



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2010**

Date du Jury : **Septembre 2010**

---

**La mutualisation comme outil de  
réorganisation : quel rôle pour le  
directeur des soins ?**

---

**Agnès WYNEN**

---

# Remerciements

---

A ma famille, à mes proches, à toutes les personnes et à tous les professionnels qui m'ont apportés leur aide et leur soutien pour la réalisation de ce mémoire.

*A tous, un grand merci*

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION .....	1
1 LE CHANGEMENT : UN CONCEPT INDISSOCIABLE DES REORGANISATIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE .....	5
1.1 Un contexte économique qui traduit la nécessaire évolution des établissements de santé .....	5
1.2 Un dispositif réglementaire qui s'intensifie .....	5
1.2.1 La régionalisation de la politique de santé : de nouvelles règles .....	6
1.2.2 Une nouvelle gouvernance hospitalière inspirée de la gestion des entreprises .....	6
1.2.3 Un nouveau mode de tarification : la tarification à l'activité (T2A) .....	7
1.2.4 Le développement d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins, d'accueil et de prise en charge des usagers .....	8
1.3 La performance : un enjeu pour les établissements de santé .....	10
1.4 Le changement : un concept indissociable des réformes .....	11
2 LA MUTUALISATION : UN OUTIL D'ORGANISATION COMPLEXE .....	13
2.1 Contexte de l'étude .....	13
2.2 Analyse des entretiens .....	14
2.2.1 La mutualisation : un concept à clarifier .....	14
2.2.2 La démarche de mutualisation : les effets positifs .....	16
2.2.3 La mutualisation : des difficultés qui complexifient sa mise en œuvre .....	17
2.3 Synthèse .....	24
3 LE DIRECTEUR DES SOINS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS DE MUTUALISATION .....	25
3.1 La conduite du changement : un préalable à tout projet de mutualisation .....	25
3.1.1 Les outils de la conduite du changement .....	25
3.1.2 Le développement des compétences : éléments indispensables des projets de mutualisation .....	26
3.1.3 La résistance au changement : une dimension à intégrer dans le management de projet .....	27
3.2 Le management : un élément clé dans la mise en œuvre des projets de mutualisation .....	29
3.2.1 Rôle du DS et des directions fonctionnelles .....	29
3.2.2 La décision, guidée par l'évaluation du besoin et de faisabilité .....	30
3.2.3 La coordination des acteurs, une nécessité dans le pilotage des projets .....	30
3.2.4 L'évaluation des résultats : une démarche incontournable du projet .....	31

CONCLUSION .....	33
Sources et bibliographie .....	35
Liste des annexes .....	I
Annexe 1 .....	II
Annexe 2 .....	IV
Annexe 3 .....	V

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ASH	Agent de service hospitalier
CME	Commission médicale d'établissement
COMPAQH	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CSIRMT	Commission des soins infirmiers, rééducation et médico-techniques
DRH	Direction des ressources humaines
DMS	Durée moyenne de séjour
DS	Directeur des soins
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital, patient, santé, territoire
IDE	Infirmière diplômée d'état
MEAH	Mission d'évaluation et d'audit hospitalier
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale
PCME	Président de la commission médicale d'établissement
PEP	Pratique exigible prioritaire
RH	Ressources humaines
T2A	Tarifcation à l'activité

## INTRODUCTION

Depuis 30 ans, de nombreuses réformes modifient en profondeur le fonctionnement des établissements de santé. De nouveaux concepts apparaissent : rentabilité, performance, efficacité, responsabilité. Ces notions, largement répandues par les pouvoirs publics et relayées par les managers hospitaliers, constituent une véritable révolution culturelle tant chez les gestionnaires que chez les professionnels de santé. Il s'agit en effet, de faire plus et mieux, si possible avec autant voire avec moins. Ceci est encore plus vrai pour les établissements qui ont contractés, avec les autorités de tutelles (ARH : agence régionale de l'hospitalisation et aujourd'hui ARS : agence régionale de santé), la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre pour assainir leur situation financière. L'optimisation des ressources, la rationalisation des dépenses, la recherche de performance font désormais partie intégrante de la politique des établissements de santé. Parfois violentes, les réorganisations se heurtent à la culture soignante. Peu impliqués jusqu'alors, dans la gestion médico-économique, les professionnels de santé, voient dans les mesures prises, une perte de qualité dans la prise en charge des patients et une dégradation de leurs conditions de travail.

Au cours de notre expérience, nous avons conduit plusieurs projets qui visaient l'efficacité d'une organisation comme celle du transport des patients ou encore qui s'inscrivaient dans un contexte de plan de retour à l'équilibre. Tous reposaient sur des réorganisations basées sur la mutualisation des moyens, des ressources humaines (RH), voire des patients dans des structures multidisciplinaires d'hospitalisation complète (HC), d'hôpital de semaine (HDS) ou d'hôpital de jour (HDJ).

Ainsi, concernant le projet de réorganisation du transport des patients, basé sur le principe de mutualisation des RH, les objectifs visaient une augmentation de la productivité à moyens constants pour absorber l'activité générée par l'ouverture de nouvelles activités (bâtiment femme-enfant), l'amélioration de la qualité des prestations et la mise en conformité des missions des brancardiers, formulée dans le rapport de certification V2. L'opération de réorganisation s'est traduite par une mutualisation des équipes, c'est-à-dire la mise en commun des moyens matériels et humains avec comme objectif, l'ajustement des ressources aux besoins de l'activité centrée sur le transport des patients uniquement.

Les résultats obtenus ont permis la réduction de 11 postes, redéployés sur d'autres activités et une diminution du délai de prise en charge. Ces résultats sont le fruit d'un long processus, sous tension permanente, qui a engendré de multiples conflits sociaux. En effet, la mutualisation des équipes ne fait pas l'unanimité chez les professionnels de santé et génère des phénomènes de résistances aux changements qui déstabilisent le projet et fragilisent l'organisation mise en place.

Cette pratique de mutualisation qui semble être devenue un modèle de réorganisation dans les restructurations, soulève de nombreuses interrogations. Quels sont les effets de la mutualisation sur les personnels ? A quoi sont dues les résistances aux changements ? Que faut-il pour accompagner ces projets de restructuration ? Quelles sont les difficultés rencontrées à la mise en place d'organisations mutualisées ? Y a-t-il des limites à utiliser ce modèle organisationnel ?

Par ailleurs, même s'il existe de nombreuses difficultés dans leurs mises en œuvre, les mutualisations permettent dans la plupart des cas, d'atteindre les objectifs fixés en termes de qualité de prestation et de gain de productivité. Des questions se posent alors sur la modélisation de ce schéma organisationnel à tous les projets de restructuration ? Peut-on l'envisager pour toutes les structures et pour toutes les organisations de travail ?

Consciente de la nécessaire adaptation des établissements publics de santé tant en interne qu'avec les partenaires extérieurs, nous nous sommes interrogées sur la place du directeur des soins (DS) dans l'évolution des organisations. En effet, en tant que DS, membre l'équipe de direction, collaborateur des autres acteurs hospitaliers (direction générale et directions fonctionnelles, chefs de pôles, cadres et cadres supérieurs de santé, partenaires sociaux), nous serons régulièrement interpellés sur ces sujets : optimisation des ressources, amélioration de la performance et de qualité des prestations de soins et rationalisation des dépenses notamment en personnel. Il s'agit dans un milieu complexe qu'est l'hôpital, d'allier obligation des soins, qualité des soins et contraintes financières.

Nos missions sont définies dans le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Il précise dans son article 4-3 que le directeur des soins: « ... *participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins [...] élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité*<sup>1</sup> ». Dans le cadre des nouvelles dispositions réglementaires, le DS, positionné dans un rôle stratégique au sein du directoire et dans ses relations avec les pôles, voit sa position confortée dans des activités organisationnelles<sup>2</sup>.

Pour lui, il s'agit, dans un cadre budgétaire contraint, de réussir la mise en place d'organisations efficaces pour répondre aux orientations stratégiques de l'établissement. Dans une démarche participative avec la direction et les acteurs de pôles, il est amené à

---

<sup>1</sup> Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

<sup>2</sup> Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation-Mars 2010

proposer et/ou accompagner de nouvelles organisations, à coordonner des actions de restructuration visant la mutualisation des ressources et la coopération des professionnels.

Suite à l'expérience évoquée ci-dessus et au regard d'autres projets menés sur un pôle d'activité clinique dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, nous avons souhaité mener une réflexion relative à la mise en place d'organisations mutualisées. L'objectif de cette réflexion est d'identifier d'une part, les facteurs qui influent sur la conduite d'un projet de mutualisation et d'autre part, de repérer les grands principes qui facilitent sa mise en œuvre. Le questionnement initial qui peut-être posé s'inscrit de la façon suivante :

**Pourquoi, dans un contexte de réforme, la mutualisation comme outil de changement organisationnel au service de la performance, est-elle difficile à mettre en œuvre ?**

Cette question détermine les axes de questionnement suivants :

1. La mutualisation ne renvoie pas à la même définition ou à la même représentation selon les acteurs.
2. La diversité des éléments existants tels que les compétences, la spécialisation, l'architecture, les outils et des intervenants complexifient sa mise en œuvre.
3. La réunion d'un ensemble de conditions, telles que l'engagement institutionnel, la méthodologie de projet, l'implication des acteurs, la temporalité, sont nécessaires à la réussite d'une mutualisation.
4. Les divergences d'intérêts contribuent aux développements de stratégie de résistances aux changements chez les acteurs.

Pour répondre à la problématique posée, il nous faudra dans un premier temps, situer le cadre des réorganisations à l'hôpital. Les concepts de la performance et du changement viendront compléter ce cadre de référence.

S'agissant de l'étude de terrain, les résultats de l'analyse alimenteront la deuxième partie de ce travail et tenteront de faire apparaître la mutualisation comme un outil d'organisation complexe.

A l'issue, les éléments d'analyse nous permettront d'émettre des préconisations visant à accompagner un projet de mutualisation en mettant en valeur la plus-value du DS.



# 1 LE CHANGEMENT : UN CONCEPT INDISSOCIABLE DES REORGANISATIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

## 1.1 Un contexte économique qui traduit la nécessaire évolution des établissements de santé

De la période de l'après guerre (1939-1945) jusqu'au milieu des années 70, la France a connu une forte croissance économique. C'est ce que l'on a appelé : les « Trente glorieuses ». Durant cette période, l'hôpital se développe et prend son essor. L'activité hospitalière s'accroît, entraînant la création de structures, de services et des spécialités nouvelles. A ceci s'ajoute des plateaux techniques d'explorations et d'investigations de plus en plus performants, mais aussi de plus en plus onéreux. La réforme DEBRE<sup>3</sup> et la loi du 31 décembre 1970 consacrent l'hôpital comme plaque tournante de l'activité de soins et du progrès médical. Toutefois, la crise économique qui frappe les économies occidentales dans les années 70, déstabilise fortement le système de protection sociale français. La prospérité économique amoindrie, l'hôpital public connaît des difficultés financières avec des ressources qui baissent et des dépenses qui progressent au regard de facteurs socio-économiques : allongement de la durée de vie, progrès technologique, augmentation de l'accès aux soins rendu plus aisé par le système de protection avantageux. Cette crise met au grand jour les dysfonctionnements de l'hôpital et a trois conséquences majeures pour les établissements de santé : nécessité de s'organiser en tant que structure productrice de soins, optimiser ses moyens financiers et maîtriser ses ressources en priorité humaines. Selon Bernard BONNICI, « *pour les décideurs, l'hôpital représente, aujourd'hui plus qu'hier, un véritable enjeu non seulement eu égard à son rôle de « rempart contre la maladie » et contre l'exclusion sanitaire et sociale, mais également quant à la part prépondérante qu'il occupe dans l'économie de la santé. A elle seule, l'hospitalisation publique et privée, consomme plus de 4% du PIB et emploie près de 4% de la population active en France* <sup>4</sup> ». Dans l'impossibilité de se développer librement, l'hôpital est invité à se restructurer et à développer ses aspects qualitatifs, pour une plus grande maîtrise de ses dépenses.

