création doit quant à lui être défini par le groupe projet. Techniquement, le site intranet sera probablement réalisé dans le cadre d'une sous-traitance privée si les ressources en interne (personnel informatique, web master) sont insuffisantes ou ne peuvent pas être temporairement étoffées.

Echéance :

L'échéance doit prendre en compte le travail d'amont de changement des pratiques. De plus la rédaction du cahier des charges peut prendre du temps. 24 mois semblent nécessaires pour une disponibilité effective du site.

Coût de création/ Maintenance : Si la création est déléguée le coût de la création peut être relativement important. Il faut également prévoir l'achat de solutions de stockage et leur maintenance.

EVEN

FRANCOIS

Novembre 2012

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2012

Le management de la connaissance dans les établissements de santé, un levier de la performance hospitalière ?

Résumé :

Les établissements de santé connaissent la même mutation que l'administration dans son ensemble pour parvenir à assurer aux usagers une prise en charge de qualité. La performance irrigue chacune des innovations que connaît l'hôpital et la démarche qualité au sens large conditionne désormais le fonctionnement des organisations.

Pour être performant, l'hôpital doit connaître en temps réel son activité, standardiser son fonctionnement et s'assurer que ses recrutements et la formation de ses effectifs lui permettent d'assurer ses missions de la manière la plus efficace et sécurisante possible.

Le Knowledge Management, outil issu du secteur industriel pour assurer la conservation du patrimoine « immatériel » de l'entreprise, est présenté comme remplissant cet objectif de performance. Cependant, il connaît une utilisation partielle dans les établissements de santé et nécessite une véritable implication accompagnant, également et dans le même temps, le développement des systèmes d'informations et la dématérialisation des données de santé.

L'AAH devrait pouvoir jouer le rôle de chef de projet dans la mise en œuvre d'une stratégie de gestion des connaissances décidée par la direction. En conformité avec le référentiel de compétences des AAH, la conduite de projet et la mise en œuvre des stratégies peuvent relever des fonctions de ces derniers.

Mots clés :

Attaché d'administration hospitalière, gestion des connaissances, Knowledge Management, performance hospitalière, pilotage, qualité, stratégie, système d'information.

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.