

# *Ecole Supérieure Montsouris*

## *Université Paris Est Créteil Val-de-Marne*



### **Mutualisation des ressources humaines**

Accompagnement d'un changement organisationnel  
par le développement des compétences

Caroline BERNARD

MTMOS  
2013-2014





## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet n'aurait pas été possible sans l'accompagnement de l'équipe pédagogique de l'Ecole Supérieure Montsouris, et la qualité des intervenants tout le long du cursus universitaire, qu'ils en soient ici remerciés.

Je souhaite également remercier mes collègues cadres de santé, Corinne PATTIN MIGNON et Sandy JECKO pour leur investissement dans le projet, et pour m'avoir remplacé pendant mes semaines de regroupement à l'ESM.

Merci aux équipes des unités A1 et A2 pour leur participation active au projet.

Je remercie également, Frédérique BRIN HENRY, Raphaël DEMETTRE, Marie-Odile HUREL, Mathieu LARDENOIS et Philippe LUCION, pour leur aide précieuse en tant que personnes ressources au sein de l'établissement.

Merci à la promotion du MOS 2013/2014, un groupe soudé et bienveillant, une pensée particulière pour Sabine, Angéla, Anne-Gaëlle, Valérie, Antoine, Sylvie, Jean-Christophe, Laure, Julien et Véronique.

Et enfin je remercie tout particulièrement mon mari Patrick, pour ses encouragements, sa patience, son soutien et ses critiques constructives.

## **AVIS AUX LECTEURS**

L'emploi au féminin du nom commun « infirmière, aide-soignante ... » comprendra implicitement son genre masculin.

## **TABLE DES ABREVIATIONS**

<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AS</b>	Aide-Soignante
<b>ASH</b>	Agents de Service Hospitalier
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral
<b>CAMSP</b>	Centre d'Action Médico Sociale Précoce
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CTE</b>	Comité Technique d'Etablissement
<b>DIM</b>	Département d'Information Médicale
<b>DMS</b>	Durée Moyenne de Séjour
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>EOH</b>	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
<b>GCS</b>	Groupement de Coopération Sanitaire

<b>GIE</b>	Groupement d'Intérêt Economique
<b>GPMC</b>	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HPST</b>	Hôpital Patient Santé Territoire
<b>IDE</b>	Infirmière Diplômée d'Etat
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>MPR</b>	Médecine Physique et de Réadaptation
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PGFP</b>	Projet Global de Financement Pluriannuel
<b>RH</b>	Ressources humaines
<b>SIH</b>	Syndicat Inter Hospitalier
<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SSR</b>	Soins de Suite et Réadaptation
<b>SWOT</b>	Strengths (forces), Weaknesses (faiblesses), Opportunities (opportunités), Threats (menaces),
<b>UCSA</b>	Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
<b>UNV</b>	Unité Neuro Vasculaire
<b>USCP</b>	Unité de Soins Continus Polyvalents
<b>USLD</b>	Unité de Soins Longue Durée

## TABLES DES MATIERES

<b><u>INTRODUCTION</u></b>	<b>1</b>
<b><u>1 Sur le chemin du changement</u></b>	<b>4</b>
<b><u>1.1 Ancrage du centre hospitalier de Bar Le Duc dans sa région</u></b>	<b>4</b>
<u>1.1.1 Les territoires de santé en Lorraine</u>	4
<u>1.1.2 L'offre de soins MCO sur le territoire</u>	5
<u>1.1.3 Le département de la Meuse</u>	6
<u>1.1.4 Des disparités géo-démographiques</u>	7
<u>1.1.5 Une population vieillissante</u>	8
<u>1.1.6 Une région confrontée à des difficultés économiques et sociales</u>	9
<u>1.1.7 Etat de santé des Meusiens</u>	10
<u>1.1.8 Dynamique interrégionale</u>	10
<b><u>1.2 Évolution d'hier à aujourd'hui</u></b>	<b>12</b>
<u>1.2.1 Son histoire</u>	12
<u>1.2.2 Son offre de soins sur le territoire</u>	13
<u>1.2.3 Son organisation en interne</u>	15
<u>1.2.4 Sa situation financière</u>	18
<b><u>1.3 Zoom sur le pôle médecine et spécialités</u></b>	<b>19</b>
<u>1.3.1 Les activités en hospitalisation complète</u>	19
<u>1.3.2 Les réflexions engagées dans le cadre du plan de retour à l'équilibre</u>	20
<b><u>1.4 D'une logique de fonctionnement par service à une mutualisation des ressources humaines sur les trois unités de médecine</u></b>	<b>23</b>
<u>1.4.1 La situation actuelle</u>	23
<u>1.4.2 Perspective de changement organisationnel</u>	28

1.4.3	Les acteurs de soins	30
<b><u>2</u></b>	<b><i>Vers un pôle « médecine » performant par l'organisation d'une mutualisation des ressources humaines, au service de la qualité et de la sécurité des soins</i></b>	<b>33</b>
<b><u>2.1</u></b>	<b>Analyse d'un changement organisationnel</b>	<b>33</b>
2.1.1	La dimension fonctionnelle	34
2.1.2	La dimension politique	35
2.1.3	La dimension culturelle	37
2.1.4	La mobilité professionnelle	38
2.1.5	La mutualisation	39
2.1.6	La compétence	40
<b><u>2.2</u></b>	<b>Mise en œuvre opérationnelle du projet étape par étape</b>	<b>43</b>
2.2.1	L'évolution de ma posture	43
2.2.2	La planification des différentes étapes	44
2.2.3	Donner du sens au projet, fédérer et accompagner les cadres	45
2.2.4	Communiquer, motiver, et faire adhérer les équipes	47
2.2.5	Co-construire une grille d'évaluation des compétences spécifiques	50
<b><u>3</u></b>	<b><i>Proposition de dispositifs de formation pour le développement des compétences</i></b>	<b>51</b>
<b><u>3.1</u></b>	<b>La professionnalisation</b>	<b>52</b>
<b><u>3.2</u></b>	<b>La didactique professionnelle</b>	<b>52</b>
<b><u>3.3</u></b>	<b>Dispositif N°1 : En situation didactique de tutorat dans l'activité</b>	<b>53</b>
<b><u>3.4</u></b>	<b>Dispositif N°2 : En situation didactique à distance de l'activité</b>	<b>54</b>
<b><u>4</u></b>	<b><i>Scénario retenu pour la mise en place de l'équipe mutualisée poly compétente</i></b>	<b>55</b>
<b><u>5</u></b>	<b><i>Evaluation du projet</i></b>	<b>56</b>

<b><u>5.1</u></b>	<b><u>Indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins</u></b>	<b><u>57</u></b>
<b><u>5.2</u></b>	<b><u>Indicateurs de pilotage de la gestion des ressources humaines</u></b>	<b><u>57</u></b>
<b><u>5.3</u></b>	<b><u>Indicateurs de la qualité de vie au travail</u></b>	<b><u>58</u></b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>Conclusion</u></b>	<b><u>59</u></b>
	<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	<b><u>61</u></b>

**LISTE DES ANNEXES**

## INTRODUCTION

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), institue une territorialisation des politiques de santé avec à leur tête les agences régionales de santé (ARS), dont la mission est d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage de l'ensemble de notre système de santé. L'hôpital devient un des éléments constitutif de l'offre de soins sur le territoire.

La territorialisation des politiques de santé, oblige les acteurs à structurer et organiser des filières de prise en charge, répondant aux besoins de la population. Pour le centre hospitalier de Bar Le Duc, situé dans le département de la Meuse, un véritable dialogue doit s'engager avec l'ARS Lorraine.

La création et l'organisation de pôles d'activités instituées par l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>1</sup> communément qualifiées de « nouvelle gouvernance », et relayées par la loi HPST ont pour intérêt :

- D'organiser le circuit du patient autour de filières de prise en charge au sein d'un même pôle afin de garantir une meilleure qualité de soins rendue à la personne soignée<sup>2</sup> ;
- De décroisonner les services en développant des collaborations médicales, paramédicales et administratives ;
- De responsabiliser les acteurs par une gestion au plus près du terrain dans une logique de contractualisation autour de l'activité, et de la qualité des soins ;
- De passer d'un management par spécialité, « le service », à un management centralisé, permettant la mutualisation des ressources humaines et matérielles.

---

<sup>1</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>2</sup>Thierry NOBRE et Patrick LAMBERT *Le management de pôles à l'hôpital* Ed. Dunod 2012

« L'hôpital bouge, l'organisation hospitalière change, les métiers évoluent et le management hospitalier se transforme <sup>3</sup>»

Le centre hospitalier de Bar Le Duc, en pleine mutation, dans un contexte financier contraint, se doit de proposer des changements organisationnels à l'ARS.

Au sein du pôle médecine et spécialités, une réflexion est initiée par la directrice des soins, en vue de proposer des changements organisationnels d'optimisation des moyens, en l'occurrence des ressources humaines. Cadre de santé responsable d'une unité de médecine, je lui propose d'inscrire le projet managérial, fil rouge de mes études, dans cette réflexion institutionnelle.

Pour répondre à l'organisation de notre offre de soins sur des filières organisées, les unités de médecine se sectorisent. Le périmètre de leurs activités s'en voit modifié. Demain, la mise en place du court séjour gériatrique, va impacter les organisations soignantes des trois unités de médecines concernées par le projet. Des pertes de compétences sur certaines activités, et des pertes de repères organisationnels avec l'équipe médicale sont à prévoir.

Accompagner le changement va nécessiter une analyse de la problématique en amont, afin d'identifier les éléments de faisabilité du projet, ainsi que les leviers possibles pour sa mise en œuvre. Trois parties composent ce travail.

Dans la première partie, afin d'ancrer le projet dans son contexte, d'en identifier ses forces et ses faiblesses, un diagnostic de la situation du centre hospitalier sur son territoire de santé, et dans son environnement interne, est réalisé.<sup>4</sup>

La deuxième partie propose, dans un premier temps, l'analyse d'un changement organisationnel à l'éclairage de différents concepts et notions. L'approche managériale privilégiée résultante de cette analyse est envisagée, et ouvre ainsi des perspectives d'accompagnement des cadres et des équipes dans le projet, par le développement des compétences.

---

<sup>3</sup> Marie-Claire CHAUVANCY *Les pôles d'activité, une chance pour l'encadrement ?* Carnets De Santé 2009

<sup>4</sup> Outil SWOT *Strengths* (forces), *Weaknesses* (faiblesses), *Opportunities* (opportunités), *Threats* (menaces), Annexe 1.

Puis dans un second temps, l'analyse de la mise en œuvre opérationnelle du projet montre que pour accompagner le changement, et lui donner du sens, des réajustements permanents sont nécessaires, même si le cap est donné.

Des dispositifs de formation seront envisagés dans une troisième partie, et seront proposés aux équipes IDE et AS impliquées dans ce projet de mutualisation. Une évaluation du projet pourra être faite par la définition, et le suivi, d'indicateurs relatifs à la qualité et la sécurité des soins, à la gestion des ressources humaines, et à la qualité de vie au travail.

Et enfin pour conclure ce travail, des pistes de réflexions seront présentées sur des axes de travail à mettre en œuvre, pour envisager le déploiement de ce projet à l'ensemble de l'établissement.

# **1 Sur le chemin du changement**

## **1.1 Ancrage du centre hospitalier de Bar Le Duc dans sa région**

### **1.1.1 Les territoires de santé en Lorraine**

L'Agence Régionale de Santé de Lorraine, nouvelle autorité publique créée en avril 2010 sur la base de l'article 118 de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé, et aux Territoires (loi HPST), s'est vu confier le soin d'unifier un ensemble de démarches stratégiques préexistantes en faveur de la santé<sup>5</sup>.

La mission de l'ARS est de piloter le système de santé, de définir et de mettre en œuvre la politique de santé publique dans la région, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités régionales, territoriales, et des besoins de santé de la population.