## 1.2 Un dispositif réglementaire qui s'intensifie

Ces dernières années sont marquées par la volonté des pouvoirs publics d'impulser des changements organisationnels favorisant l'amélioration de la performance, tant en intra que dans le domaine extrahospitalier. Quatre grandes orientations complémentaires sont

---

<sup>3</sup> Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale

<sup>4</sup> BONNICI B., 2007, *L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaire*, p8.

prises au travers du plan hôpital 2007 et renforcées par la loi Hôpital, patient, santé, territoire (HPST) du 21 juillet 2009<sup>5</sup>. Elles visent, d'une part l'organisation d'un maillage sanitaire de l'offre de soins au niveau régional, d'autre part la responsabilisation des professionnels de santé à la gestion médico-économique ainsi que l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins.

### **1.2.1 La régionalisation de la politique de santé : de nouvelles règles.**

L'évolution vers une déconcentration des pouvoirs de l'État au profit de la région s'exprime au travers des lois et ordonnances de 1991 portant sur la création des schémas régionaux de l'offre de soins (le pouvoir de l'état est délégué aux instances régionales) et celles de 1996 avec la création des ARH, la régionalisation des budgets, le développement des coopérations et de la complémentarité public/privé. Cette tendance se confirme avec l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>6</sup> qui définit une nouvelle régulation de l'offre de soins en instaurant le schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération (SROS 3). Il vise à garantir une offre adaptée par rapport aux besoins sur l'ensemble du territoire national. La loi HPST vient compléter le dispositif existant et apporte de nouveaux outils pour mieux coordonner les moyens et améliorer l'accès à des soins de qualité. En s'appuyant sur le rapport LARCHER<sup>7</sup>, la loi, dans son volet consacré à l'organisation territoriale du système de santé, prévoit notamment la création de communautés hospitalières de territoire (CHT). La finalité est d'inciter les établissements à se regrouper sur la base d'un projet médical commun. Ces communautés seront encouragées, par des incitations fortes, à favoriser les mutualisations.

### **1.2.2 Une nouvelle gouvernance hospitalière inspirée de la gestion des entreprises**

La notion de gouvernance apparaît dans les années 1970. Cette forme de gestion, fondée sur une logique d'entreprise, renvoie à l'idée de piloter, de guider et de diriger. Nouveau mode de gestion des organisations hospitalières, la nouvelle gouvernance<sup>8</sup> instaure les pôles d'activités. Le pôle se définissant comme un regroupement de services, dans un but de prise en charge globale du patient, autour d'une organisation de soins décloisonnée et complémentaire. Toutefois, les travaux de la mission d'évaluation et audit hospitalier (MEAH), aujourd'hui agence nationale d'appui à la performance (ANAP), et le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS), soulignent

---

<sup>5</sup> Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<sup>6</sup> Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

<sup>7</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher  
[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Larcher\\_definitif.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf)

<sup>8</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

les difficultés persistantes des établissements de santé et des pôles à s'organiser et à mettre en œuvre, les réformes visant l'amélioration de leur performance.

Un nouveau cadrage juridique, issu de la loi HPST, est venu conforter les dispositions de la nouvelle gouvernance. Le législateur, en définissant réglementairement les pôles et en dotant les chefs de pôles de l'autorité fonctionnelle sur les équipes soignantes, a enclenché un autre mode de gestion interne reposant sur un pouvoir partagé autour de la notion de contrat : contrat d'objectif et de moyens, autonomie de gestion, responsabilité partagée, gestion de budget. La contractualisation introduit donc, un mode de management basé sur le principe d'une gestion décentralisée.

Par ailleurs, le découpage en pôles, enjeu fort pour l'amélioration de l'efficacité, est désormais de la responsabilité du directeur de l'établissement. En effet, comme le souligne le rapport de la MECSS<sup>9</sup>, *«les périmètres et le contenu des pôles qui devront résulter des logiques médico-économiques propres aux établissements et à leurs spécificités, la bonne « logique » paraissant être celle du parcours du patient»*. Ce découpage, doit permettre un réel pilotage par les chefs de pôles pour améliorer la performance.

### **1.2.3 Un nouveau mode de tarification : la tarification à l'activité<sup>10</sup> (T2A)**

La réforme du financement des établissements de santé, plus connue sous le nom de T2A, est un élément central de la nouvelle gouvernance hospitalière. Le principe posé est simple. Ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse. Ainsi, la logique de moyens qui prévalait jusque-là, cède la place à une logique de résultats. Cette forme de rémunération a été, cependant, un élément révélateur des difficultés financières des hôpitaux. Les déficits chroniques constatés ont ainsi conforté l'idée d'attribuer aux établissements hospitaliers l'autonomie de gestion. La T2A poursuit plusieurs objectifs qui sont :

- l'allocation équitable des ressources. Pour cela, il est question de faire converger les tarifs privés-publics,
- l'adaptation des modalités de financement aux activités, notamment grâce à des recettes liées aux séjours (groupe homogène de séjours) sur les activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique (MCO),
- l'amélioration de l'offre de soins en développant les synergies entre public et privé et en incitant le développement des activités au regard des besoins de la population, en soutenant les nouveaux modes de prise en charge (ambulatoire et hospitalisation à domicile),

---

<sup>9</sup>RAPPORT D'INFORMATION DÉPOSÉ PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital, présenté par M. Jean MALLOT, Député, Mai 2010, p57

<sup>10</sup> Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

- l'optimisation du pilotage des établissements, ceci grâce à un véritable projet médical, de nouveaux outils de gestion et de comptabilité analytique et un système d'information performant,
- la participation au développement de la qualité et la responsabilisation des acteurs par une amélioration des organisations, le développement d'une culture de l'évaluation et la création d'une synergie médico-administrative en matière de gestion.

La T2A a ainsi transformé en profondeur le mode de financement des hôpitaux. Elle incite à réfléchir et conduit le plus souvent les pôles et les équipes qui les animent à s'interroger, de manière collective, sur la rationalisation de l'organisation de leurs activités. « *La mise en place des pôles devrait constituer un levier pour inciter aux réorganisations et à la recherche de l'amélioration de la qualité du service et de l'efficience* »<sup>11</sup>.

#### **1.2.4 Le développement d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins, d'accueil et de prise en charge des usagers**

Les difficultés économiques des hôpitaux, la pression des usagers, plus avertis et donc plus exigeants, contraignent de plus en plus les établissements à évaluer la qualité de leurs prestations. Les pouvoirs publics ont ainsi instauré la procédure de certification des établissements de santé, renforcé l'implication des acteurs dans la démarche et introduit une politique de transparence.

- **La certification des établissements de santé** a été introduite en France en 1996. Elle permet de mesurer la cohérence entre la mise en place d'un système d'amélioration et la maîtrise de la qualité, sur des points particuliers. Elle correspond à une attente des pouvoirs publics et des usagers. Mise en œuvre par la haute autorité de santé (HAS), cette procédure d'évaluation externe intervient périodiquement tous les 4 ans. Sur la base d'un référentiel (manuel de certification), la certification a pour but de favoriser une meilleure organisation de l'établissement au bénéfice du patient et de promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein des établissements. En constante évolution, la nouvelle version (V2010) introduit de nouvelles exigences. L'atteinte d'un niveau de qualité repose sur :
  - o des critères jugés essentiels et qualifiés de pratiques exigibles prioritaires (PEP)<sup>12</sup>. La non-atteinte des exigences conduisant systématiquement à une décision de certification avec suivi, voire à une non-certification,
  - o l'utilisation d'indicateurs nationaux généralisés par le ministère chargé de la santé et dont le recueil est obligatoire en France, pour contribuer à la mesure de la

<sup>11</sup>RAPPORT D'INFORMATION DÉPOSÉ PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, op.cit p59

<sup>12</sup>Manuel de certification des établissements de santé V2010, juin 2009,

qualité. Nous retrouvons les indicateurs du programme de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH) qui portent aussi bien sur l'organisation des soins, la sécurité des patients que sur les pratiques cliniques.

- **Un renforcement de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.** Si dans ses missions, le DS est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins, la loi HPST vient élargir cette responsabilité à d'autres acteurs. La commission médicale d'établissement (CME) est recentrée sur l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Aujourd'hui, le président de la CME (PCME), vice-président du directoire, définit et décide conjointement avec le directeur de l'établissement des orientations de cette politique.
- **Une politique de transparence.** Différents scandales sanitaires ont induit une certaine méfiance vis-à-vis du système hospitalier, chez les usagers. Cette méfiance a été à l'origine de revendications et a permis de poser un cadre législatif relatif aux droits des usagers et à la qualité du système de santé<sup>13</sup>. Dans les établissements de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge<sup>14</sup> (CRUCPC) est instituée. Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades. Par ailleurs, dans un souci de clarté, les pouvoirs publics ont instauré une politique de transparence en imposant aux établissements de santé, la mise à disposition du public des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins<sup>15</sup>. La production d'indicateurs, intégrée à la démarche de certification, concourt au développement de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

L'ensemble de ces réformes participent à l'amélioration de la performance au travers du développement de complémentarités aussi bien en intra qu'en extrahospitalier. Elles visent à revisiter l'organisation des soins et le parcours du patient, les pratiques et le management en vue d'améliorer la qualité des prestations de soins au moindre coût. Elles prônent la mutualisation des moyens pour optimiser les ressources, rationaliser les dépenses et améliorer la qualité et la sécurité des soins.

---

<sup>13</sup>Loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>14</sup>Décret n°2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

<sup>15</sup>Décret n° 2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non-respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

### 1.3 La performance : un enjeu pour les établissements de santé

« Au sens strict du terme, une performance est un résultat chiffré dans une perspective de classement et l'évaluation de la performance se construit donc au regard d'un référentiel, d'une échelle de mesure et d'une comparaison ». <sup>16</sup>

La performance est souvent associée à l'atteinte des objectifs. Ce type de modèle renvoie à l'efficacité économique (analyse coût/efficacité), mesurée à l'aide d'indicateurs quantitatifs. Cette approche semble toutefois réductrice et ne reflète pas l'ensemble des domaines de l'activité hospitalière dans lesquels l'hôpital doit être performant. De nombreux auteurs défendent ainsi une vision multidimensionnelle de la performance. Pour les hôpitaux, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques propose un modèle des performances multidimensionnelles comprenant 3 domaines:

- « l'atteinte des buts (la finalité de l'hôpital est de participer à l'amélioration de l'état de santé de la population, tant de chaque individu qui s'y présente qu'en terme d'efficacité sanitaire collective),
- l'adaptation (elle traduit la capacité d'un établissement à mobiliser les ressources financières, légales, réglementaires, communautaires et l'innovation, nécessaires au maintien et au développement de ses activités).
- la production (avec une relation étroite entre les quantités produites et leur coût<sup>17</sup> ».

Ces trois domaines de performance sont étroitement liés à l'organisation du travail et à la culture d'un hôpital. En effet, comme le souligne P. PEYRET<sup>18</sup>, « il faut qu'existent des principes d'action partagés qui assurent la cohésion et la cohérence des différents acteurs au sein d'un hôpital pour lui permettre de remplir ses objectifs ». Par ailleurs, la performance fait référence aux notions d'efficacité et d'efficience.

L'étude de l'efficacité consiste à mesurer l'écart entre les objectifs et les résultats d'une politique ou d'un programme, notamment à l'aide d'indicateurs de performance. Par exemple, pour évaluer l'efficacité d'accessibilité aux soins, le pourcentage de RDV de nouveaux patients et les délais de RDV en consultation sont des indicateurs couramment utilisés. La notion d'efficience, quant à elle, met en rapport les coûts d'une politique avec ses résultats. Elle met l'accent sur l'économie des moyens employés pour atteindre les objectifs. Dans cette vision, une structure hospitalière est dite performante, si et seulement si elle est

---

<sup>16</sup> PEYRET P. B., 2010, « Gestion par la performance dans les institutions sanitaires » in Formation initiale des DS, EHESP, Rennes, 30p

<sup>17</sup> Ibid.

<sup>18</sup> Ibid.

efficace et efficiente. Elle est efficace si elle atteint tous ses objectifs. Elle est dite efficiente, si elle utilise les moyens adéquats au moindre coût.

Ainsi, l'approche de la performance multidimensionnelle est étroitement liée aux notions d'efficience économique, à la qualité des soins et du service rendu, à la satisfaction des usagers, à la réponse apportée aux besoins de santé ainsi qu'à l'introduction d'un nouveau mode de management. Elle se mesure à l'aide d'indicateurs de performance qui servent à apprécier, en interne, le fonctionnement d'un hôpital en analysant ses processus de production, ou encore à évaluer, de l'extérieur, sa performance dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique nationale ou régionale.

En conséquence, l'ensemble des réformes visant l'amélioration de la performance conduisent nécessairement les établissements à revoir leurs organisations et à introduire du changement.

#### **1.4 Le changement : un concept indissociable des réformes**

« *L'adaptation constante des moyens aux évolutions de l'environnement, aux besoins des usagers du système hospitalier place le changement au cœur de la vie de tous les secteurs et de toute organisation*<sup>19</sup> ». Dans cette citation, nous retrouvons les notions de changement et d'organisation, qui sont indéfectiblement liées.

Le mode d'organisation de la fonction publique apparaît encore aujourd'hui comme un modèle bureaucratique mécaniste c'est-à-dire basé « *sur la division du travail avec une coordination qui s'appuie sur la standardisation des procédures de travail*<sup>20</sup> ». Elle a pour corollaire « *des avantages certains de stabilité, de régularité et de prévisibilité*<sup>21</sup> ». Cette approche est complétée par les travaux de H. MINTZBERG qui positionne l'hôpital dans le modèle de la bureaucratie professionnelle. Dans cette forme, la coordination est « *assurée par la normalisation des compétences et non des procédés. Elle a recours à des opérationnels dûment formés et leur laisse une grande latitude d'action*<sup>22</sup> ».

Ces deux approches permettent d'expliquer pourquoi, dans un modèle organisationnel qui repose sur la sécurité et l'autonomie, des phénomènes de résistances surviennent dans les projets de changement.

Par ailleurs, l'organisation qui se définit comme « *une structure sociale créée par des individus pour les aider à poursuivre en commun un but précis*<sup>23</sup> », suppose que des individus travaillent ensemble et qu'ils « *élaborent des règles, partagent des valeurs et des*

---

<sup>19</sup> MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, p30

<sup>20</sup> LANDRIEUX-KARTOCHIAN S., 2010, *Théorie des organisations*, p102

<sup>21</sup> MARTINEZ F., 2009, « Concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels », *Gestions Hospitalières*, n°487, p355

<sup>22</sup> MINTZBERG H., 2003, *Structure et dynamique des organisations*, p325,

<sup>23</sup> LANDRIEUX-KARTOCHIAN S op.cit. p17

*pratiques qui sont communément admises pour gérer leurs relations de solidarité, d'entraide, de complémentarité technique, de dépendance, d'autorité, de formation et d'information, de contrôle et d'évaluation*<sup>24</sup>» et créent ce que R. SAINSAULIEU appelle des « *lieux de socialisation* ». Ces lieux permettent la construction de groupes professionnels, d'une identité professionnelle et contribuent au développement d'un modèle culturel.

A l'hôpital, nous retrouvons cette notion de culture qui se caractérise par des pratiques, des règles et des valeurs partagées autour du soin. C'est également un lieu marqué par une culture de la technicité, de la spécialisation et de l'excellence. Mais, aujourd'hui, les réformes invitent à faire évoluer la production de soins. Une nouvelle culture apparaît : celle de la performance et de la gestion médico-économique. Cette approche est à l'origine des changements organisationnels qui s'opèrent aujourd'hui dans les hôpitaux. L'heure est à rationalisation des dépenses, à l'optimisation des ressources. Il faut regrouper, mutualiser, fermer, fusionner et surtout s'adapter, en permanence, pour répondre aux besoins de la population dans un cadre budgétaire contraint.

Or, aujourd'hui encore, la logique soignante se heurte à une logique gestionnaire. Les professionnels de santé qui jusqu'alors, agissaient pour le profit des patients en recherchant l'efficacité sans considérer le coût collectif de leurs choix et décisions, assistent à la mise en place des réformes centrées sur la performance et la compétitivité. Désormais, à l'instar des entreprises, l'hôpital jusqu'alors épargné par la concurrence, doit être compétitif vis-à-vis du privé mais aussi du public. Non formés à cette approche, pas encore acculturés, les acteurs de santé, face au changement, ont le choix entre deux situations :

- *le subir, avec le cortège de résistance, de discours nostalgique, de comportement de repli ou l'amertume côtoie le non-désir qui accompagne une telle attitude,*
- *tenter de le maîtriser, au moins en partie pour en être acteur*<sup>25</sup>.

Ce constat montre que le changement n'est pas « inné » et trouve de l'opposition notamment chez les acteurs. En milieu hospitalier, les causes sont multiples et les « remèdes » sont à trouver dans la mise en place, sans doute, progressive, d'une véritable culture du changement, seule capable de prendre en compte les nouvelles thérapeutiques, les nouveaux modes de prise en charge et les contraintes économiques de l'hôpital moderne.

---

<sup>24</sup> LANDRIEUX-KARTOCHIAN op.cit. p144

<sup>25</sup> MIRAMON J.M op.cit. p29



## 2 LA MUTUALISATION : UN OUTIL D'ORGANISATION COMPLEXE

L'objectif de l'étude est d'identifier les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des projets de mutualisation, afin de repérer les éléments essentiels qui conditionnent la réussite d'un tel projet.

Dans un premier temps, nous proposons de présenter la méthodologie retenue puis l'analyse des résultats obtenus. Nous terminerons par une synthèse qui déterminera nos axes de préconisation.

### 2.1 Contexte de l'étude

L'étude documentaire a permis de délimiter le cadre théorique et de préciser les éléments du questionnement initial. Pour répondre à la problématique posée, notre démarche s'appuie également sur une étude de terrain, réalisée auprès des professionnels administratifs et soignants d'établissements de santé. Nous avons choisi comme méthode, l'entretien semi-directif<sup>26</sup> qui nous semblait plus adapté au recueil des témoignages et des ressentis sur cette problématique.

Les entretiens se sont déroulés dans trois centres hospitaliers de tailles différentes qui ont mis en place des mutualisations: (A) 300 lits, (B) 1100 lits et (C) 2200 lits.

Le CH (A) a déjà fusionné avec un premier établissement il y a dix ans et se prépare à une deuxième fusion. Il a par ailleurs mis en place un groupement d'intérêt économique pour ses activités de radiologie. Le cadre supérieur et le chef de pôle, président de la CME (PCME), ont pour projet de mutualiser les équipes paramédicales de pédiatrie et de néonatalogie.

Le CH (B) a accompagné plusieurs projets visant la mutualisation des moyens dans un contexte de plan de retour à l'équilibre. Cette réorganisation s'est traduite par une réarticulation des activités de médecine par regroupement des unités médicales en hospitalisation complète (HC), hôpital de jour (HDJ) et de semaine (HDS) multidisciplinaires.

Le CH (C) s'est inscrit dans une démarche volontariste de délégation au niveau des pôles. Pour les différentes directions, il s'agit au travers des contrats de pôles, de guider les chefs de pôles pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs d'amélioration de la performance et pour le DS, dégagé de tous liens hiérarchiques et en charge d'un portefeuille de missions, d'accompagner les équipes dans la mise en œuvre des projets.

Il nous a semblé intéressant de recueillir le point de vue de ces trois établissements dont les contextes divergent mais pour qui les problématiques financières sont au cœur des préoccupations. Ils ont par ailleurs tous le même objectif de rationalisation des dépenses avec, entre autres, des objectifs de réduction de personnel.

---

<sup>26</sup> Cf. ANNEXE 1 – Grilles d'entretiens

Nous avons ciblé nos entretiens sur la mutualisation des RH en unités de soins et la mutualisation d'équipes de transport. Pour cela, nous avons prévu des entretiens avec des représentants des équipes de direction et d'encadrement, des médecins, des infirmières et agents de service hospitalier (ASH) qui opèrent auprès des patients<sup>27</sup>.

Cette étude, avant tout qualitative, ne permet pas une généralisation des résultats obtenus. Elle est en outre limitée par le fait que les établissements et les catégories professionnelles ne sont pas comparables. Toutefois, les points de vue se complètent et l'ensemble des entretiens ont enrichi notre réflexion. Les réponses obtenues permettent d'identifier les thématiques à explorer dans tous projets de mutualisation.

## 2.2 Analyse des entretiens

De nombreux cas de mutualisation, identifiés au cours de nos entretiens, nous amènent à organiser l'analyse selon deux axes. En premier, nous nous attacherons à clarifier le concept de mutualisation en lien avec les représentations des personnes interrogées puis nous aborderons les éléments qui en complexifient la mise en œuvre.

### 2.2.1 La mutualisation : un concept à clarifier

A) Une définition et des représentations qu'il convient de préciser

Dans la définition qu'il donne du terme « mutualisation », le dictionnaire Larousse fait référence au latin « mutus » pour signaler les notions de réciprocité, de solidarité et d'entraide. La définition généralement admise est la suivante : « *la mutualisation est la mise en commun permanente et obligatoire des moyens et des ressources, en un lieu unique, pour le compte de plusieurs entités, d'une même fonction, activité voire mission*<sup>28</sup> ».

D'une manière générale, les personnes rencontrées définissent la mutualisation comme un outil d'organisation qui vise la mise en commun des moyens. Cette définition est complétée par des caractéristiques telles que « *...pour être plus fort, faire mieux et moins cher, être plus efficace, plus efficient* ». Pour les professionnels, elle est vue comme un regroupement, une centralisation ou encore le remplacement ou la polyvalence. Pour les directeurs et le PCME, elle est aussi associée à la fusion, à la coopération et au partenariat (public-privé) sur un territoire de santé. Enfin, le chef de pôle interrogé attire l'attention sur une notion de juxtaposition qui doit se différencier de la mutualisation.

B) Des situations qui favorisent la mutualisation

Au cours de nos entretiens, nous avons identifié différentes formes de mutualisation.

---

<sup>27</sup> Cf ANNEXE 2- Tableau de population choisie

<sup>28</sup> « Approche comparée de la mutualisation dans les branches et les régimes », in École nationale supérieure en sécurité sociale, *Rencontre débat*, 18 mars 2008, p11

- **La mutualisation des fonctions supports**

Dans la majorité des cas, la mutualisation a pour objet de réaliser des économies d'échelle. Elle concerne plus particulièrement le brancardage ou le bio nettoyage. Dans un des établissements, l'élément déclencheur est la mise en place des contrats de pôles. En effet, l'organisation de cette prestation est remise en cause du fait de son coût.

- **La mutualisation des fonctions métiers**

Le témoignage du chef de service d'anesthésie illustre parfaitement cette forme de mutualisation. *« La mutualisation des deux secteurs d'anesthésie dans le cadre de la restructuration des blocs opératoires visait la mise en place d'un seul pilote avec une harmonisation des pratiques sur les deux blocs (horaires, protocoles,...) et l'amélioration de la qualité »*. La mutualisation a ainsi permis de créer ce qu'il appelle *« le phare de l'anesthésie : la consultation »*. Aujourd'hui, lorsqu'un patient vient, *« il a sa consultation, son bilan préopératoire et son électrocardiogramme. Et c'est ce qui nous rend plus fort »*.

- **La mutualisation « ponctuelle »**

Pour les cadres de santé (CS) et cadres supérieurs de santé (CSS) du CH (A), cette forme de mutualisation permet de gérer l'absentéisme. Elle est systématiquement associée à la polyvalence. Pour le CSS, la polyvalence est nécessaire au développement des compétences et à la mutualisation. Certains évoquent aussi la solidarité. Il s'agit dans ce cas d'un dépannage ponctuel en vue d'apporter une aide à une unité en difficulté.