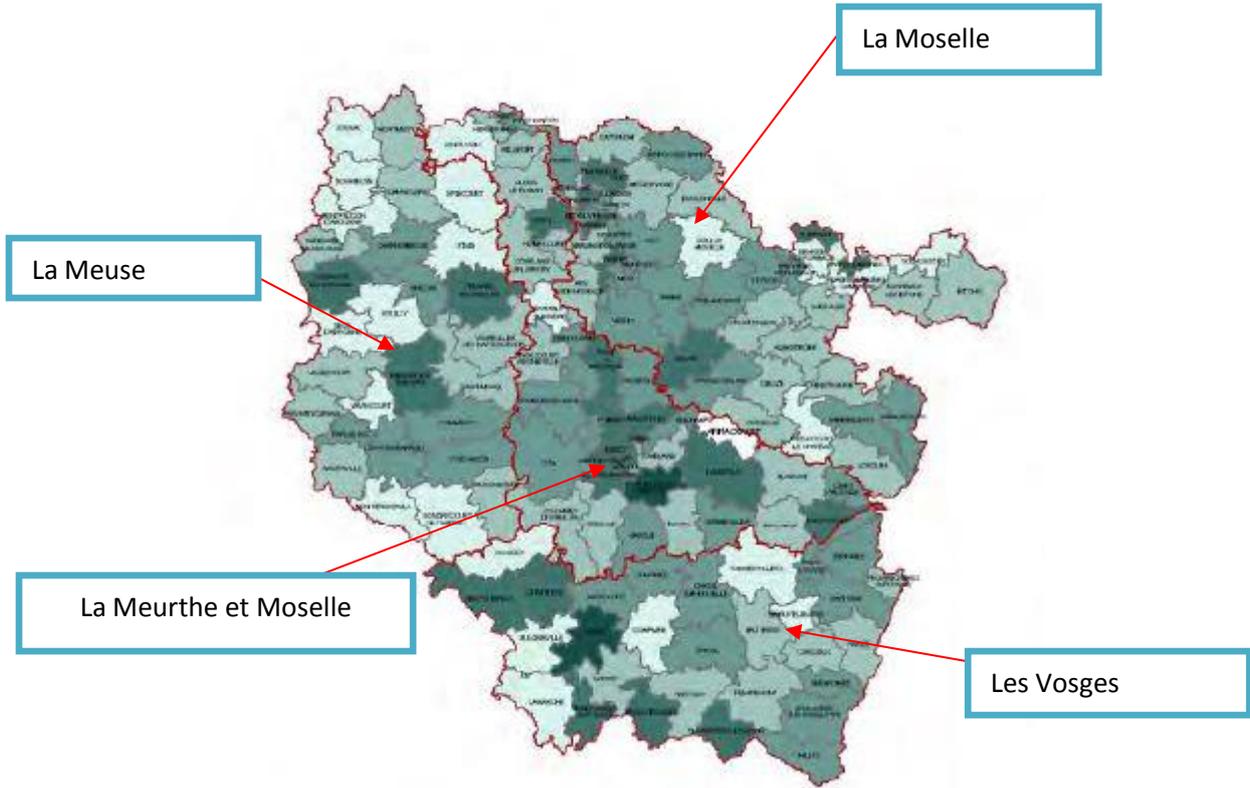
Dans cette perspective, la loi dote les ARS d'un nouvel outil de planification et de régulation de la politique de santé : le Projet Régional de Santé (PRS). Ce dernier contribue aux trois priorités nationales transversales retenues par le Comité National de Pilotage des ARS :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- promouvoir l'égalité devant la santé
- développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient.

L'ARS de Lorraine a redéfini le cadre de sa politique en arrêtant quatre territoires de santé. Ils correspondent aux périmètres des départements de la Meuse, de la Meurthe et Moselle, de la Moselle et des Vosges, et permettent d'assurer une cohérence avec l'action des partenaires de l'ARS, particulièrement les collectivités territoriales, les conseils généraux dans le champ médico-social, et les préfets de département pour la veille et la sécurité sanitaire.

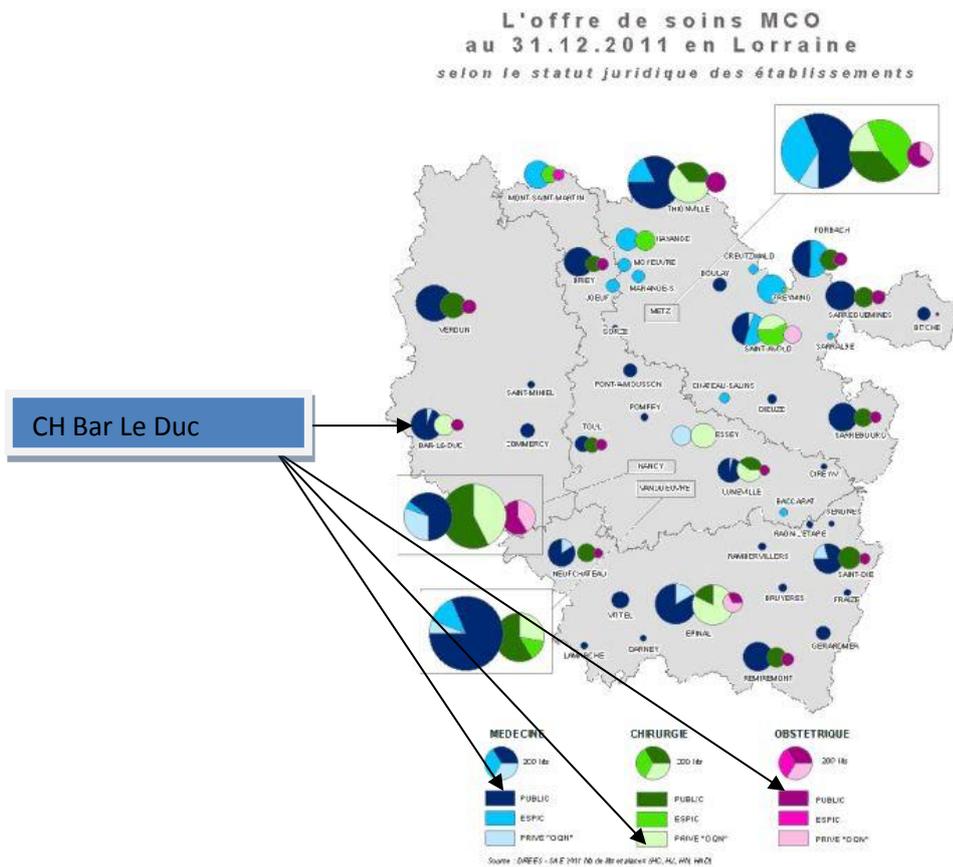
---

<sup>5</sup> <http://arslorraine.prod.flexit.fr/prs-ikobook/files/assets/common/downloads/publication.pdf>



Les quatre territoires de santé de la Lorraine

L'offre de soins MCO sur le territoire



### 1.1.2 Le département de la Meuse

Le centre hospitalier de Bar Le Duc se situe dans le sud du département de la Meuse, composé de 498 communes regroupées en 25 communautés de communes comptant 200868 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2011<sup>6</sup>, soit 8% de la population de la Lorraine. Sa préfecture, Bar Le Duc compte 16939 habitants appelés les Barisiens. Les Sous-préfectures sont Commercy et Verdun.

La Meuse , terre de frontières entre l'Empire Germanique et la France, a marqué l'histoire de l'Europe : du traité de Verdun en 843 partageant l'Empire de Charlemagne, en passant par l'épopée de Jeanne d'Arc débutée à Vaucouleurs, et par l'arrestation de Louis XVI à Varennes-en-Argonne, symbole de la fin de la royauté. Sans oublier la « der des ders » de 1914-1918 qui ne l'a pas épargné.



<sup>6</sup> <http://www.insee.fr>

Marquée donc par son passé historique, la Meuse est aujourd'hui le **symbole de la Paix**. C'est à **Verdun** que le célèbre Centre Mondial de la Paix, des Libertés et des Droits de l'Homme a été érigé.

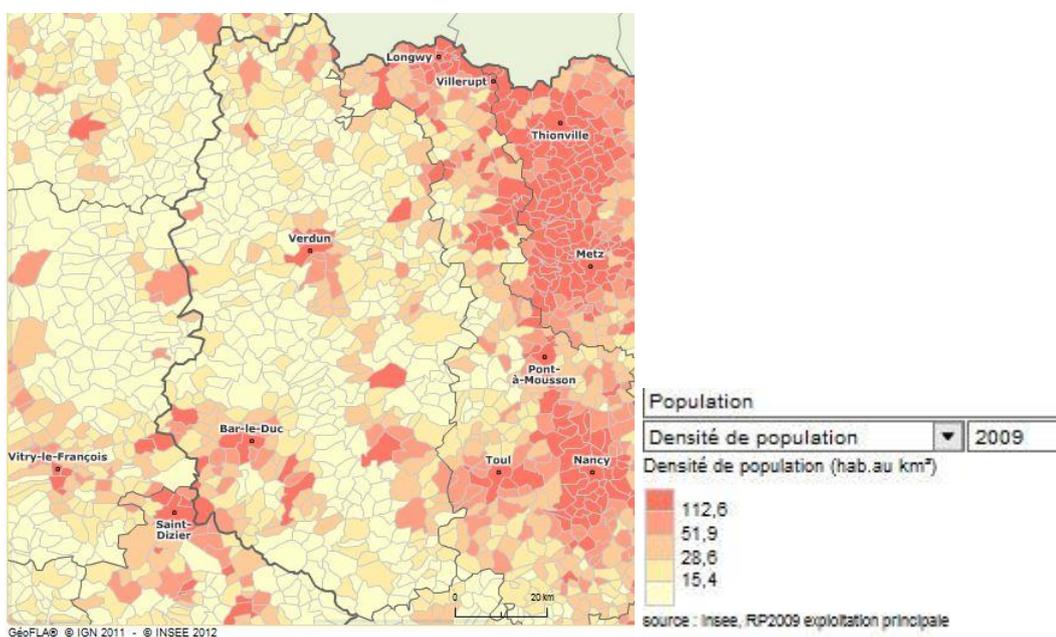
L'agriculture et la forêt recouvrent 91% du territoire meusien. L'**agriculture** est une composante majeure de l'économie meusienne. Elle représente 10 650 emplois, soit 16 % des actifs du département, bien plus que la moyenne nationale.

Le département dispose de réseaux de communication modernes :

- Autoroute A4, nationales N4 et N135, départementales...
- Nouveau TGV-Est, le réseau ferroviaire est non seulement très complet, mais à la pointe de la technologie
- Tous les grands ports du Nord de l'Europe sont reliés par le réseau fluvial
- A moins de 250 kms, 4 aéroports internationaux confèrent à la Meuse une envergure mondiale

### 1.1.3 Des disparités géo-démographiques

La population de la Meuse est caractérisée par sa faible densité : 31 habitants/km<sup>2</sup> en moyenne contre 99 en Lorraine et 113 en France. Ce département est le moins peuplé des quatre territoires de santé de la région Lorraine.