- **Le regroupement d'unités médicales**

La mise en commun porte sur le regroupement de patients dans des structures médicales. Comme le souligne le chef de pôle<sup>29</sup>, *« que les arguments soient d'ordre médicaux, organisationnels ou économiques, la mutualisation se traduit par le regroupement de patients en un lieu ou une entité unique »*. Dans ce cas, la mutualisation porte sur le regroupement de spécialités médicales en HC, HDS et HDJ pluridisciplinaires.

- **La fusion**

Dans le cadre d'une fusion, la mise en commun peut se faire sur les activités administratives, financières, logistiques ou encore sur les activités de soins et les compétences professionnelles. La fusion est cependant une opération plus complexe, puisqu'elle consiste à réunir plusieurs entités juridiques pour n'en former plus qu'une.

- **La coopération**

Evoquée à plusieurs reprises, la notion de coopération se traduit soit par une entraide entre équipe (notion de solidarité), soit par la mise en commun d'une activité sur un territoire de santé. Dans ce cas, la mutualisation porte, par exemple, sur la mise en commun des compétences médicales avec *« la mise en place d'un pool commun pour l'astreinte médicale [...] elle améliore la permanence des soins et les conditions de travail des praticiens »*. Mais

---

<sup>29</sup> Chef de pôle de médecine du CH (B)

la coopération, sur un territoire de santé, peut également consister au regroupement des lits sur un site unique.

### 2.2.2 La démarche de mutualisation : les effets positifs

Les avantages de la mutualisation sont multiples. Nous pouvons citer :

- le développement des compétences, vu comme une source d'enrichissement personnel. « *La mutualisation des activités d'anesthésie a ainsi permis d'apporter une diversification dans les activités de chacun, jusqu'alors cloisonnées* » mais comme le souligne le chef de service d'anesthésie, « *nous perdons l'hyper spécialisation* »,
- l'optimisation d'une organisation. Comme le souligne le PCME du CH (A), « *Dans une petite structure, les médecins doivent être mutualisés [...] c'est pourquoi, je recrute des médecins polyvalents sur la pédiatrie et la néonatalogie* ».
- l'harmonisation des pratiques qui favorise la standardisation et contribue à l'amélioration des processus de prise en charge (dossier de soins, chemin clinique, protocoles,...),
- le redéploiement d'effectifs sur de nouvelles activités et le recentrage des professionnels sur leur cœur de métier. « *...mon objectif, c'est aussi de redonner du temps aux soignants en optimisant les prestations logistiques*<sup>30</sup> ».
- l'amélioration de la qualité. « *Pour être performant, on a tout intérêt à améliorer la qualité. Ce qui est important, c'est la qualité perçue par les malades [...] Pour cela, il est nécessaire de réorganiser [...] d'avoir une maîtrise des processus*<sup>31</sup> ». Les brancardiers<sup>32</sup> expriment quant à eux leur satisfaction. Désormais, « *les patients sont à l'heure et il n'y a plus de médecins qui râlent [...] et pour nous, il y a surtout moins de pas inutiles* »,
- la sécurisation des prestations et le service rendu à l'utilisateur par la maîtrise des processus quel que soit le domaine,
- le maintien d'un niveau d'expertise élevé. Comme le fait remarquer le directeur du CH (B), « *l'idée de manœuvre et de mettre le bon patient au bon endroit pour qu'il bénéficie des soins adaptés à sa pathologie à moindre coût* ». Cette approche permet de répondre aux objectifs de soins tout en réduisant les coûts de fonctionnement. Elle contribue à l'optimisation de la prise en charge. A noter que pour le chef de pôle du CH (B), « *c'est la structure qui induit le fonctionnement. Si dans une HC, le médecin peut prendre son temps, dans une structure comme l'HDS, il y a la contrainte temps [...] les soins sont donc organisés en fonction de la durée d'hospitalisation* ».

---

<sup>30</sup> Directeur du pôle hôtelier CH (C)

<sup>31</sup> Ibid.

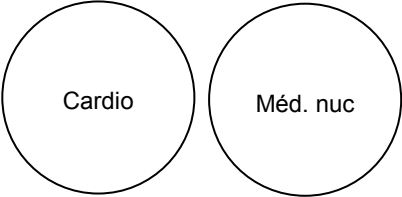
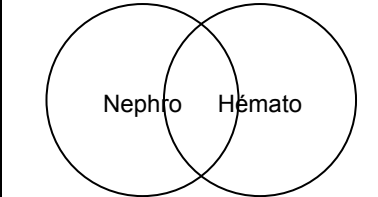
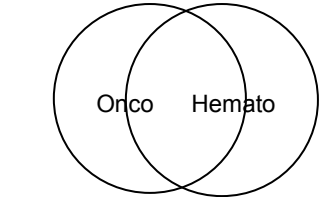
<sup>32</sup> ASH Brancardier du CH (C)

### 2.2.3 La mutualisation : des difficultés qui complexifient sa mise en œuvre

L'ensemble des propos recueillis, nous ont permis de clarifier le concept de mutualisation et de faire apparaître les effets positifs. Toutefois, la mise en place d'un projet de mutualisation se heurte à de nombreuses difficultés. L'analyse de nos entretiens nous permet de dégager quatre grandes thématiques : les compétences, la pertinence des mutualisations, les acteurs de la mutualisation et le management de projet.

A) Les compétences : un élément de la mutualisation qui se heurte au frein de la spécialisation

Le terme « compétence » est cité par 14 personnes interrogées. Pour les IDE et les médecins, il s'agit d'acquérir les compétences nécessaires pour exercer de nouvelles activités. Pour les cadres et les DS, il s'agit d'accompagner les professionnels aux développements des compétences. Ainsi, selon les secteurs d'activités et les tâches réalisées, la problématique de l'adaptation des compétences ne présentent pas les mêmes difficultés. En effet, la mutualisation de compétences sur une même activité est facilitée par la connaissance, les tâches et la standardisation des procédures. Nous pouvons ainsi identifier trois *scenarii*.

Activités disjointes.	Compétences communes	Activités proches
		
Mutualisation improbable.	Effort d'adaptation important.	Effort d'adaptation réduit.

Cette approche schématique nous permet d'appréhender la mutualisation par l'identification des tâches et des champs de compétences. Dans les structures où il y a découpage des tâches et donc spécialisation, la question est de savoir si les tâches réalisées par A sont compatibles avec le champ de compétences de B et vice et versa. Comme le souligne le CSS interrogé, « *nous devons accompagner les compétences pour assurer la qualité et la sécurité des patients et des professionnels dans un souci de gestion des risques et d'épanouissement professionnelle*<sup>33</sup> ».

A travers ce schéma, le premier obstacle qui apparaît, est le niveau d'adaptation nécessaire pour rendre les professionnels compétents dans un domaine d'activités. Plus l'écart entre les tâches est important, plus l'investissement en formation est conséquent. Un autre frein est l'exercice dans le cadre d'une activité réglementée (IADE, puéricultrice...).

<sup>33</sup> CSS du CH (B)

Si l'on décide de mutualiser la pédiatrie avec la néonatalogie, comme le projet du site (A), les IDE ont le même diplôme et exercent leurs activités dans un environnement identique : celui du nouveau né et de l'enfant. La mutualisation en est facilitée, même si les soignants hyper spécialisés comme les IDE de néonatalogie disent ne pas se sentir compétentes pour s'occuper des enfants. Pour elles, *« les enfants, c'est plus compliqué »*. Toutefois, cette perception ne pose pas vraiment un problème de compétences comme le souligne le CS de l'unité. C'est plus, *« un problème de confort de travail pour certaines IDE [...] qui sont dans ce service depuis des années [...] et qui refusent de changer leurs habitudes »*.

Par contre, dans les HDJ et HDS multidisciplinaires du CH (B), les difficultés se situent à un autre niveau. Outre la diversité des tâches liées aux profils des patients, il y a des activités de programmation qui conditionnent le bon fonctionnement de ces unités. Cela suppose des professionnels compétents en organisation, polyvalents et en capacité de s'adapter à de nombreuses situations. Se pose alors le problème de l'adaptabilité des soignants à ce mode d'organisation. Comme le souligne le CSS interrogé, *« lors de l'ouverture de l'HDS, nous avons souhaité mutualiser l'HC et de l'HDS de manière à répartir équitablement la charge de travail : la structure HC étant plus lourde que l'HDS. Nous nous sommes rapidement heurtés à un problème de compétences. L'HDS nécessite, selon elle, « des compétences qu'il est difficile d'accompagner sur des équipes trop importantes et qui tournent »*.

#### B) La pertinence de la mutualisation

Au cours de nos entretiens, les témoignages recueillis font référence à des difficultés voire des échecs dans les projets de regroupement d'activités médicales. Pour le chef de pôle du CH (B), *« l'obstacle majeur à la mise en place de la mutualisation est la spécialisation. L'évolution de la médecine et l'organisation médicale s'est construite autour de la spécialisation des activités médicales [...] elle permet d'être plus performant dans notre domaine »*. Pour lui, il est possible de *« mutualiser des équipes paramédicales, des secrétaires, des agents de programmations ou des ASH »*. La formation initiale et l'expérience professionnelle permet, selon lui, moyennant un accompagnement, d'acquérir les compétences pour réaliser des tâches similaires dans un environnement donné. Mais *« on ne peut pas mutualiser les compétences médicales si l'on veut être performant en termes de prise en charge »*. En effet, la rapidité du diagnostic associée à une juste prescription d'examen et de traitement, conditionne la qualité de la prise en charge, la durée moyenne de séjour (DMS) et la valorisation T2A, codifiée par un médecin spécialisé dans ce domaine et, par voie de conséquence, l'attractivité et la performance.

Par ailleurs, le PCME du CH (A) et le DS du CH (B) insistent sur la nécessité d'un projet médical commun et des pratiques compatibles ce qui sous-entend une *« bonne entente médicale »*. Pour eux, ce dernier point est un des freins majeurs de la mutualisation.

Enfin, pour le CH (B), certaines opérations de mutualisation ne sont qu'une juxtaposition d'activités médicales. En effet, les équipes sont réunies dans un même lieu mais travaillent avec deux organisations médicales différentes. Chaque chef de service voulant garder sa propre organisation. Enfin, comme le souligne le directeur de l'établissement, « *l'an dernier, nous étions contraint d'agir, nous avons la pression de l'EPRD [...] mais pour certains regroupement, il faut faire marche arrière*<sup>34</sup> ».

Concernant les CHT, les directeurs d'établissement partagent le même point de vue sur les mutualisations possibles. Pour eux, ce n'est pas l'unique réponse à l'amélioration de la performance. Si la mutualisation de certaines activités sont indiscutables (hôtellerie, logistiques, achats,...), pour les activités médicales, « *il est souhaitable de maintenir des séparations stratégiques sur les activités de soins*<sup>35</sup> », afin de préserver une compétence reconnue dans un établissement et donc son attractivité, maintenir des activités de proximité pour répondre aux besoins de la population et un climat politique favorable entre établissements. Dans ce cas, il est préférable, selon les directeurs « *de travailler sur des partages d'activités répondant aux besoins de la population dans une approche gagnant-gagnant* ». De même, la DS du CH (B) pointe dans le cadre des CHT, les difficultés liées à la mutualisation des directeurs qui du fait de la multiplication des sites et des déplacements, sont moins disponibles pour gérer les dossiers. Pour elle, cette organisation est également génératrice de coûts supplémentaires qu'il faut bien évaluer.

### C) Les acteurs de la mutualisation et la résistance au changement

Si les compétences et la pertinence des projets sont déterminantes, la composante RH est sans doute l'élément majeur de complexité dans la mutualisation.