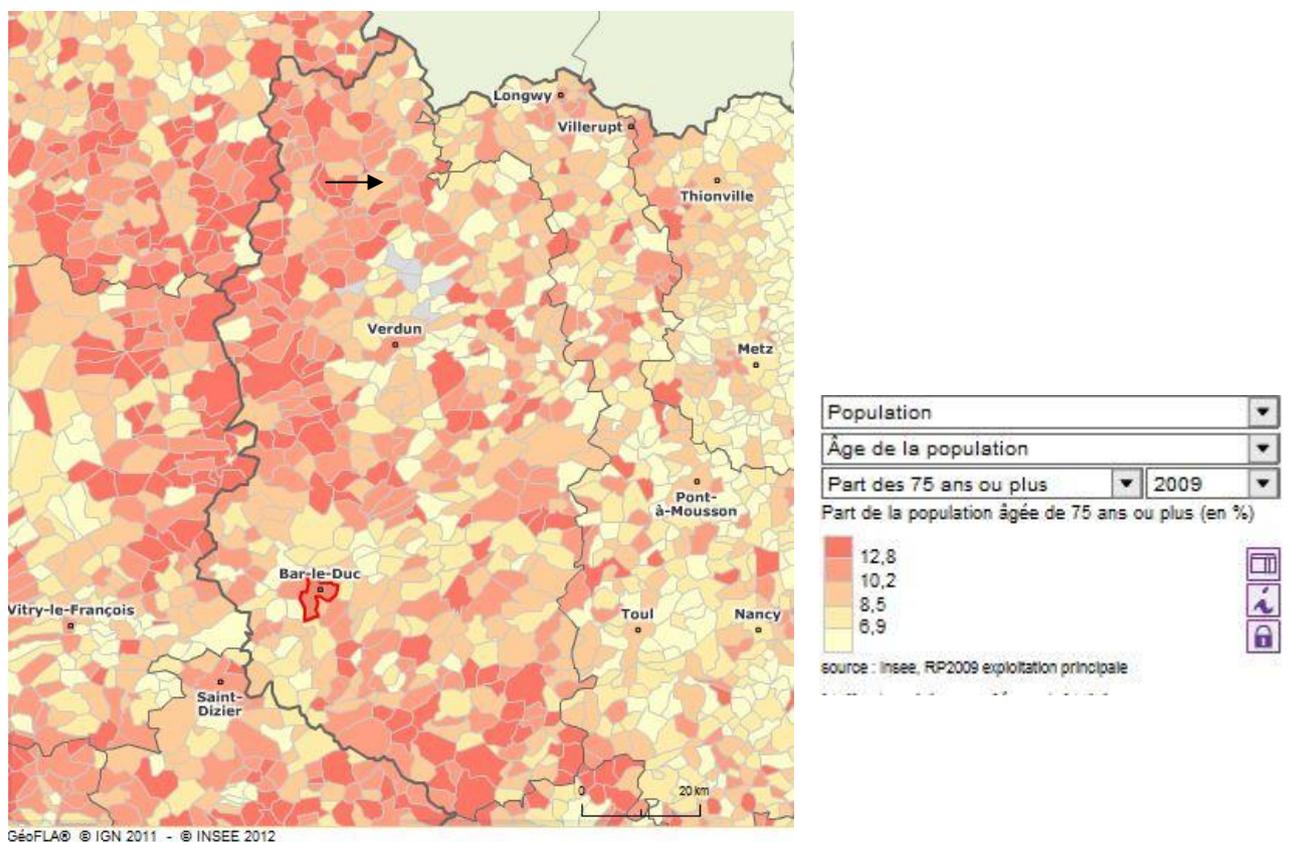


Département rural, avec une problématique forte au regard de la démographie médicale et paramédicale insuffisante.

Concernant la densité des professionnels de santé : l'offre en Meuse est nettement moins satisfaisante qu'au plan régional et national.

#### 1.1.4 Une population vieillissante

En France s'annonce une vague démographique gériatrique, concernant une population aux besoins sanitaires spécifiques, et la Meuse dans ce domaine n'échappe pas à la règle. Néanmoins, la part des habitants âgés de 75 ans et plus étant déjà importante, l'impact sera vraisemblablement plus faible dans ce département par rapport à d'autres à population plus jeunes.



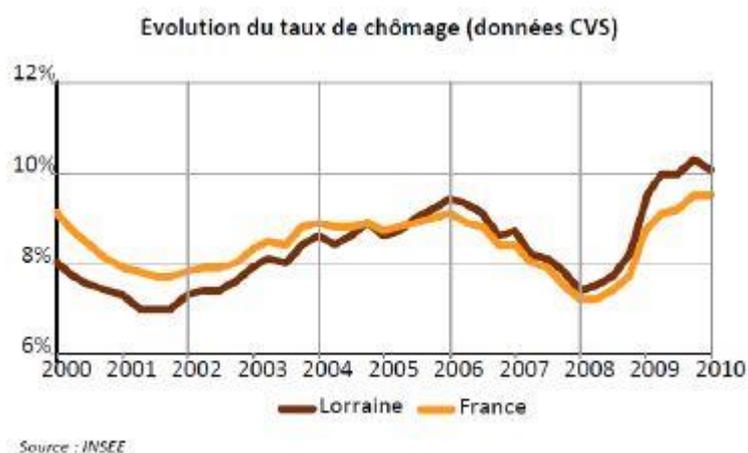
La part des 75 ans ou plus sur Bar Le Duc est de 10,9 % en 2009 elle sera de 13,3% en 2031<sup>7</sup>

<sup>7</sup> Publication ARS LORRAINE pdf p.126

Les projections de population à l'horizon 2030 (OMPHALE<sup>8</sup>) prévoient, sur le département, une baisse de la population (-11500 habitants en 2030) au détriment des âges actifs (20-59 ans), augmentant de fait, la part des personnes âgées de 60 à 79 ans, la part des 80 ans et plus restant stable.

### 1.1.5 Une région confrontée à des difficultés économiques et sociales

Au deuxième trimestre 2013 le taux de chômage lorrain est plus élevé que le taux moyen français, avec 11% de la population contre 10,5%. Cette fracture s'accompagne, en particulier sur la zone emploi de Bar Le Duc, d'une baisse d'activité économique que nous voyons mal s'améliorer, du fait de la fermeture d'usines, entraînant l'éloignement des zones de création de richesses et de croissance de l'emploi dans d'autres régions.



Cette situation est une première pour la région. En effet, lors des précédents « chocs » économiques, notamment la crise des industries de base (textile, sidérurgie, charbon), les dispositifs de départ à la retraite anticipée, et autres moyens d'accompagnement, avaient permis une hausse modérée du chômage en Lorraine. Le taux de chômage de la Lorraine était dans les années 1990, et au début des années 2000, inférieur au taux de chômage français. Ce qui n'est plus le cas depuis 2009.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Elèves : estimation de population réalisé par l'INSEE à l'horizon 2030

<sup>9</sup> <http://www.ceselorraine.eu/fr/indicateurs-cles-lorraine.html>

### 1.1.6 Etat de santé des Meusiens

L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance en Meuse suit l'amélioration nationale mais le classement reste défavorable :

- 76,2 ans pour les hommes (dans le dernier tiers des départements)
- 83 ans pour les femmes (dans le dernier tiers des départements).

Ci-après les trois principales causes de décès évitables:

	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
Cancer du poumon (en % des décès évitables)	36,3%	31,4%	36,2%	31,8%
Suicides (en % des décès évitables)	22,6%	24,6%	19,6%	24,6%
Maladies cardio-vasculaires (taux de mortalité pour 100 000 hab)	226	247	246	228

### 1.1.7 Dynamique interrégionale



Bar Le Duc, ville excentrée dans le sud du département, loin des principales villes urbaines, a su faire alliance, dès 1960, avec deux villes à proximité, Saint-Dizier (en Haute-Marne) et Vitry-le-François (en Marne), dans un objectif de **coopération** autour de préoccupations communes de développement de leur territoire, au-delà de leurs frontières administratives.

Désormais, les villes, l'Etat et les régions Champagne-Ardenne et Lorraine s'appuient sur un réseau de villes dénommé « **Comité de Promotion et de Développement du Triangle** » (**représenté sur la carte page précédente**), pour animer et coordonner les échanges. Leurs orientations stratégiques reposent sur quatre axes prioritaires : le tourisme, le transport, la formation, et les technologies de l'information et de la communication. Nous verrons apparaître à partir de 2000, un début de coopération sanitaire dans ce « triangle ». Ce point sera abordé ultérieurement.

Géographiquement, donc, le centre hospitalier de Bar Le Duc se trouve proche des centres hospitaliers de St Dizier et de Vitry le François. Le centre hospitalier de Verdun quant à lui se situe dans le Nord Meusien à 50 kms de Bar le Duc, et ses plus proches « concurrents » Nancy (en Meurthe et Moselle) et Metz (en Moselle) se situent respectivement à 93 et 58 kms dans le territoire de santé de la Lorraine. Nous comprendrons aisément que sa situation géographique est une faiblesse sur le territoire.

C'est pourquoi des projets de communauté hospitalière de territoire apparaîtront dans le prochain projet médical (données issues d'un document de travail), à savoir des partenariats:

- au niveau départemental : avec le CHS de FAINS VEEL, la polyclinique du PARC, les centres hospitaliers de VERDUN et de COMMERCY
- au niveau interrégional de proximité : avec le centre hospitalier de ST DIZIER et celui de VITRY LE FRANCOIS
- au niveau régional : avec le CHU de NANCY

## 1.2 Évolution d’hier à aujourd’hui

### 1.2.1 Son histoire

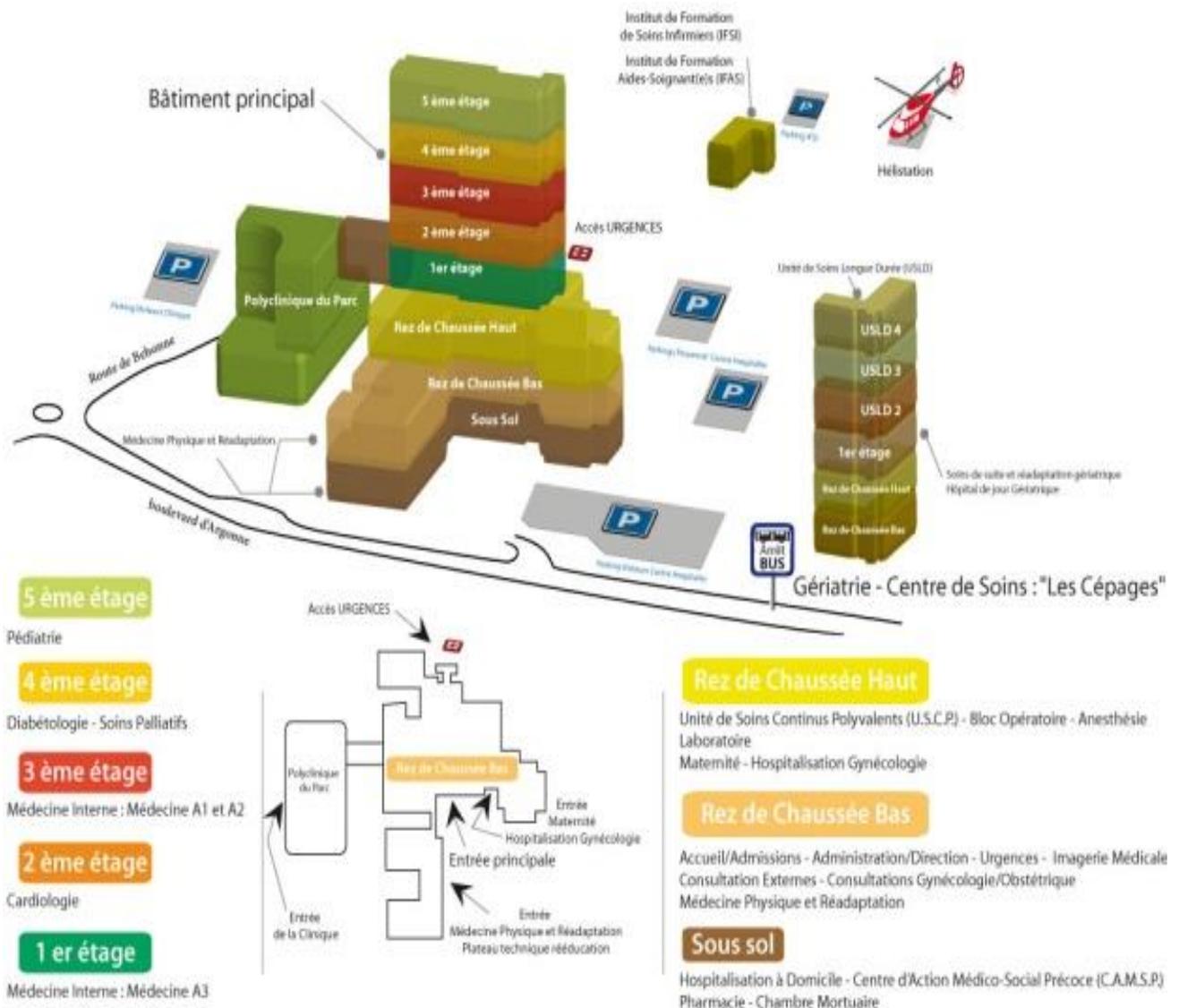
L’hôpital Saint-Denys, dont la vocation première est l’assistance aux pauvres, sait ouvrir ses portes aux malades indigents, puis indistinctement à toute la population. Soucieux d’apporter réconfort et soulagement aux malheureux, à l’époque contemporaine, il s’astreint à accueillir une médecine riche et actualisée capable de donner à tous des soins de qualité.