*« L'hôpital est une industrie de mains-d'œuvre où se côtoient de nombreux métiers. C'est une richesse qui nous permet de prendre en charge les malades et en même temps une source de difficultés dans les réorganisations à mettre en œuvre aujourd'hui... »<sup>36</sup>.*

#### a) Le jeu des acteurs

Au cours de notre enquête, sont évoqués des comportements de résistance aux changements et des jeux d'acteurs. Ils trouvent très souvent leurs origines dans les pertes liées à la mise en place de nouvelles organisations. Selon la position des acteurs, les pertes sont liées :

- à un manque d'intérêts professionnels pour la pathologie ou pour les nouveaux modes de prise en charge,

---

<sup>34</sup> Directeur CH (B)

<sup>35</sup> Directeur CH (C)

<sup>36</sup> Directeur d'établissement CH (B)

- à une diminution de commodités pour exercer leurs activités. « *les médecins n'avaient rien à gagner dans cette nouvelle organisation. Ils sont désormais obligés de travailler dans trois unités (HC, HDJ, HDS) avec à chaque fois un personnel différents*<sup>37</sup> »,
- à la perte de responsabilité notamment pour les médecins. Ici, les enjeux de pouvoirs sont systématiquement évoqués : « *Qui est responsable ? qui dirige l'unité ? [...] les choses peuvent se faire en bonne intelligence mais c'est très personne dépendante* »<sup>38</sup>,
- à l'impact des organisations de travail sur la vie personnelle (horaires, baisse de revenu). Selon le CSS du CH (B), pour les IADE et les IBODE, « *c'est l'intérêt individuel qui prime sur l'intérêt collectif* ». Ces deux catégories évoquent le manque de compétences mais pour le CSS, cette opposition est surtout liée à leurs conditions de travail. Le travail dans l'autre bloc étant beaucoup plus important.
- « *à la perte d'autonomie [...] avec la mise en place de la nouvelle organisation et l'informatisation, nous maîtrisons tout* »<sup>39</sup>. Cette organisation laisse en effet peu de marge de manœuvre et les brancardiers ont l'impression de travailler comme des « *robots [...] ou des machines* »<sup>40</sup>,
- une dégradation des relations de travail liée aux nouveaux modes d'hospitalisation. La mutualisation des équipes HC et HDS ont eu pour effet d'établir des comparaisons de charge de travail et « *la perception d'inégalité a été une source de conflit entre les équipes* » souligne le CSS du CH (B).

Ces pertes identifiées et/ou exprimées, induisent, le plus souvent des jeux d'acteurs. Ils vont chercher à satisfaire leurs objectifs personnels et utiliser, pour certains, leur pouvoir d'acteur en mettant en place des stratégies pour s'opposer et/ou négocier certains points de l'organisation (horaires, organisation, changement d'affectation...). Pour d'autres, c'est la maîtrise de zones d'incertitude liée à leurs compétences. Dans ce cas, on retrouve pour les médecins opposants aux mutualisations, le non respect d'orienter le patient dans la structure ad hoc, ce qui nuit au bon fonctionnement de l'organisation. Ces notions, développées par M. CROZIER et E. FRIEDBERG, pointent le pouvoir de l'acteur et « *sa capacité de faire en sorte que les termes de l'échange lui soit favorable*<sup>41</sup> ». Enfin, dans un des cas, l'action menée vise à contourner les règles établies en introduisant ce que JD. REYNAUD appelle des règles autonomes, c'est-à-dire des règles informelles qui permettent de contourner le système et qui sont à l'origine de dysfonctionnements. C'est le cas des brancardiers qui ne

---

<sup>37</sup> Directeur des soins CH(B)

<sup>38</sup> Directeurs d'établissement, DRH, DS, Médecins, CSS

<sup>39</sup> CS du service de brancardage CH (C)

<sup>40</sup> Brancardier CH (C)

<sup>41</sup> LANDRIEUX-KARTOCHIAN S., 2010, Théorie des organisations, p 138



respectent pas la procédure de l'organisation informatisée et s'autorisent ainsi des temps d'inaction.

Au cours de nos observations, nous avons parfois constaté la forte pression syndicale dans les projets de mutualisation. Ils participent aux jeux des acteurs en soutenant des équipes qui manifestent une augmentation de leur charge de travail et des cadences infernales. Ils sont souvent initiateurs de mouvement de grève, de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, extraordinaire pour dénoncer les nouvelles organisations. Par ailleurs, les partenaires sociaux exercent, selon les cadres, une pression vis-à-vis d'eux. « *Ils sont là tous les jours [...] c'est difficile au quotidien* ». Cette situation est confirmée par le CSS du CH (B). Elle y voit une forme d'intimidation qui empêche certains cadres de se positionner dans les projets institutionnels.

#### b) *Culture de service*

La culture de service est évoquée à plusieurs reprises au cours de nos entretiens. Pour le DS du CH (C), « *la mutualisation doit nécessairement prendre en compte la culture des services* » et la clé de la réussite réside, selon elle, « *dans l'élaboration d'un projet commun pour fédérer les équipes* ». Souvent, d'un service à l'autre, les pratiques de soins changent, l'organisation et les outils de soins différent. Chacun veut garder ses propres méthodes de travail. Plus encore, les équipes médicales s'affrontent et les équipes paramédicales suivent. Les uns étant favorables aux changements, les autres réfractaires. D'autres personnes interrogées évoquent l'importance des repères et du sentiment d'appartenance. Pour le DRH, « *l'implication des acteurs est plus forte s'ils ont le sentiment d'appartenir à une unité dont ils connaissent les repères* ». Pour lui, le pôle peut être un obstacle à l'implication des acteurs dans un projet de mutualisation. Enfin, certains, évoquent l'effet de groupe. C'est ce que MERTON appelle « *Le développement de l'esprit de corps*<sup>42</sup> ». Il permet de créer des liens suffisamment forts entre les individus pour s'opposer à tous changements d'organisation, dans la mesure où les modifications semblent imposées. Comme en témoigne le CS du brancardage, « *aujourd'hui, il y a un mouvement de grève qui se prépare [...] il y a un groupe qui refuse d'utiliser les Bed mover*<sup>43</sup> [...] *parce qu'ils ne peuvent plus faire les transports à deux maintenant* ».

Si les comportements de résistances sont incontournables dans les changements organisationnels, différents aspects du management de projet sont également soulignés comme éléments de complexification dans la mise en œuvre des mutualisations.

---

<sup>42</sup> Ibid p 44

<sup>43</sup> Bed mover : système pour déplacer les lits

D) Le management de projet : éléments de complexité

a) *La temporalité : des avis divergents*

La notion de temporalité est évoquée par l'ensemble des acteurs. Le temps est perçu soit comme un facteur de réussite, soit comme une source de difficultés.

Pour les directeurs d'établissement, la temporalité est un facteur plus ou moins maîtrisable compte tenu des contraintes financières. « *Le temps est toujours compté quand on déploie un EPRD. Si on est déficitaire, il faut réagir vite et mettre en place un nouveau dispositif pour sortir en équilibre* <sup>44</sup> ». Pour les médecins, une fois la décision prise, il vaut mieux aller vite « *sachant que de toute manière, il n'y aura jamais consensus* ». Pour les cadres, la mise en place de projets nécessite un temps d'appropriation de la part des agents. Comme le fait remarquer le CSS du CH (B), « *il faut du temps pour faire murir les projets [...] installer le projet dans la tête des gens, [...] pour reconstruire des repères, une nouvelle équipe* ». Pour elle, il est nécessaire de prendre le temps de la réflexion pour débattre, négocier et construire le nouveau projet. Quant aux IDE et ASH, ils font part de leur connaissance tardive du projet. Ils dénoncent un manque de concertation et leur non implication dans les choix de l'organisation proposée.

La gestion du temps est donc un critère sensible dans le phasage d'un projet de mutualisation : il semble difficile de concilier tous les points de vue.

b) *La coordination des acteurs*

La mutualisation nécessite parfois des aménagements en vue de la nouvelle organisation. Il peut s'agir d'agencement de locaux, de bureaux pour l'équipe qui se regroupe, de matériels à commander. Cela peut, également, être la production de documents et de protocoles en vue d'harmoniser les pratiques. Tout ceci nécessite l'intervention de nombreux acteurs qui à un moment donné, doivent se coordonner pour atteindre les objectifs du projet. Or, il semble qu'une fois la décision prise et validée en instances, les difficultés surgissent par absence de coordination des acteurs impliqués dans le projet. Sur ce point les témoignages sont unanimes. Il y a certes des réunions, mais pas nécessairement un pilote désigné par la direction pour conduire le projet et coordonner les acteurs au plus haut niveau. De ce fait, chacun agit en fonction de ses priorités. Pour eux, l'indisponibilité des opérateurs des directions fonctionnelles ou des unités de soins représentent un véritable obstacle dans la mise en œuvre du projet.

Pour les DS et CSS, les difficultés se situent également au niveau du management. En effet, certains cadres ne sont pas en capacité de mener les projets, de coordonner les acteurs à

---

<sup>44</sup> Directeur CH (B)

leur niveau et d'impliquer l'équipe dans l'élaboration de la nouvelle organisation. Il peut s'agir d'un problème de leadership qui conditionne l'implication ou non de l'équipe. La notion de leader, de « *bon chef* »<sup>45</sup>, est ainsi évoquée à plusieurs reprises pour caractériser le cadre, porteur des projets et à l'écoute de son équipe. Un des CSS<sup>46</sup> évoque également de problèmes de positionnement, lié à la non adhésion du cadre aux projets de mutualisation.

c) *La communication*

Soulignée comme un point essentiel par les directeurs dans la mise en œuvre des projets, la communication institutionnelle et managériale semble cependant encore faire défaut. Les opérationnels à tous les niveaux sont unanimes sur ce point.

Pour les ASH<sup>47</sup>, « *On ne leur a rien dit, [...] les projets se sont fait sans concertation* »<sup>48</sup>.

Concernant les médecins et les cadres, les projets font bien l'objet d'une communication institutionnelle mais les informations diffusées auprès des professionnels de santé sont plus ou moins expliquées, plus ou moins comprises. Il n'y a pas, selon eux, une personne de la direction pour expliciter les projets qui impactent directement les professionnels.

Il y a par ailleurs, selon les DS du CH (C), un travail de communication indispensable à mener auprès des cadres concernant les évolutions législatives, les orientations nationales et régionales. Selon elle, ils doivent comprendre les réformes car « *ce sont eux qui portent la parole de la direction, qui font passer les messages. Le discours qu'ils tiennent auprès des agents est donc très important* ». Le CSS du CH (B) souligne, par ailleurs, l'importance du cadre de proximité comme ressource pour faire évoluer les projets. Selon elle, il connaît bien son équipe et les médecins. Il peut conseiller, influencer les débats et orienter les choix.

Toutefois, il s'avère que le cadre n'a pas toujours cette capacité à porter les projets de la direction. Les raisons sont multiples : incompréhension du projet, objectifs institutionnels peu clairs, manque de compétences et de pédagogie, opposition au projet ou encore difficultés à manager les opposants. Selon eux, les difficultés de communication avec les équipes amplifient les facteurs de résistances aux changements. Ainsi, pour l'ensemble des directeurs et CSS, « *il est important de mettre le bon cadre au bon endroit pour garantir la réussite d'un projet* ».

Toutefois si la communication au niveau de la direction est un point essentiel de tout changement organisationnel, elle reste encore perçue par les opérationnels comme peu satisfaisante et insuffisante.

---

<sup>45</sup> Brancardier (ASH) du CH (C)

<sup>46</sup> CH (A)

<sup>47</sup> ASH brancardier CH (C)

<sup>48</sup> Ibid

Conscients des problématiques posées par le management de projet à fort enjeux, les directeurs d'établissements ont revu leur organisation au niveau de la direction. Pour un établissement, le DS, dégagé de toutes fonctions hiérarchiques, du fait de la mise en place des pôles, se voit chargé de missions pour coordonner les projets. Le directeur du CH (B) évoque la complexité des projets qui suppose de l'ingénierie organisationnelle. Il vient de recruter un directeur adjoint, chargé des opérations et de la production de soins.

## **2.3 Synthèse**

La mutualisation, selon ses formes, est un mode d'organisation complexe compte tenu de la multiplicité des situations et des éléments qui interviennent dans sa mise en œuvre. Toutefois, c'est un mode organisationnel largement répandu dans les établissements de santé. En effet, la mutualisation offre de nombreuses possibilités, en termes d'organisation ou de réorganisation tant en intra qu'en extrahospitalier. Selon les acteurs et leurs positions dans la mise en place des projets de mutualisation, les représentations et les points de vue divergent ou se complètent. D'une manière générale, il se dégage de cette étude, une définition assez consensuelle qui est la mise en commun des moyens. Par ailleurs, de manière implicite ou explicite, la mutualisation est perçue à la fois comme un outil de rationalisation des moyens ou des ressources humaines, d'amélioration de la qualité des prestations ou encore d'augmentation de la productivité.

Ces différentes perceptions ne sont pas sans conséquence dans une organisation, où la culture soignante prédomine sur les intérêts médico-économiques et où les intérêts personnels des agents sont remis en cause par les réorganisations.

La mise en œuvre des projets de mutualisation et leurs succès sont conditionnés par des facteurs de réussite que notre étude associe aux difficultés rencontrées. Les éléments recueillis confirment nos hypothèses de départ et enrichissent notre réflexion sur le sujet. Pour les initiateurs de mutualisation, il s'agira de prendre en compte :

- les compétences comme préalable à toute réflexion sur ce type de projet,
- la notion d'acteur à l'origine de phénomènes de résistances aux changements,
- les difficultés rencontrées et les facteurs de réussite associés à la pertinence des projets de mutualisation qui reposent sur des projets où, la cohérence médicale et les compétences sont étroitement liées.

### **3 LE DIRECTEUR DES SOINS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS DE MUTUALISATION**

L'étude réalisée montre que la réussite d'un projet de mutualisation est conditionnée par la prise en compte de différents facteurs qui permettent de créer un environnement favorable à sa mise en œuvre.

Dans ce contexte, il s'agit pour le DS, responsable de la production de soins, d'accompagner les projets en utilisant les outils qui lui permettront de répondre aux problématiques repérées dans l'analyse. Nous avons identifié deux axes principaux qui sont la conduite du changement et le management de projet.

#### **3.1 La conduite du changement : un préalable à tout projet de mutualisation**

En matière de conduite du changement, l'analyse nous montre les difficultés qui peuvent survenir dans la mise en place d'une mutualisation. Ainsi, le DS, en charge de la mise en œuvre d'une politique de soins, doit nécessairement favoriser la culture du changement. Pour cela, il dispose d'outils de projection et de cadrage en vue d'adapter la production de soins aux évolutions technologiques, thérapeutiques et organisationnelles qui modifient le fonctionnement des établissements de santé.

##### **3.1.1 Les outils de la conduite du changement**

Dans le cadre de ses missions, le DS doit concevoir et mettre en œuvre le projet de soins et participer à la négociation des contrats de pôles<sup>49</sup>.

- A) Le projet de soins et la commission de soins infirmiers, rééducation et médico-technique (CSIRMT)

Le projet de soins est la concrétisation de la réflexion engagée par les acteurs soignants sur la politique de soins. Il s'articule avec les différents projets constituant le projet d'établissement. Il repose sur des valeurs communes partagées au service des usagers. Il est le fil conducteur du processus de soins orchestrant la collaboration des professionnels. Il fixe les axes de travail qui seront déclinés au niveau des pôles. Il permet de fixer les efforts sur une période assez longue pour mettre en œuvre et évaluer une politique institutionnelle à long terme. Il est l'expression d'une stratégie. Débattu et validé en CSIRMT, il est le schéma directeur de la communication auprès des professionnels.

---

<sup>49</sup> Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation-Mars 2010

## B) Les contrats de pôles

Il fixe les objectifs du pôle en matière d'activité, de qualité et sécurité et de gestion financière et le support qu'il reçoit de l'établissement en retour. Dans ce contexte, le DS conseille et accompagne le chef de pôle dans la mise en œuvre des projets de mutualisation. Chargé de la déclinaison du projet de soins au sein des pôles, il peut dans le cadre du contrat de pôle, mettre en place un dispositif qui permet de favoriser la mise en place des mutualisations (développement des compétences ou l'évaluation et l'entretien professionnel).

### 3.1.2 Le développement des compétences : éléments indispensables des projets de mutualisation

Si l'on se réfère au manuel de certification « *Il s'agit pour les établissements de santé d'assurer la continuité de l'organisation en termes d'emplois et de compétences en prenant en compte autant que possible les évolutions qui peuvent avoir un impact sur le contenu des activités : cette gestion prévisionnelle permet à l'établissement de s'assurer qu'il dispose des compétences nécessaires*<sup>50</sup> ».

Dans cette optique, le DS, dans l'élaboration du projet de soins, fixe un axe visant à accompagner l'acquisition et l'évolution des compétences en adéquation avec la mise en place de futurs projets de mutualisation. A ce stade, ces projets ne sont pas encore formalisés mais s'inscrivent dans une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC). La déclinaison du projet de soins doit permettre, en lien avec la GPMC :

- de cartographier l'ensemble des métiers de soins et des compétences qui leurs sont associées,
- de rédiger des fiches métiers et des fiches de postes pour chaque unité, afin de définir le périmètre des compétences nécessaires aux activités de soins,
- de mettre en place, dans le cadre de la mise en place d'une mutualisation, en marge de l'entretien annuel d'évaluation professionnelle, un dispositif d'évaluation qui permet de mesurer l'écart entre les compétences acquises et celles à acquérir en vue de son adaptation au besoin de l'entité mutualisée. Il s'agira aussi de mesurer la motivation et la capacité de l'agent à s'inscrire dans le processus de mutualisation. Ici, on pourra peut-être proposer des remplacements ou des échanges de professionnels entre les entités avant la mise en place du projet.

Dans la phase de préparation, préliminaire à la mutualisation, le DS pourra ainsi mesurer le besoin en formation à partir des éléments recueillis. En lien avec la direction

---

<sup>50</sup> Manuel de certification des établissements de santé V2010, juin 2009, Chapitre 1, Management des établissements de santé, Critère 3.a – management des emplois et des compétences

des RH, il pourra intégrer au plan de formation, les axes identifiés dans le but de garantir la qualité et la sécurité des soins.

D'autre part, le décret 2010-888 du 28 juillet 2010<sup>51</sup>, qui fixe les conditions de déroulement de l'entretien annuel d'évaluation professionnelle pour les fonctionnaires, offre l'opportunité d'intégrer à la pratique managériale la logique « métiers-compétences ». Pour le DS, l'évaluation professionnelle de l'équipe d'encadrement lui permet :

- d'évaluer les compétences, ce qui permet une meilleure connaissance des acteurs. C'est un moyen pour repérer le potentiel des agents et leurs motivations pour qu'ils deviennent acteurs des projets,
- de recueillir les souhaits de mobilité ce qui permet d'anticiper,
- d'alimenter le plan de formation et ainsi optimiser la politique de formation,
- de connaître les besoins en recrutement pour là aussi anticiper.

### **3.1.3 La résistance au changement : une dimension à intégrer dans le management de projet**

Un autre facteur est décelé dans notre analyse, la résistance au changement. C'est un élément majeur dans les projets de mutualisation. Là encore, le projet de soins permet de fixer un axe favorisant la compréhension et l'adhésion des acteurs, par la mise en place d'un dispositif de communication autour des projets institutionnels.

Si pendant longtemps, on a cru pouvoir gérer, sans « associer » les acteurs, en réduisant la communication à sa plus simple expression, celles de l'ordre, de la consigne à diffuser ou à répercuter, aujourd'hui, gérer sans communiquer est une « mission impossible ». En fait, il s'agit pour la direction d'un établissement, d'instituer une véritable politique de communication autour du projet de mutualisation. Il faut, comme le soulignaient, d'une manière unanime les directeurs interrogés, avoir des objectifs clairement définis et expliquer aux acteurs la finalité du projet et les bénéfices attendus, qu'ils soient d'ordre qualitatifs ou économiques. « *Cela permet de donner de la lisibilité aux professionnels et leur permet d'intégrer les changements* »<sup>52</sup>. En effet, l'incertitude, l'incompréhension, l'absence d'explicitation et de sens donnés à ces projets ou encore les non dits et les rumeurs constituent des freins majeurs à leurs mises en œuvre.

Au travers du projet de soins, le DS, doit favoriser l'implication des acteurs en développant des axes de communication qui permettent :

- la valorisation des personnes (présentation des travaux réalisés par les équipes en CSIRMT et en réunion de cadres, publication dans le journal interne et dans la presse

---

<sup>51</sup> Décret n°2010-888 du 28 juillet 2010 relatif aux conditions générales de l'appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires de l'état

<sup>52</sup> Directeur CH (C)

professionnelle...) et le management par projet qui implique l'animation de groupe, et donc les échanges entre les professionnels, les cadres et la direction,

- la compréhension et l'adhésion des acteurs par la mise en place d'un dispositif de communication autour des projets institutionnels. Il s'agit dans ce cas d'explicitier les orientations jusqu'au secteur d'activités et de susciter l'expression des acteurs,

Cette démarche implique, pour le DS, de diffuser au plus près du terrain, l'information concernant le projet et son avancement. Cette démarche passe par une démultiplication, à tous les échelons de la hiérarchie, sous la responsabilité des cadres supérieurs et de proximité, d'une information juste dans les deux sens. Il conçoit un plan de communication qui prend en compte la formation à la communication des intermédiaires institutionnels. Il utilise tous les vecteurs de communication à sa disposition, qui sont, sans être exhaustifs :

- les comités de pilotages,
- les réunions d'encadrement, de présentation formelle dans les unités de soins,
- la CSIRMT,
- les instances (CTE, CME, CHSCT...),
- des réunions avec les représentants des personnels,
- les enquêtes de satisfaction du personnel,

Ainsi, le DS doit établir une relation avec les professionnels de santé. Les témoignages que nous avons recueillis lors de notre enquête confirment cette attente. Ils ont besoin que le DS vienne au niveau du terrain pour écouter et entendre leurs problèmes, discuter, négocier, mais également décider. Pour résumer, la communication doit favoriser les échanges et la négociation en vue d'obtenir l'adhésion des personnels. Le parlé vrai, l'absence de non dits et une communication précise sur les objectifs d'un projet de mutualisation légitime la parole du DS. Ils permettent de couper court aux rumeurs et apportent des informations qui orientent le position et le choix des agents.

Toutefois, la communication ne peut pas à elle seule favoriser l'adhésion et la participation active des personnels. Il n'existe pas aujourd'hui une réelle culture du changement à l'hôpital. Le DS, au travers du projet de soins, instaure une politique qui vise à la mobilité et à la banalisation du changement. Souvent, l'hyper spécialisation de certains agents et/ou l'ancienneté dans une même activité sont des freins au changement. Les agents se sont identifiés à une pratique, à une pathologie et ne se sentent plus capable d'aborder une autre activité. Tout changement peut être rejeté. Il s'agit, pour le DS, de rompre cette dynamique en développant une politique de mobilité. Par exemple, le projet de soins peut intégrer une mobilité au sein du pôle avec une périodicité à définir. Toutefois, ce changement peut être perçu négativement par les



équipes médicales. La perte de personnels compétents peut être vue comme un risque de non qualité. Il s'agit, comme évoqué ci-dessus, de prendre en compte la formation des agents en amont, afin de faciliter ces mutations internes et de garantir, à travers la polyvalence, une adaptabilité cohérente avec les impératifs de qualification.

Par ailleurs, tout changement doit trouver sa place dans le système de valeurs des soignants. Le changement doit être justifié. Il ne doit pas réduire la qualité apparente de prise en charge du patient ni sa sécurité. Cette dimension est primordiale, car elle n'est pas opposable. Un changement de protocole ou de produit, une mutualisation de personnels ou une fermeture d'activité, seront rejetés s'il n'existe pas une contre partie aux yeux des soignants. Ici, la communication mais, surtout, le maintien d'un haut niveau de prise en charge des patients est important. La mission de service public au bénéfice des populations ne doit pas être ignorée face aux problématiques économiques.

Là, le management de projet et l'expertise du DS en matière de satisfaction des besoins de la population doivent l'inciter à évaluer la pertinence d'un projet et à en mesurer les effets. Il sera à même d'en expliciter les avantages ou au contraire d'influer sur la décision de ne pas mutualiser.