Œuvre de charité pendant de nombreuses années, l’hôpital devient grâce aux progrès de la médecine une œuvre de mieux être. En juggling au mieux les impératifs administratifs et économiques, il se doit d’être au service d’une médecine toujours plus performante, et aussi plus humaine, capable de donner à tous guérison physique et morale. Son implantation au cœur du centre ville, la proximité géographique des services, sa taille humaine crée une **ambiance familiale** où tout le monde se connaît et travaille au service du patient.

En 1985, il déménage dans des locaux plus modernes à la hauteur des prises en charge proposées.



## 1.2.2 Son offre de soins sur le territoire



Il dispose de lits et places de court séjour MCO (hors chirurgie depuis 2007), de lits et places de moyen séjour SSR, et d'un service d'hospitalisation à domicile. Il dispose également d'autorisations de lits dédiés aux soins palliatifs, de surveillance continue, de chimiothérapie, d'accueil des urgences et de SMUR.

Depuis 2007, afin d'assurer l'optimisation et la pérennité d'une offre de soins de proximité de qualité, plusieurs partenariats ont été engagés :

- Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) avec la polyclinique du parc (établissement privé à but lucratif) qui repose sur l'exploitation commune d'un bloc opératoire et la prise en charge coordonnée des urgences médicales.
- Un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) avec la société Champagne lorraine d'imagerie médicale (coopération dans « le triangle » préalablement évoquée)
- Un GCS de biologie médicale du triangle du DER, constitué en avril 2013, opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014
- Une complémentarité avec le centre hospitalier spécialisé de FAINS VEEL, qui repose sur une mutualisation de toutes les activités périphériques aux soins (service administratifs, techniques, logistiques,...). Le centre Hospitalier Spécialisé assure l'offre de soins dans les domaines de la santé mentale.

Le centre hospitalier de Bar Le Duc fait donc partie intégrante du pôle santé sud meusien (PSSM) qui recouvre une offre de soins complète pour tout le territoire de santé. En quelques chiffres sa capacité d'accueil est de **383 lits** et places et emploie **816 équivalent temps** plein dont **507 soignants/éducatifs** et **85 médecins/internes**, sa dimension à taille humaine en fait une force.

Le titre 1 de la loi HPST, concernant la modernisation des établissements de santé, a clarifié la notion de gouvernance (ordonnance 2005) au niveau des nouvelles instances de pilotage. Sont alors apparus le conseil de surveillance et le directoire. Le pouvoir exécutif se voit concentré sur deux têtes<sup>10</sup>, le directeur de l'établissement et le directeur de l'ARS.

Ce changement est perceptible au niveau de notre établissement ou l'ARS est de plus en plus présente et pressante. Nous sommes dorénavant dans l'obligation de proposer des projets de labélisation de filières, et nous rencontrons sur site les différents représentants de l'ARS responsable des projets. Un « dialogue » s'installe.

- Depuis 2003, l'activité neuro-vasculaire est exponentielle. Pour la pérenniser et la reconnaître comme une force au sein de l'établissement, un projet de labélisation d'une filière neuro-vasculaire a été déposé à l'ARS.

---

<sup>10</sup> Cours de Dominique LETOURNEAU HPST Février 2014

- L'activité de court séjour gériatrique étant dispersée dans les services de médecine, l'**ARS** nous demande d'organiser de façon plus optimale la prise en charge des personnes âgées. C'est pourquoi, un projet de labellisation de la filière gériatrique est également soumis à l'étude (Janvier 2014)
- De plus, l'offre de soins concernant les prises en charge des addictologies sur le département de notre territoire de santé, ne répond plus au besoin de la population. L'**ARS** souhaite la développer. (Janvier 2014)

### 1.2.3 Son organisation en interne

Les acteurs en présence, pour certains depuis plus de trente ans, sont habitués à une logique de fonctionnement par service. Le pouvoir médical y est exercé de façon verticale, « paternaliste » dans certains endroits. L'organisation générale est une forme d'organisation « hiérarchiques et centralisée, que certaines recherches ont qualifiées de « châteaux<sup>11</sup> » » où le cloisonnement entre les acteurs est perceptible. Certaines unités sont encore organisées par tâches avec, à leurs têtes, une hiérarchie médicale donnant peu de place à l'autonomie des acteurs.

Cette organisation repose sur un fondement historique. « En deux siècles, de la révolution de 1789, à la loi portant réforme hospitalière de 1991, l'hôpital moderne s'affirme jusqu'à son apogée le CHU, consacrant les médecins au cœur de l'organisation hospitalière<sup>12</sup>».

En 2005 le gouvernement créait, au sein de tous les établissements de santé, des pôles d'activité. La configuration des pôles au sein de notre établissement s'est faite en 2008, puis a été actualisée en juillet 2013.

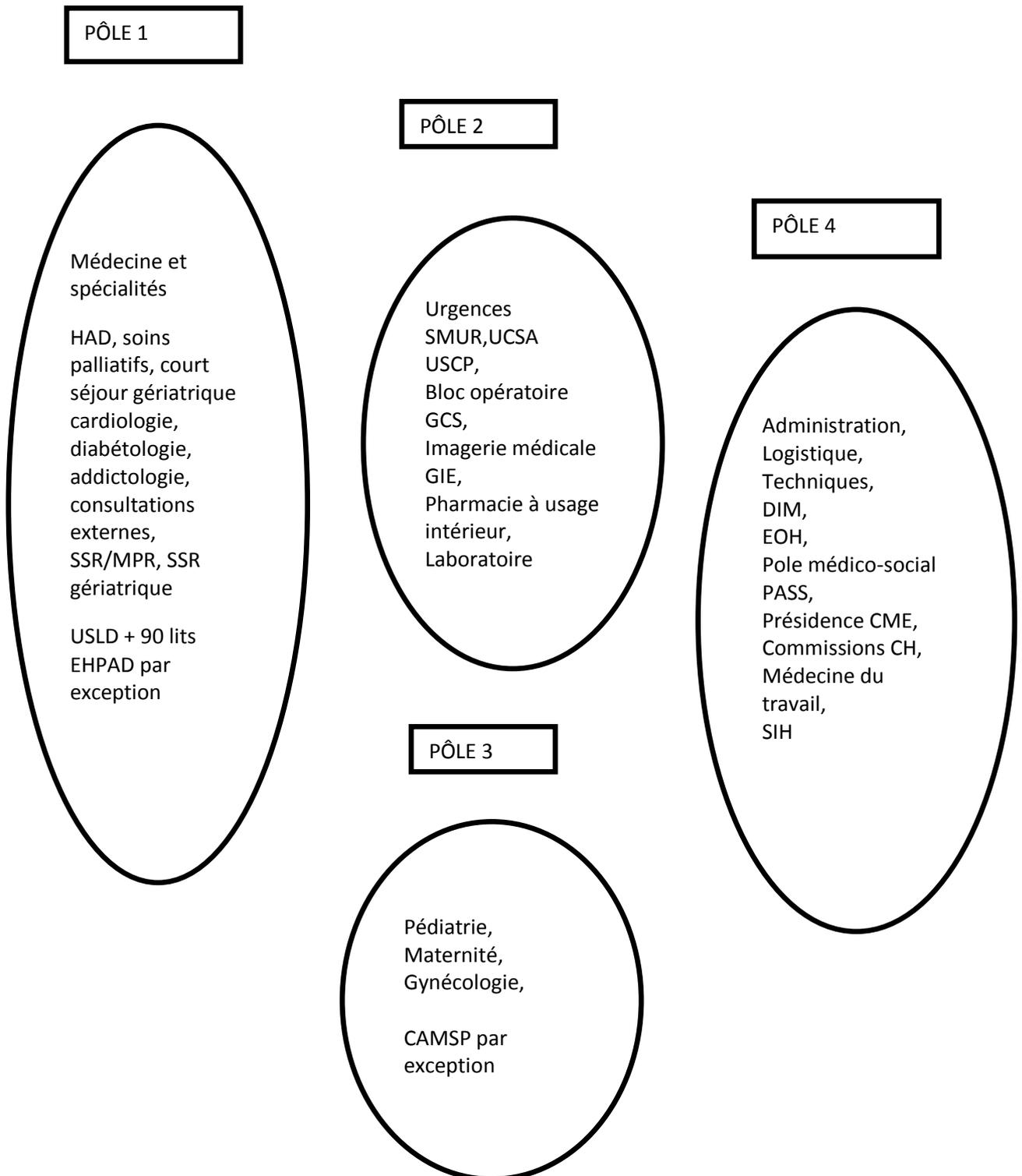
Elle regroupe différents services sans logique particulière, avec, pour certains un mélange d'activités de support et de soins. L'organisation générale s'est vue inchangée.

---

<sup>11</sup> Jean NIZET, François PICHAULT *La coordination du travail dans les organisations* Ed. Dunod 2012 p.11

<sup>12</sup> Jean Paul DUMOND cours sur *l'Organisations de santé : la grande transformation* p.13

Il n'existe ni projets ni de contrats de pôle. La mise en œuvre de l'organisation polaire n'est pas enclenchée.



**Nouvelle configuration des pôles mise à jour le 1<sup>er</sup> juillet 2013**

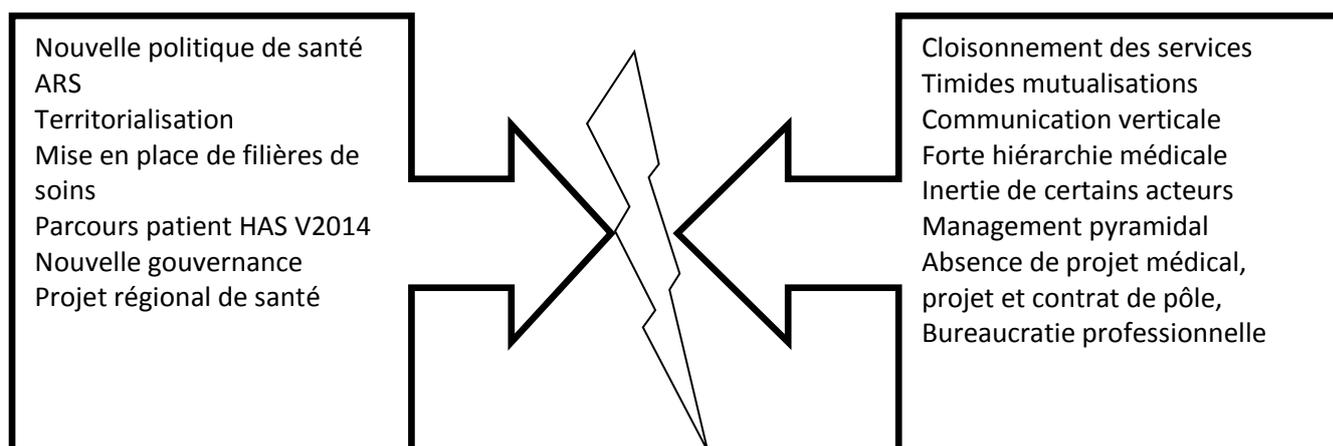
Les nouvelles politiques de santé successives et rapprochées réinterrogent en profondeur l'organisation de nos établissements.