### **3.2 Le management : un élément clé dans la mise en œuvre des projets de mutualisation**

L'analyse a montré que le management de projet était un élément incontournable dans la mise en place des mutualisations. D'une part, la prise de décision est soumise à une analyse de la pertinence du projet, d'autre part, le pilotage et la coordination de celui-ci sont dépendant de la coopération des acteurs. Le DS peut se positionner, de part son expertise en soins, comme initiateur, coordinateur et accompagnateur du projet.

#### **3.2.1 Rôle du DS et des directions fonctionnelles**

Si l'on reprend l'image de l'hôpital « entreprise », le DS est avant tout un directeur de production qui doit en permanence adapter la production et donc l'outil de production aux besoins de la population, aux évolutions technologiques et thérapeutiques et aux nouveaux modes de prise en charge tant en intra qu'en extrahospitalier. Il s'assure au niveau de l'établissement que la production est conforme aux standards de qualité, d'efficacité, d'efficience ; autrement dit, de performance.

Il s'appuie sur les directions fonctionnelles qui agissent en tant que support de la production. Chacune d'entre elles, peut prendre en charge la partie du projet dont elle a la responsabilité, mais la gestion globale devrait revenir à la direction de la production de soins: la direction des soins.

### **3.2.2 La décision, guidée par l'évaluation du besoin et de faisabilité**

En référence à l'enquête, il se pose la question de la pertinence des projets de mutualisation. Le besoin en formation, la cohérence des projets médicaux ou l'intérêt économique ou stratégique sont autant de critères à prendre en compte par l'équipe de direction et le directoire. Chacun des acteurs, directions fonctionnelles, direction des soins, équipes médicales et encadrement doivent être impliqués dans la prise de décision. Le DS, dans son domaine d'activité, évalue avec son équipe d'encadrement, la pertinence du projet sur les aspects :

- de ressources humaines et des moyens nécessaires (matériel, locaux, informatique),
- de compatibilité des compétences et de besoin en formation,
- d'unification des outils, protocoles...,
- de respect des règles de sécurité et d'hygiène,
- de qualité de prise en charge du patient,

Ces éléments contribuent à la prise de décision en fonction de la faisabilité et du coût de l'opération. Une fois la décision prise, le DS peut être positionné comme coordinateur du projet ou chargé de décliner celui-ci au niveau du soin.

### **3.2.3 La coordination des acteurs, une nécessité dans le pilotage des projets**

La mise en place d'un projet de mutualisation nécessite, selon sa forme et ses besoins, dans un espace temps parfois contraint par des enjeux financiers, une coordination de nombreux acteurs.

#### **A) Rôle du DS dans la conduite de projet de mutualisation**

Dans le cadre d'un projet de mutualisation, il s'agit pour le DS, pilote du projet ou chargé de le décliner au niveau des soins, de coordonner les acteurs. Toutefois, coordonner implique nécessairement de diriger les opérations. Dans une ligne directe avec le PCME, les équipes médicales et paramédicales, la situation est facilitée, même si aujourd'hui l'autonomie des pôles pourrait laisser penser le contraire. Le directeur des soins est issu de la filière soignante. Il en partage les mêmes valeurs et la même conception concrétisée par le projet de soins.

Ainsi, le DS, dans une démarche participative, implique les acteurs très tôt dans la phase d'initialisation et de mise en œuvre du projet. Une fois validée en directoire, c'est lui qui précise le cadre des opérations, les objectifs attendus et entérine les propositions. En coopération avec le chef de pôle, il donne l'initiative de la conduite du projet aux CSS et CS qu'ils auront positionné conjointement. Dans ce cadre, il joue à la fois un rôle de conseiller, de superviseur et de coordinateur selon les corps de métiers, les unités de soins et les pôles impliqués.

Dans le cadre de projets impliquant diverses directions fonctionnelles, la situation est moins aisée, car elle doit inclure la notion de pilotage partagé. Notre enquête a montré les difficultés liées à la coopération des différentes directions fonctionnelles, impliquées dans les projets qui viennent en support de l'organisation des soins. Ici émerge l'idée d'un pilote qui coordonne et/ou favorise la coopération.

#### B) Un nouveau profil managérial à inventer

La réflexion des directeurs d'établissements sur le sujet, les a amené à revoir l'organisation de leur direction, afin d'accompagner les projets et la coordination des acteurs. Pour l'un d'entre eux, « *Il faut inventer un nouveau profil managérial<sup>53</sup>* » qui permet la coordination et la coopération des acteurs. Le directeur du CH (C) insiste sur la nécessité de réarticuler le dispositif de direction. Il faut selon lui, passer d'une position hiérarchique à un savoir faire. Autrement dit, il s'agit, ici d'introduire de la fluidité et d'organiser les directions par compétences, avec une personne qui coordonne les différentes étapes pour que les projets avancent. Dans ce contexte, le DS, chargé de mission, peut accompagner au plus près les équipes dans la mise en œuvre des projets.

Ces deux approches intéressantes, recueillies au cours de notre enquête, nous amènent à proposer dans le cadre des mutualisations, une mission pour le DS à la fois stratégique et opérationnelle. Stratégique, parce que le DS, participe à la décision. Opérationnelle parce qu'il pilote et coordonne le projet.

Ainsi, chargé de mission, avec des objectifs clairs, validé en directoire, le DS, est en capacité de prendre en charge le pilotage complet d'un projet dans les deux dimensions :

- verticale, il coordonne et supervise l'action des CS et CSS dans la mise en œuvre des actions au niveau des soins,
- horizontale, il dirige le comité de pilotage dont il rend compte des travaux auprès de la direction de l'établissement,

Dans cette fonction, il élabore le suivi des plans d'actions déclinés au niveau des directions fonctionnelles et qui seront validés en comité de direction. Il est important que chacune de ces directions soit impliquée et responsabilisée dans son domaine d'actions afin de garantir la réussite du projet.

### **3.2.4 L'évaluation des résultats : une démarche incontournable du projet**

La démarche projet doit permettre, à partir des objectifs fixés et des axes de travail, de déterminer les critères d'évaluation à mettre en œuvre pour mesurer l'écart entre les actions menées et le chemin qu'il reste à parcourir pour les atteindre. En mode projet, le DS s'assure de l'atteinte des objectifs. A cet égard, l'évaluation pragmatique des points clés de l'organisation en lien avec les risques identifiées (adaptation des

---

<sup>53</sup> Directeur du CH(B)

compétences, satisfaction des usagers et professionnels, communication, pertinence des modes d'hospitalisation, objectifs d'activités de recettes T2A...) doit faire l'objet d'un suivi. Cette approche conduit à l'élaboration d'outils de pilotage opérationnels (tableaux de bord, indicateurs, enquêtes de satisfaction).

L'indicateur apporte une information contribuant à l'appréciation de la situation par le décideur. De ce fait, en fonction des objectifs visés. Il peut être :

- qualitatif : à partir d'enquêtes de satisfaction, il est possible de mesurer la satisfaction des usagers ou des professionnels impliqués dans les mutualisations. Dans ce dernier cas, l'enquête permet d'apprécier le ressenti des agents et de favoriser la communication ascendante.
- quantitatif : les informations, fournies sous forme de tableaux de bord par le directeur des affaires financières, sont des indicateurs auxquels le DS doit être attentif dans un projet de mutualisation. En fonction du taux d'occupation des lits, de la DMS, des transferts, du temps d'attente en UHCD pour un lit dans une structure médicale regroupée, le DS identifie le fonctionnement de l'unité et la pertinence du regroupement. Chaque spécialité a-t-elle suffisamment de lit ? Chaque équipe médicale joue t-elle le jeu de l'orientation des patients dans la bonne structure. Tous ces éléments permettent au DS, d'identifier la saturation ou non du service ou encore le turn over des patients qui conditionnent l'ajustement des effectifs au besoin.
- organisationnel : les tableaux de bord de gestion des ressources humaines et le suivi des compétences<sup>54</sup> apportent des informations sur l'absentéisme et le taux de rotation du personnel. Dans le cadre d'un projet de mutualisation, c'est une donnée importante pour évaluer le climat social et le management de l'unité. Par ailleurs, si la rotation est importante, elle pose le problème de l'investissement à consacrer à l'adaptation des compétences. Le DS peut, à partir de ces données, rechercher les causes de ce turn over et accompagner les cadres en difficultés. La mise en place d'une grille de compétences d'un service permet d'identifier les besoins d'une équipe, les savoirs à créer pour s'adapter aux nouveautés, les agents polyvalents, les formations à prévoir et des observations particulières (ex: capacité d'adaptation limitée).

C'est à partir de résultats fiables et objectifs que le DS peut argumenter autour des projets discutés en directoire. Cette phase est une étape essentielle dans le suivi des projets. « *Elle permet de réajuster la stratégie, de prendre une nouvelle orientation et de faire marche arrière éventuellement*<sup>55</sup> ».

---

<sup>54</sup> Annexe 3

<sup>55</sup> Directeur du CH (B)

## CONCLUSION

L'hôpital vit une profonde mutation. Contraint par des exigences économiques et une volonté d'amélioration de la qualité des prises en charge, il doit prendre le virage des réformes. Outil privilégié d'amélioration de la performance, la mutualisation est mise en place dans de nombreuses situations.

Dans ce travail, nous sommes parties d'un exemple vécu, la mutualisation des équipes de transport, considérée comme une réussite à la vue des résultats obtenus. Il nous a paru intéressant de confronter cette expérience avec d'autres menées dans des contextes différents afin de déceler des points communs, préalable à toute tentative de modélisation. De plus, nous avons souhaité élever le niveau de réflexion à celui du directeur des soins en vue de notre future prise de poste.

L'enquête a permis d'identifier différentes formes de mutualisation plus ou moins complexes. Si les difficultés rencontrées, objet de notre questionnement initial, étaient centrées essentiellement sur la résistance aux changements et les problématiques de coordination des acteurs, l'étude a mis en évidence d'autres facteurs.

La thématique de l'adaptation des compétences a été la plus abordée. Elle nous questionne sur la pertinence ou pas, de certains projets. L'incompatibilité ou l'effort d'adaptation constituent des freins à une organisation performante. Toutes décisions, au niveau stratégique, doit donc tenir compte de ce facteur.

Par ailleurs, comme toute réorganisation, la mutualisation se heurte à la résistance aux changements. La déjouer, consiste à expliciter les objectifs et à mettre en place un accompagnement au plus près du terrain. Il s'agit pour le directeur des soins d'adopter un profil managérial plus orienté vers le management de projet, la communication et le pilotage, aux dépens d'un management hiérarchique, peu à peu abandonné du fait de la mise en place des pôles, issue de la nouvelle gouvernance. Il doit instituer une culture du changement dès la conception du projet de soins. L'hôpital doit changer ; son personnel doit y être préparé.

Cette approche est confirmée par la nouvelle loi « hôpital, patient, santé, territoire » qui offre les moyens de développer des modes de coopération en instaurant les communautés hospitalières de territoire et en confortant les groupements de coopération sanitaire. Au travers de ces textes, les établissements sont invités à optimiser leurs organisations en mutualisant leurs ressources et leurs compétences.

Ainsi, avec l'émergence d'une vision plus stratégique de la prise en charge des patients au niveau d'un territoire de santé, le directeur des soins devra proposer et conduire des projets de mutualisation. Il rencontrera sans doute les mêmes freins, peut-être amplifiés par des cultures d'établissements et des modes de fonctionnements aux logiques différentes (privé/public). La convergence des projets de soins sera le

préliminaire à toute idée de coopération. Dans ce contexte, le directeur des soins, impulse au travers du projet de soins, une culture du changement auprès des soignants. Il participe à la prise de décision, coordonne les travaux en relation avec les directions fonctionnelles et il pilote les projets.

Ainsi, que ce soit en intra ou extrahospitalier, le directeur de soins, à la charnière entre le stratégique et l'opérationnel, a une position privilégiée dans l'adaptation de l'outil de production de soins aux besoins des populations.