Deux conceptions de l'hôpital s'opposent<sup>13</sup> :

L'ancienne 20 <sup>ème</sup> siècle	L'actuelle 1990 - ?
Un établissement administrant de manière relativement autonome les ressources nécessaires à des praticiens leur permettant de soigner dans des lits des patients peu informés	Un établissement gérant un portefeuille de prestations d'hospitalisation destinées à une clientèle informée, gérant des flux de patients sous contrôle qualité, s'organisant en vue de répondre à des objectifs de santé publique

C'est dans ce contexte qu'au sein de notre établissement nous pouvons ressentir deux forces en présence qui s'affrontent. D'un côté la mise en œuvre de la loi HPST sur notre territoire de santé orchestrée par l'ARS et de l'autre une résistance au changement organisationnel, forte, influencée par des acteurs en présence campés sur leur mode de fonctionnement.

L'absence de directeur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, (intérim assuré par le directeur du centre hospitalier de VERDUN), puis du départ du directeur financier en Janvier 2014 fragilise notre établissement. Dans cet environnement insécurisant chacun se réfugie dans son mode d'organisation habituel et le jeu de pouvoir des acteurs influant est perceptible.



<sup>13</sup> Tableau issu du cours de Jean Paul DUMOND, *Organisations de santé : la grande transformation* p.17

S'ajoute à cela une situation financière inquiétante.

#### 1.2.4 Sa situation financière

Au 31 décembre 2012 l'hôpital affiche un déficit cumulé important, les recettes sont inférieures aux charges d'exploitation. Un travail d'analyse effectué par le médecin du DIM a permis d'effectuer un meilleur codage des séjours. Parallèlement un travail sur nos consommations (pharmacie, biologie, radiologie, matériel hôtelier ...) a été entrepris. L'apparition de tableaux de bord, nous permet de suivre les différentes activités, les DMS. Un document émanant de la DRH identifie le pourcentage d'absentéisme, le nombre moyen d'ETP.

Néanmoins, ces outils de pilotage riches en informations, ne sont pas analysés lors de nos réunions de pôle.

Fin décembre 2013, une baisse d'activité généralisée sur l'ensemble de l'établissement aggrave sa fragilité. Le projet global de financement pluriannuel (PGFP) a été refusé par l'ARS tel qu'il avait été présenté.

Il est urgent de réfléchir à des solutions. L'établissement, dans une zone d'incertitude et de faiblesse, est dans l'attente de la nomination d'un nouveau directeur, et sa venue pour avril 2014 pourrait être « un élément qui bouleversait l'application de la réforme de la nouvelle gouvernance. Le chef d'établissement est celui qui impulse et conduit les changements. Sa vision de la nouvelle gouvernance sera donc déterminante sur les évolutions d'organisation et à terme, sur la prise en charge des patients <sup>14</sup>»

Le centre hospitalier est **sur le chemin du changement**, induit par l'évolution de la politique de santé, de l'arrivée de la notion de gouvernance, de la loi HPST, et de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire.

---

<sup>14</sup> [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_monographie.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_monographie.pdf) page 16

### 1.3 Zoom sur le pôle médecine et spécialités

#### 1.3.1 Les activités en hospitalisation complète

Les activités de médecine et spécialités regroupent les services de diabétologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie et médecine interne

La diabétologie, service expert, souhaite élargir sa zone d'influence actuelle en créant des partenariats avec le CH de Verdun.

49,25% de son activité est consacrée aux explorations et surveillance des affections endocriniennes et métaboliques. Nous pourrions envisager, suite à l'émergence de la télémédecine, que la diabétologie puisse voir une partie de son activité externalisée à l'hôpital d'ici 2020. En effet, ailleurs, des projets d'accompagnement à distance des maladies chroniques sur le long terme n'impliquant pas nécessairement la participation d'un médecin, sont en expérimentation<sup>15</sup>. Pour une meilleure prise en charge du diabète, la télémédecine peut offrir les services suivants :

- Télésurveillance à domicile de la glycémie, consultation téléphonique, transferts de données, mode synchrone ;
- Aide à la décision pour les patients et les professionnels de santé en ce qui concerne l'ajustement des traitements ;
- Télésurveillance de la rétine chez les patients diabétiques ;
- Communication avec les infirmières ;
- Education thérapeutique à distance ;
- Téléconsultation.

Le service de cardiologie est bien positionné, en particulier dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. L'activité est importante en rythmologie. L'évolution de la prise en charge précoce des infarctus du myocarde, par l'arrivée de nouvelles technologies telle que l'angioplastie, ajouté à cela les actions de prévention, font reculer cette maladie. De fait les

---

<sup>15</sup> Télémédecine 2020 « synthèse de l'étude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins » Syntec Numérique Avril 2012 page 14 (consultation sur internet)

surveillances post chirurgie types pontages se raréfient. **Une baisse d'activité est à noter dans ce secteur.** Ce point sera rappelé ultérieurement.

Le service de pneumologie voit se développer son activité de polysomnographie. C'est un examen médical consistant à enregistrer, au cours du sommeil du patient, plusieurs variables afin de déterminer certains troubles liés au sommeil, notamment les apnées. Son activité repose essentiellement sur les prises en charge liées aux affections du système respiratoire (bronchopneumopathie, œdème pulmonaire, bronchite et asthme...), et le traitement des tumeurs de l'appareil respiratoire.

Les prises en charge en médecine interne sont variées. Outre l'activité liée aux accidents vasculaires cérébraux organisée sur l'unité de médecine A2, les activités prévalentes sont les suivantes :

- Affections du système nerveux, affections hépatiques et des vois biliaires, affections des reins, des voies urinaires et lithiases ;
- Affections hépatiques sévères et affection du pancréas, gastroentérites et maladies du tube digestif ;
- Affections rhumatologique, maladies osseuses et arthropathies ;
- Endoscopies digestives avec ou sans anesthésie ;
- Infections de la peau et des tissus sous-cutanés, septicémies ;
- Prise en charge des tumeurs, soins palliatifs.

### 1.3.2 Les réflexions engagées dans le cadre du plan de retour à l'équilibre

A la dernière réunion de la CME du 10 décembre 2013, relayé en CTE, a été présenté un plan de retour à l'équilibre « 2013-2016 » décliné en 12 fiches actions.

Le taux d'occupation des lits de médecine est en baisse (90,51% au 31.12.12 contre 84,55% au 31.12.13). Certaines disciplines comme la cardiologie, connaissent une baisse d'activité significative. Nous dénombrons un écart entre 2012 et 2013 de 252 séjours sur les services de médecine et spécialités, soit une baisse de 4,19%.

Il apparaît urgent de proposer des solutions pour palier à cette baisse d'activité sur les cinq unités de médecine. Une réflexion engagée par le chef de pôle, en collaboration avec ses confrères et les cadres , évoque le déménagement de l'activité neuro-vasculaire en cardiologie.

Parallèlement, une des principales mesures envisagée est la réduction des dépenses relatives aux ressources humaines.

Cependant les partenaires sociaux rappellent « qu'il n'est pas envisageable de diminuer les effectifs sur le pôle médecine et spécialités sans une véritable réorganisation de ce pôle <sup>16</sup>».

C'est pourquoi, la direction des soins, en collaboration avec la direction des ressources humaines, impliquées dans cette problématique, souhaitent travailler sur l'optimisation de la gestion des ressources humaines au sein du pôle médecine, avec **la mise en place d'une équipe mutualisée poly compétente** au 1<sup>er</sup> Janvier 2015.

Ce projet institutionnel a pour objectifs :

- **D'adapter** les ressources en fonction de l'absentéisme programmé comme les congés, les temps de formation ;
- **D'anticiper** sur les besoins de remplacement ;
- **De gérer** au quotidien les besoins requis dans chaque unité en fonction de l'activité, et de l'absentéisme pour maladie de courte durée.

Cependant, et afin de garantir la sécurité et la qualité des soins, les besoins en compétences dans chaque unité doivent être identifiés.

---

<sup>16</sup> Note d'info/CTE du 16.12.2013

C'est pourquoi les cadres concernés, sont invités à réfléchir aux compétences spécifiques développées par leurs collaborateurs, au regard des prises en charge dans leurs secteurs.

La directrice des soins me missionne pour accompagner les cadres dans ce projet de mutualisation des ressources humaines, sur l'axe « compétences ».

Cependant, un élément majeur, à mon sens, est à prendre en considération. Les amplitudes horaires de travail des collaborateurs sont différentes. Les unités de cardiologie et de diabétologie sont organisées en 12h sur des cycles de travail différents, tandis que les trois unités de médecine sont organisées en 7h30 sur des cycles de travail identiques

Commente mutualiser les équipes dans ce contexte ?

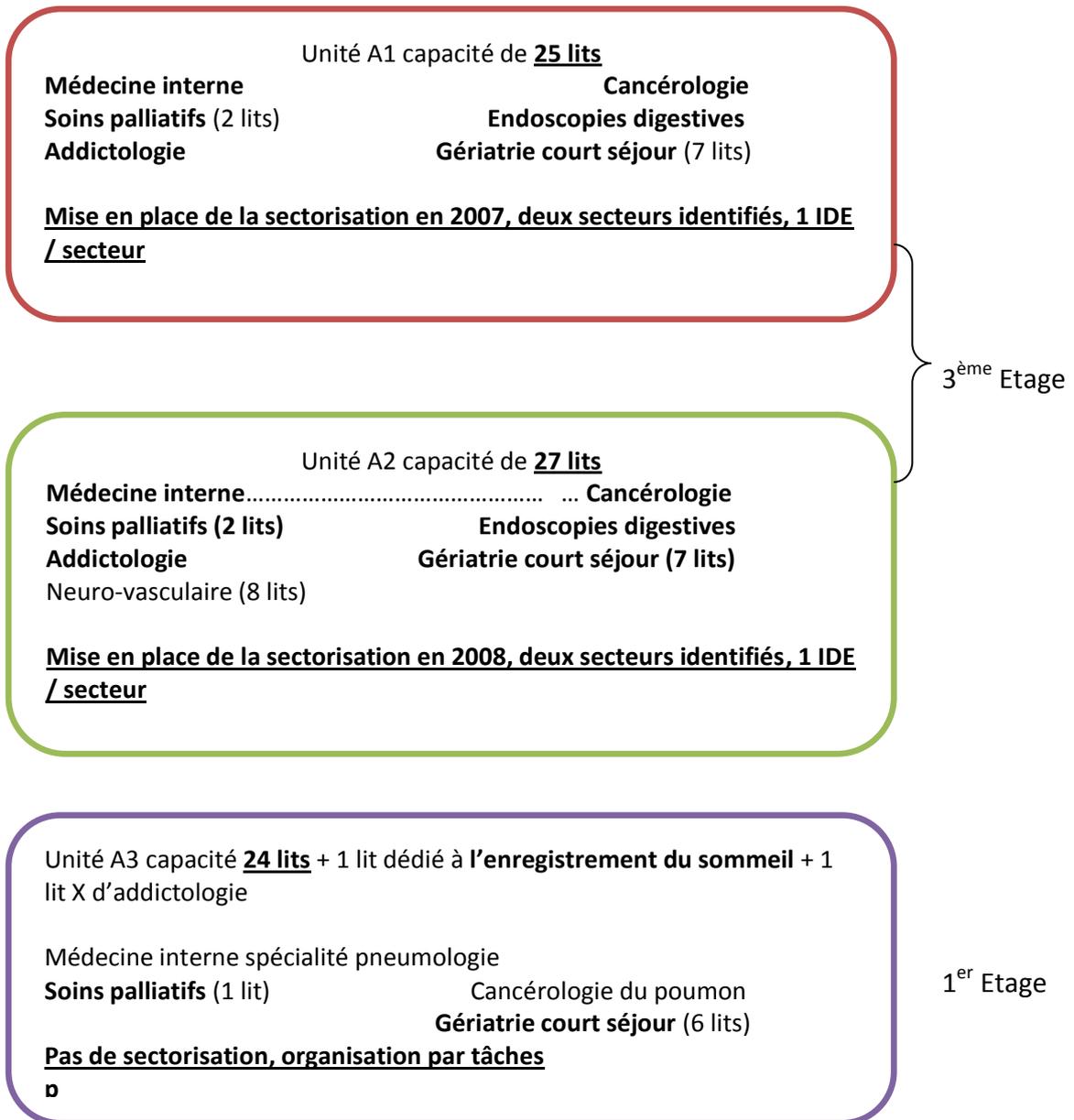
Panacher des horaires en 12h et 7h30 sur un planning d'équipe mutualisée m'apparaît comme étant une contrainte, pouvant engendrer des difficultés de gestion dans le respect de la réglementation du travail.

Lors d'un premier entretien avec la directrice des soins, je lui faire part de mon questionnement, nous convenons de délimiter le périmètre du projet, dans le cadre de ce travail universitaire, aux trois unités de médecine.

1.4 **D'une logique de fonctionnement par service à une mutualisation des ressources humaines sur les trois unités de médecine**

1.4.1 **La situation actuelle**

1.4.1.1 ***Les activités déclinées dans les trois unités de médecine et l'organisation des soins***

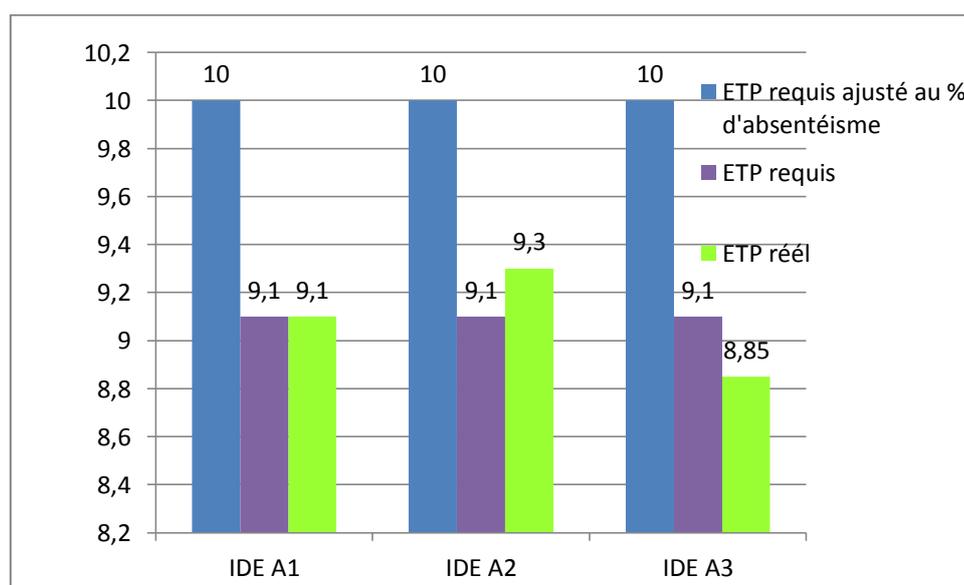


### 1.4.1.2 Les ressources humaines

IDE A1 A2 A3 Equipe socle	
Du lundi au vendredi	le week end et jours fériés
2 IDE le matin	1 IDE le matin
2 IDE l'après-midi	1 IDE de journée
1 IDE de nuit	1 IDE l'après-midi
	1 IDE de nuit

Pour rappel, les ressources infirmières des unités A1 et A2 sous ma responsabilité de septembre 2008 à septembre 2013, sont mutualisées, elles se remplacent pendant les absences et les congés.

Ci-après un graphique représentant le nombre théorique d'ETP (équivalent temps plein) requis ajusté au % d'absentéisme moyen (8,92%)<sup>17</sup>, le nombre d'ETP requis et le nombre d'ETP réel en poste (et non le nombre d'ETP rémunérés).



En médecine A2, une IDE partie en janvier 2014 n'a pas été remplacée avant le mois de mars. Sur de l'absentéisme ponctuel nous avons eu recours à de l'intérim. Des IDE de

<sup>17</sup> Données RH sur l'année 2013 (% d'absentéisme moyen comprenant : maladie, accident du travail, formation) le congé maternité n'est pas pris en compte dans le calcul car remplacé.

l'équipe de suppléance étant déjà en poste sur des congés maternité. Nos ressources ne nous permettent pas de gérer un absentéisme ponctuel sans générer des heures supplémentaires surtout aux collaborateurs à temps partiel.

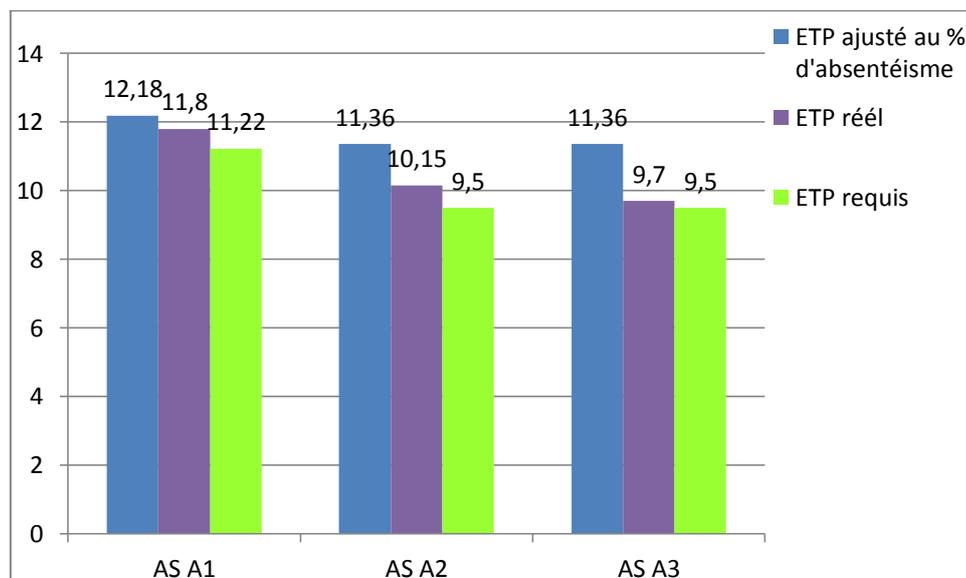
**AS A1 A2 A3 Equipe socle**

**Du lundi au dimanche par unité**

**2 AS le matin**  
**2 AS l'après midi**  
**1 AS la nuit**

**1 AS en mission transversale « soins palliatifs, soins de support » tournant sur les trois unités**

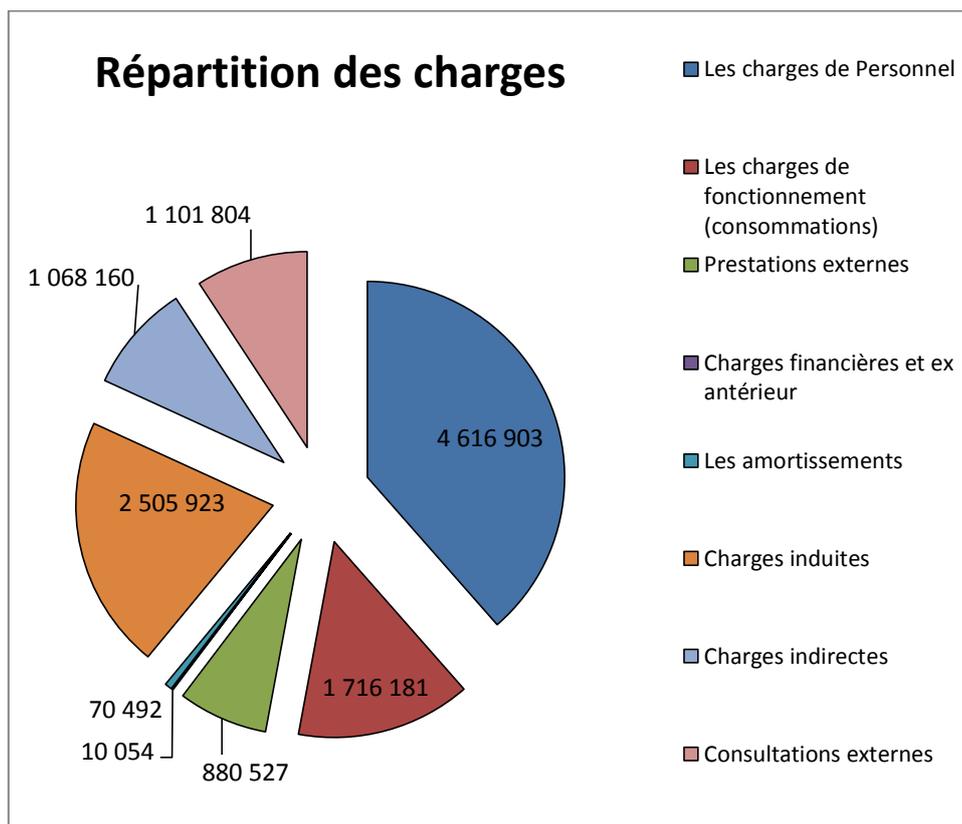
Les aides-soignantes intervenant en mission transversale « soins palliatifs » sur les trois unités, auprès des patients identifiés par l'équipe mobile de soins palliatifs, sont issues majoritairement de l'équipe de l'unité A1. Cette particularité a été prise en compte dans le calcul des ETP illustré ci-dessous. Le pourcentage d'absentéisme moyen des AS est de 9,31%<sup>18</sup>



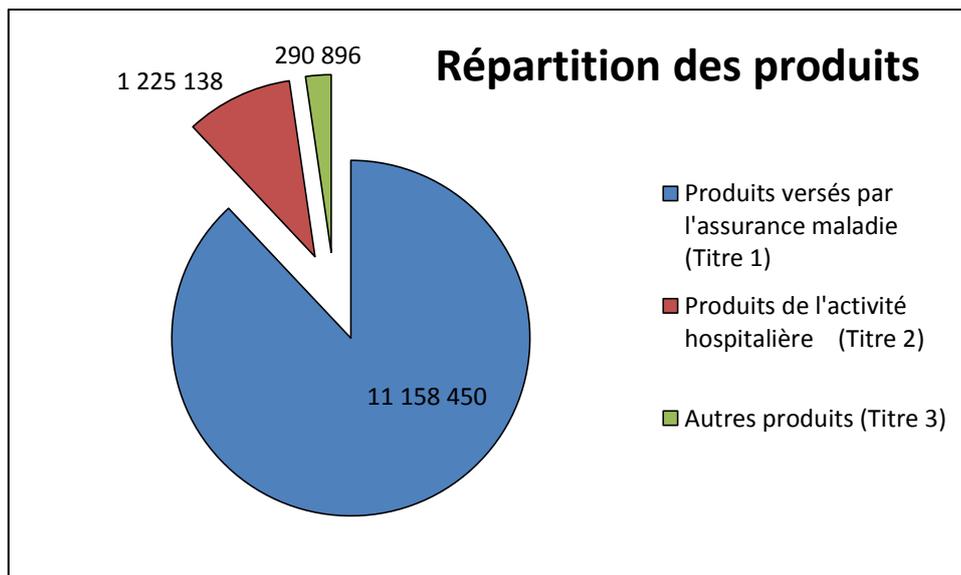
<sup>18</sup> Données RH sur l'année 2013 idem IDE

Nous disposons d'une ressource aide-soignante supplémentaire, quelques jours dans les mois où il n'y a pas de vacances, de formation, de maladie. Elle peut alors assurer le remplacement sur un absentéisme ponctuel, ou permettre de soulager les équipes en place lors de pics d'activité. Les cadres affectent l'aide-soignante dans l'unité adéquate. Un décloisonnement est amorcé.