---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière [en ligne]. Journal officiel n° 95 du 23 avril 2002. [Visité le 12 juin 2010], disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000774235>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière [en ligne] [Visité le 12 juin 2010], disponible sur internet :

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=metiers>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation-Mars 2010[en ligne] [Visité le 12 juin 2010], disponible sur internet : [http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_DS\\_Mission\\_DGOS-CNG.pdf](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_DS_Mission_DGOS-CNG.pdf)

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Manuel de certification des établissements de santé V2010, juin 2009, [en ligne], [Visité le 25 avril 2010], disponible sur internet :

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217\\_manuel\\_v2010\\_nouvelle\\_maquette.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf)

### Ouvrages

BONNICI B., 2007, *L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : La documentation française, 185p.

CRESSON G. (éd.), SCHWEYER F.X. (éd.), 2000, *Profession et institutions de santé face à l'organisation du travail, Aspects sociologiques*, 1<sup>ère</sup> édition, Rennes : Editions ENSP, 219p.

CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Seuil, 500p.

LANDRIEUX-KARTOCHIAN S., 2010, *Théorie des organisations*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Gualino, 159p.

MARSAN Ch., 2005, *Gérer les conflits de personnes, de management, d'organisation*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris : Dunod, 226p.

MINTZBERG H., 2003, *Structure et dynamique des organisations*, 17<sup>ème</sup> édition, Paris : Éditions d'Organisation, 434p.

MIRAMON J.M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 145p.

SAVALL H., ZARDET V., 2010, *Maîtriser les Coûts et les Performances Cachés*, 5<sup>ème</sup> édition, Paris : Economica, 436p.

### Conférences

« Approche comparée de la mutualisation dans les branches et les régimes », in École nationale supérieure en sécurité sociale, *Rencontre débat*, 18 mars 2008, 43p.

BARET Ch., VINOT D., DUMAS F., « La gestion des ressources humaines face à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital : Une proposition de modèle de recherche », in Colloque annuel de l'AGRH, Dakar, 2008, pp. 1-19.

HUGIER M., « L'hôpital public en crise », in Académie des Sciences morales et politiques, Paris, 2007, pp. 1-9.

RIBAU N., FRAISSE S., BAYAD M. et al., « La nécessité de repenser l'accompagnement du changement dans les hôpitaux français », in AGRH, *Communication au 14ème congrès de l'Association francophone de Gestion des Ressources Humaines*, Grenoble, 2003, pp. 2104-2126.

### Articles

MARTINEZ F., 2009, « Concilier efficience, qualité des soins et satisfaction des professionnels », *Gestions Hospitalières*, n°487, pp 354-361

WYNEN A., 2008, « Transport de patients. Impact et enjeux pour les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, n°479, pp 558-562

YAHIAOUI F., 2006 « Mutations économiques : repenser la place de l'individu et du travail », *Travail et changement*, n°311, pp 2-3



### Mémoires

BORETTI F., CORDEIL R., COZETTE S. et al, 2007, *Quelle mutualisation des réseaux de santé*, mémoire du module interprofessionnel de santé publique, ENSP, 29p

NOVIC M., 2009, *L'Europe pour développer les compétences des formateurs en soins infirmiers : l'exemple du programme Leonardo Da Vinci*, mémoire de directeur de soins, EHESP, 2008, 40p.

### Supports de cours

TIREL B., 2010, « La loi HPST, un an après » in Formation initiale des DS, EHESP, Rennes, 140p

PEYRET P. B., 2010, « Gestion par la performance dans les institutions sanitaires » in Formation initiale des DS, EHESP, Rennes, 30p

COUDRAY M.A., BARTHES R., 2010, « Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences » in Formation CHU Toulouse, EHESP, Rennes, 134p

### Sources internet

MEAH, *Le pilotage opérationnel des pôles, l'étape d'après...*, [visité le 26 juin 2010], disponible sur internet : [http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx\\_meahfile/20090215\\_PilotagedesP\\_les\\_RapporFinal.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/20090215_PilotagedesP_les_RapporFinal.pdf)

GMSIH, *Pilotage des établissements de santé, définition des projets de pilotage*, [mis en ligne le 20 juillet 2005], disponible sur internet : [http://www.gmsih.fr/eng/nos\\_publications/articles\\_publications/pilotage\\_des\\_etablissements\\_de\\_sante\\_definition\\_des\\_projets\\_a\\_mener\\_par\\_le\\_gmsih](http://www.gmsih.fr/eng/nos_publications/articles_publications/pilotage_des_etablissements_de_sante_definition_des_projets_a_mener_par_le_gmsih)

*Mutualisation: ajustement nécessaire ou volonté profonde de coopération*, [mis en ligne le 19 décembre 2006], disponible sur internet : <http://www.econokoi.org/mutualisation-ajustement-necessaire-ou-volonte-profonde-de-cooperation>

---

## Liste des annexes

---

ANNEXE 1	Grilles d'entretien	II
ANNEXE 2	Tableau de la population choisie	IV
ANNEXE 3	Tableau de bord d'absentéisme et grille de compétences d'un service	V

---

# Annexe 1

---

## GRILLE D'ENTRETIEN DIRECTEURS/MEDECINS/CADRES

PRESENTATION      Mon parcours – Dans le cadre de la formation EHESP- Mémoire professionnel  
Sujet : Mon mémoire porte sur la mise en place de la mutualisation comme outil de réorganisation

INTERLOCUTEUR    NOM :                      FONCTION :  
SERVICE :

1<sup>er</sup> THEME de questions : Définition et représentation de la mutualisation

1. Qu'est ce que la mutualisation représente pour vous ? Comment la définissez-vous ?
2. Quels sont les projets de mutualisation que vous avez accompagné ou mis en œuvre ?
3. Dans quel contexte, ce projet s'est-il mis en place ?
4. Quels étaient les objectifs attendus ?

2<sup>ème</sup> THEME de questions : Avantages et limites de la mutualisation

- Quels sont, selon vous, les avantages de la mutualisation ?
- Quels sont les limites de la mutualisation ?

3<sup>ème</sup> THEME de questions : Facteurs de réussites et/ou difficultés

- Qu'est ce qui, selon vous, complexifie la mise en œuvre des projets de mutualisation ?
- Quels sont, selon vous, les facteurs qui conditionnent la réussite des projets de mutualisation ?

4<sup>ème</sup> THEME de questions : Rôle de la direction

- Pouvez-vous me préciser votre rôle ou le rôle de la direction (pour les médecins, CS et CSS) dans la mise en œuvre d'un projet de mutualisation ?
- Qu'attendez-vous de la direction et/du directeur des soins dans la mise en œuvre des projets de mutualisation ?

**GRILLE D'ENTRETIEN  
IDE/ASH(BRANCARDIERS)**

PRESENTATION      Mon parcours – Dans le cadre de la formation EHESP- Mémoire professionnel  
Sujet : Mon mémoire porte sur la mise en place de mutualisation comme outil de réorganisation

INTERLOCUTEUR    NOM :                      FONCTION :  
SERVICE :

1<sup>er</sup> THEME de questions : Définition et représentation de la mutualisation

- Qu'est ce que le mutualisation représente pour vous ? Comment la définissez-vous ?
- Pouvez-vous me dire comment vous avez vécu ce projet de mutualisation ?
- Savez-vous dans quel contexte ce projet s'est mis en œuvre ? Avez-vous été associé à ce projet?

2<sup>ème</sup> THEME de questions : Avantages et limites de la mutualisation/ Facteurs de réussites et/ou difficultés

- Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de la mutualisation ?
- Qu'est ce qui a été le plus difficile, pour vous, dans la mise en œuvre de ce projet?

3<sup>ème</sup> THEME de questions : Rôle de la direction

- Qu'est-ce que vous attendez des cadres et de la direction des soins ou de la direction générale, dans la mise en œuvre des projets de mutualisation ?

---

## Annexe 2

---

TABLEAU DE POPULATION CHOISIE

POPULATION	Directeur d'établissement	Directeur des soins	Praticiens hospitaliers	DRH	Directeur pôle hôtelier	CSS	CS	IDE	ASH Brancardier
CH (A)			1 Chef de pôle et président de CME			1	2	3	
CH (B)	1	1	1 chef de pôle 1 médecin, responsable de bloc (anesthésiste)	1		1			
CH (C)	1	1			1		1		3

Les entretiens ont été effectués lors d'une entrevue programmée.

En fonction des personnes interrogées, les entretiens ont durés entre 30 minutes et 1H30.

Certains ont été enregistrés, d'autres ont fait l'objet d'une prise de note.

## Annexe 3

Maquette de tableau de bord d'un service de soins d'un établissement spécialisé en médecine et chirurgie orthopédique<sup>56</sup>

GESTION INTERNE	Nature (1)			Support	Émetteur	Saisie (2)					Pilotage (3)									
	q	Q	F			1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
ABSENTEISME																				
- Absentéisme non remplacé		x		Planning	Service (cheftaines)	x									x					
- Absentéisme remplacé		x		Planning		x									x					
dont congés maternité		x		Planning		x													x	
dont congés maladie		x		Planning		x													x	
ROTATION DU PERSONNEL																				
- Taux		x		État du personnel	Service (saisie manuelle)														x	
ACCIDENTS DU TRAVAIL																				
- Taux		x		État du personnel	Service														x	
QUALITE-PRODUCTIVITE																				
- Nombre d'interventions (bloc)		x		Programme opératoires (cheftaine du bloc)	Service	x									x					
- Nombre de lettre K		x		Programme opératoires (cheftaine du bloc)	Service	x									x					
- Nombre IDE (1) / lits, en excluant IDE du bloc + infirmière générale		x		Planning	Service				x						x					
- Analyse fiche de sortie (qualité des soins)	x			Fiche de sortie	Direction	x									x					
- Nombre intervention / effectif moyen du bloc		x		A créer	Service				x						x					

(1) q= qualitatif; Q= quantitatif; F= financier

(2) 1= ponctuelle quotidienne; 2= hebdomadaire; 3= bimensuelle; 4= mensuelle; 5= trimestrielle

(3) 1= hebdomadaire; 2= mensuel; 3= trimestriel; 4= semestriel; 5= annuel

<sup>56</sup> SAVALL H., ZARDET V., 2010, *Maîtriser les Coûts et les Performances Cachés*, p99

Grille de compétences d'un service<sup>57</sup> – (cet outil est inséré dans le tableau de bord de pilotage)

Acteurs (Noms)	DANS L'ORGANISATION, EN DEBUT DE PERIODE													OPERATIONS ET SAVOIR-FAIRE NOUVEAUX A créer DANS LA PERIODE (évolution de l'organisation)					Polyvalence	FORMATIONS A PREVOIR DANS LA PERIODE (PLAN DE FORMATION PERSONNALISE)	OBSERVATION
	OPERATION EXISTANTES																				
	DE GESTION – SECURITE							DE GESTION – DEVELOPPEMENT			SAVOIR – FAIRE PARTICULIERS EXISTANT										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	D1	D2	D3	SFE1	SFE2	SFE3	ON1	ON2	ON3	SFN1	SFN2			
1	■	■		■	○	○	○	■	■	○	■			●	●				Forte	- Micro-informatique -Comptes-rendus de réunions	
2	■	○	■	■	■	□	□	□	—	—	—								Moyenne		
3	■	○	■	■	□	—	—	—	—	—	—			●	●				Moyenne	- Micro-informatique -Comptes-rendus de réunions	
4	■	○	■	■	□	—	—	□	—	—	—								Moyenne		
5	■	○	■	■	□	□	—	—	—	—	—								Moyenne		
6	■	□	—	○	□	—	—	—	—	—	—								Faible		
7	■	—	—	○	—	—	—	—	—	—	—								Très faible		Capacité d'évolution limitée ?
8	■	—	□	○	—	—	—	—	—	—	—								Très faible		
vulnérabilité	nulle	forte	moyenne	faible	...																

légende des niveaux de compétences

- Pratique courante maîtrisée.
- Connaissance des principes sans pratique.
- Objectif: atteindre le niveau supérieur.
- Pratique occasionnelle ou non entièrement maîtrisée.
- Ni connaissance théorique ni pratique

<sup>57</sup> Idem, p107