### 1.4.1.3 Focus médico-économique



Total des dépenses : **11 970 044 €**



Total des recettes : **12 674 484 €**

### Les unités de médecine totalisent un excédent de 704440 € sur l'exercice 2013

Le taux d'occupation des lits est de 85%. Comment pourrions-nous accroître notre performance ?

Service aval des urgences, notre disponibilité en lits n'est pas toujours optimum. Faute le plus souvent de disponibilité de lits, nous pourrions être plus **performants** :

- En travaillant sur nos durées moyennes de séjours. En se comparant à des hôpitaux à casemix identiques<sup>19</sup> notre DMS est supérieure à la moyenne nationale. Lors d'une réunion initiée par le responsable des unités de médecine, le médecin DIM a rappelé que la DMS est avant tout un indicateur organisationnel. Un meilleur codage de certains de nos séjours permettrait de mieux les valoriser, et d'obtenir une DMS conforme. Il a d'ailleurs illustré son propos par des cas concrets. Le travail est donc initié.
- En travaillant sur la gestion des lits. Pour cela, le centre hospitalier a répondu à un appel à candidature et participe au programme national pour l'amélioration

<sup>19</sup>[http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?\\_service=default&\\_program=hd.hospidiag.sas&\\_debug=0&\\_sessionid=/ZBS/apFHD/&finess=550003354&ind=P1&anfocus=2012&tab=3](http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=default&_program=hd.hospidiag.sas&_debug=0&_sessionid=/ZBS/apFHD/&finess=550003354&ind=P1&anfocus=2012&tab=3) (cours Gilles BONTEMPS ANAP)

de la gestion des lits coordonné par l'ANAP. Débuté en janvier 2014, ce projet s'étale sur une période de 18 mois.

- En optimisant la gestion de nos ressources humaines dans un objectif de développement des compétences des collaborateurs afin de garantir la sécurité et de qualité des soins (projet managérial)

#### 1.4.2 Perspective de changement organisationnel

L'organisation de filières de soins sur le territoire identifie, au sein de notre centre hospitalier, des secteurs d'activités où la prise en charge du patient est organisée de l'amont jusqu'à l'aval.

Nous pouvons, à ce jour, qualifier la filière UNV comme étant organisée. Son unité de 8 lits dite « diète » post AVC est située dans l'unité de médecine A2.

Demain, avec l'organisation de la filière gériatrique, nos lits identifiés de court séjour gériatrique sur les trois unités de médecine, seront par redéploiement géographiquement situés dans l'unité de médecine A2

Un élément important est à prendre en compte. Le médecin en charge de l'unité A1 s'est spécialisé en cancérologie, et voit sa patientèle orientée privilégialement dans son unité. L'unité de médecine A2 prend de moins en moins en charge les chimiothérapies.

Cette perspective suscite de la part des collaborateurs d'A2 :

- Incertitude, interrogations, démotivation, la crainte de perdre certaines de leurs compétences et leurs repères organisationnels avec l'équipe médicale à laquelle ils sont attachés.

Par anticipation, lors des entretiens annuels réalisés de juin 2013 à septembre 2013, j'ai effectué un recueil de données auprès des IDE et AS concernant leurs souhaits de mobilité sur les deux unités au regard de leurs compétences.

Concernant les IDE d'A2, 5 sur les 10 interrogées souhaitent tourner sur les deux unités, les IDE d'A1 ne souhaitent pas bouger.

Concernant les aides-soignantes d'A2, 8 sur les 11 interrogées souhaitent tourner sur les deux unités, une seule aide-soignante d'A1 manifeste son souhait de mobilité.

En septembre 2013, un cadre est à nouveau affecté sur l'unité A1, et devant le risque de cloisonnement de cette unité par rapport à l'autre, j'ai organisé une nouvelle composition des équipes, et initié un début de mobilité. Deux infirmières tournent sur les deux unités toutes les trois semaines environ, une infirmière à temps partiel (75%) partage son temps entre A1 et A2. Deux aides-soignantes tournent sur les deux unités tous les deux mois. Les collaborateurs ayant souhaité être mobiles, tout comme les autres, le sont sur des périodes courtes, en réponse à des besoins de remplacement anticipés ou sur de l'absentéisme ponctuel.

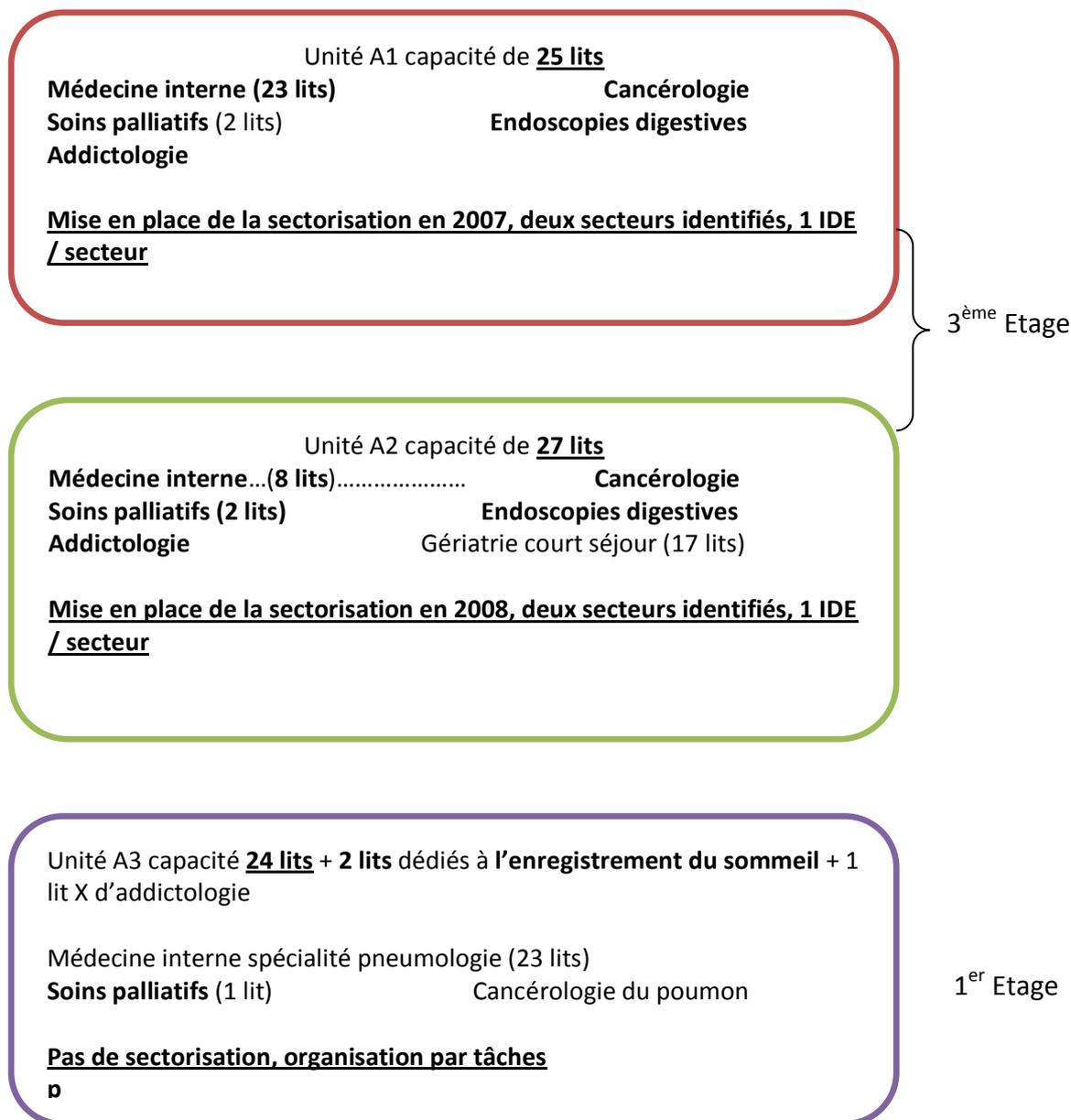
En effet, il m'est apparu essentiel de pérenniser la mutualisation engagée depuis 2009.

La spécificité des unités se profilant, la perte de compétences envisagées sur certaines prises en charge, sera un élément majeur de mon questionnement.

Parallèlement à ce projet de mutualisation des équipes, une réflexion était engagée concernant la baisse d'activité du service de cardiologie. Le déménagement envisagé de l'activité neuro-vasculaire aura bien lieu. Mi-février 2014 la décision impactant les organisations est prise. Le déménagement se fera conjointement avec la mise en place du court séjour gériatrique début juillet.

A l'annonce de cette décision, les réactions des collaborateurs sont mitigées. Je ressens une certaine déception en regard de leur forte implication dans le projet UNV et les compétences développées dans cette activité, et en même temps, la satisfaction de l'augmentation des lits de médecine dans le secteur.

Ci-après, en reprenant les schémas de la page 23, voici l'organisation de demain avec la répartition des différentes activités, des unités de médecine interne et pneumologie:



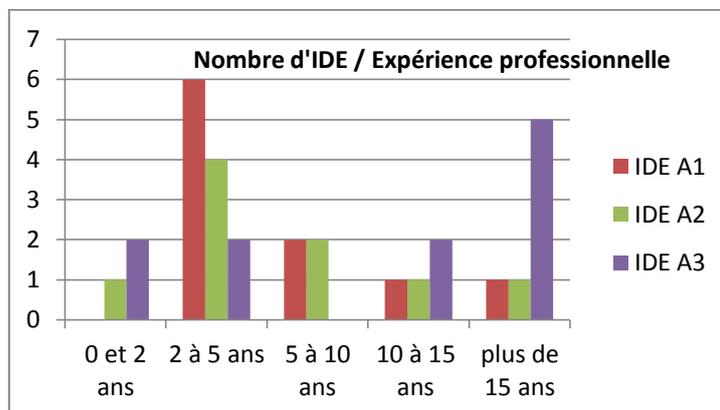
Ce qui fait au total 53 lits de médecine, 5 lits identifiés soins palliatifs, 17 lits de court séjour gériatrique, 2 lits dédiés aux polysomnographies, 1 lit X<sup>20</sup> dédié aux sevrages.

#### 1.4.3 Les acteurs de soins

Nous avons vu dans le point précédent concernant les ressources humaines, le nombre d'ETP IDE et AS des trois unités de médecine. Dans ce chapitre il me semble important d'apporter une attention particulière aux acteurs de soins travaillant dans ces équipes. Les graphiques proposés ci-après regroupent les éléments descriptifs qui les caractérisent.

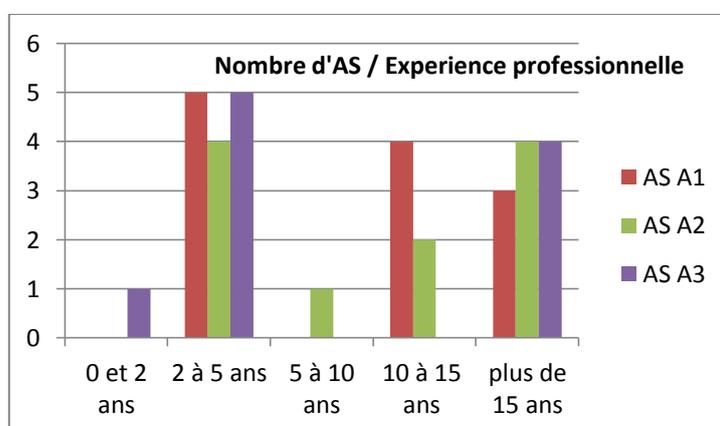
<sup>20</sup> Patient entrant sous X pour préserver son anonymat

A savoir le nombre d'IDE/ AS au regard de leur nombre d'années d'expérience professionnelle, complété par la pyramide des âges.



Les IDE âgées de trente ans et moins sont majoritaires, avec un niveau d'expérience professionnelle que nous pouvons qualifier de compétent. Pour 60% des IDE de l'unité A1 la médecine est leur premier poste. Pour l'unité A2 les profils sont quasiment identiques et pour 90% des IDE la médecine est leur premier poste. Une IDE expérimentée se trouve dans chaque unité.

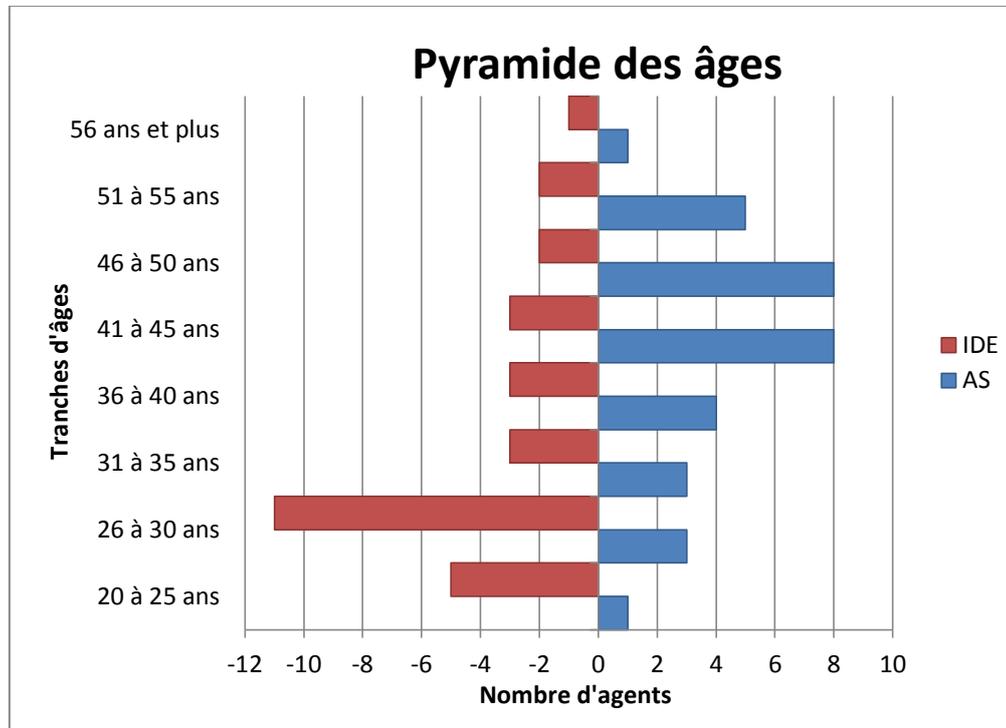
En comparaison le personnel de l'unité A3 est beaucoup plus ancien. Il est issu pour la plupart (IDE/AS) de l'ancienne équipe de chirurgie avant sa fermeture. Cet élément culturel essentiel sera à prendre en compte dans le projet managérial.



Le niveau d'expérience des équipes aides-soignantes est à peu près homogène d'une unité à l'autre, la moyenne d'âge est supérieure à 40 ans. Six d'entre elles étaient ASH avant, cinq sont issues de l'équipe de chirurgie avant sa fermeture et travaillent principalement dans

l'unité A3. Les aides-soignantes spécialisées dans la prise en charge des soins palliatifs sont mobiles sur les trois unités.

Deux aides-soignantes préparant le concours IDE sont mobiles depuis septembre 2013 entre l'unité A1 et A2. Leur expérience sera un appui dans la conduite du projet.



Des facteurs d'engagement<sup>21</sup> et de résistance à la mobilité peuvent être appréhendés :

- Facteurs d'engagement : intérêt du travail (la majorité des collaborateurs d'A2 souhaitent tourner sur les deux unités), évolution de carrière, développement des compétences ;
- Facteurs de résistance : noyau d'équipe soudée, routine organisationnelle (IDE et AS en A1), voie toute tracée, l'âge (IDE en A3).

<sup>21</sup> Cours de Francis MINET, *Mobilité : obligation, envie, opportunité. Un risque calculé ?*

## **2 Vers un pôle « médecine » performant par l'organisation d'une mutualisation des ressources humaines, au service de la qualité et de la sécurité des soins**

### **2.1 Analyse d'un changement organisationnel**

Les éléments descriptifs développés précédemment doivent être analysés de façon systémique afin d'élaborer une stratégie managériale dans la conduite du changement.

Selon Jean Paul DUMOND<sup>22</sup> « organiser, cela signifie changer **le caractère fonctionnel** d'une organisation, **changer les rapports politiques** et **changer les normes culturelles** ». Tout changement organisationnel nécessite d'appréhender ces trois registres.

1. « Une organisation présente une dimension fonctionnelle qui la justifie et lui donne du sens »<sup>23</sup>. Le premier angle d'analyse sera étudié à partir de **la théorie de la contingence organisationnelle**.
2. Au sein de toute organisation, notre parole de cadre peut être mise en doute par des individus qui réfléchissent et peuvent avoir des positions différentes, ainsi qu'élaborer des stratégies d'opposition. Ces rapports de force constituent le monde politique. « L'organisation ressort donc comme un espace politique à analyser comme tel »<sup>24</sup>. La théorie privilégiée sera celle de **la sociologie des organisations**.
3. Le travail que coordonne une organisation « produit des valeurs, des conceptions partagées » Elle s'avère être « une production culturelle et un assemblage de culture » à prendre en compte dans l'analyse.

---

<sup>22</sup> Maître de conférences Enseignant de l'IAE université Paris Est

<sup>23</sup> Cours Jean-Paul DUMOND *Théorie de l'action collective* p. 6

<sup>24</sup> Ibid p 6

Le changement organisationnel porté par le projet managérial doit prendre en compte toutes ces dimensions avant sa mise en œuvre opérationnelle.

### 2.1.1 La dimension fonctionnelle

L'analyse proposée par Henry MINTZBERG<sup>25</sup> sur la structure et la dynamique des organisations, considère cinq éléments de base de l'organisation : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostructure, les fonctions de support logistique. La prise en compte des paramètres de conception et de facteurs de contingence aboutit à définir cinq configurations structurelles: la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée, l'adhocratie.

Dans cette approche l'hôpital constitue une **bureaucratie professionnelle**. Le mécanisme de coordination principal reposant sur la standardification des qualifications (médecins, IDE, AS, ASH, ...), le professionnel qui contrôle son propre travail, agit de façon relativement indépendante de ses collègues, en restant proche des patients. La partie clé de l'organisation est le centre opérationnel représenté par le corps médical.

Depuis la loi HPST avec la redistribution des pouvoirs décisionnels, du rôle des acteurs, la mise en place de l'organisation polaire et le décloisonnement, la structure organisationnelle de l'hôpital est en pleine mutation. Nous assistons à une évolution du modèle de la bureaucratie professionnelle qui découle de l'évolution de l'environnement externe comme interne, de l'hôpital. Le pouvoir médical s'affaiblissant, le rôle des acteurs s'en voit modifié.

Dans une communication publiée par T.NOBRE<sup>26</sup> «l'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements » l'auteur illustre bien la remise en cause du pouvoir médical qu'il qualifie de « despotique ». « la tradition d'abnégation et de dévouement total qui provient, entre autre, du rôle historique joué par les bonnes sœurs, est progressivement remise en cause dans les valeurs du personnel soignant pour être remplacée par des notions de professionnalisme, de technicité et de prise en charge du patient ».

---

<sup>25</sup> Henry MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations* Ed. D'Organisation 1982

<sup>26</sup> <http://hal.archives-ouvertes.fr/> avril 2011

Cette remise en cause est non seulement liée à l'évolution des collaborateurs directs du corps médical, le personnel soignant s'investit de plus en plus dans la prise en compte de la qualité à l'hôpital, mais elle est aussi liée au nouveau pouvoir des instances dirigeantes, qui, elles-mêmes, sont soumises à un contrôle grandissant des autorités de tutelle.

Les facteurs de contingence dans le modèle théorique de la bureaucratie professionnelle sont l'environnement (complexe et stable) et les systèmes techniques (non sophistiqué). Hors, si l'environnement est toujours aussi complexe, il est de moins en moins stable. Les évolutions de la carte sanitaire, les modifications structurelles latentes (suppression de lits, regroupement de services, fusion entre établissement) constituent des menaces. De même les systèmes techniques ont fortement évolué (imagerie médicale, techniques opératoires, télé-médecine..).

Ces évolutions nécessitent une plus grande coopération entre les différents acteurs. Le système hiérarchique traditionnel est ébranlé, et la reconnaissance du personnel soignant et de son encadrement devient incontournable.

«Le nouveau mode de fonctionnement opérationnel nécessite une coopération plus importante avec le personnel soignant représenté par les cadres infirmiers, pour développer des modes d'organisation adaptés au nouveau contexte de l'activité curative <sup>27</sup>»

Le projet managérial s'inscrit dans cette évolution des prises en charge. Le décloisonnement des unités, induit par la mobilité des acteurs, va modifier les habitudes de travail des soignants, mais également celle du corps médical. Les lignes hiérarchiques vont bouger.

### 2.1.2 La dimension politique

Précédemment, j'ai abordé la nécessité de la mise en œuvre de coopération entre acteurs lors de changements organisationnels. Si la coopération avec le corps médical apparaît comme une évidence, celle entre le personnel soignant et son encadrement n'est pas à négliger, comme celle de l'encadrement de proximité avec l'encadrement supérieur.

---

<sup>27</sup> Thierry NOBRE *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements*, p.14 (consultation en ligne)

Il me semble essentiel de clarifier par une définition la notion de coopération abordée dans ce chapitre : « Action de participer à une œuvre commune  $\Leftrightarrow$  collaboration<sup>28</sup> ».

Dans toute conduite de projet, l'étape de sa communication est un temps essentiel à concevoir stratégiquement. La parole engagée à ce moment précis donne du pouvoir à celui qui émet le message par la création d'une zone d'incertitude pour ceux qui la reçoivent. C'est pourquoi le message « s'il n'est pas devenu un enjeu pour les récepteurs, il n'y a aucune chance qu'il soit reçu »<sup>29</sup>

Dans le cadre du projet managérial, la mise en valeur et l'enrichissement des compétences des collaborateurs, pourraient se révéler comme un levier stratégique dans la conduite du changement.

Néanmoins « dans toute relation, l'incertitude est toujours réciproque car la liberté de l'acteur est toujours irréductible...(…). En conséquence chacun possède une parcelle de pouvoir »<sup>30</sup>.

Et c'est grâce à cette réciprocité du pouvoir que la coopération peut se construire, « elle n'est donc pas acquise par des normes qui s'imposeraient à tous sans que les acteurs aient leur mot à dire ».

Libérer la parole des acteurs lors d'une réunion de présentation du projet est une étape essentielle, afin d'établir un dialogue, d'échanger, de créer un climat de confiance et juste, permettant son appropriation. La notion de l'appropriation, selon Philippe BERNOUX « souligne le sens que les salariés donnent à leur action et sa place dans la construction de la coopération. »<sup>31</sup>

Il ne s'agira pas de nier le poids des contraintes médico-économiques, dans lesquelles s'inscrit le projet, mais d'accorder également une place au sens que donneront les acteurs, aux changements qui vont affecter leur travail.

---

<sup>28</sup> Dictionnaire *Le Robert illustré d'aujourd'hui en couleur*, p.328

<sup>29</sup> Philippe BERNOUX *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations* Ed.POINTS p 220 février 2010

<sup>30</sup> Cours Jean-Paul DUMOND p. 62 et 63 en référence à M.CROZIER et E.FRIEDBERG *L'acteur et le système* 1977

<sup>31</sup> Philippe BERNOUX *ibid* p. 236

« Les acteurs au travail ont des projets, des objectifs, ce sont ces acteurs qui, à travers ces manières de penser l'avenir, donnent un sens à leur agir, et ce sens doit être compris puis respecté pour permettre l'action <sup>32</sup>»

### 2.1.3 La dimension culturelle

« La culture est le prisme par lequel nous regardons le monde », cette phrase introductive de Jean Paul DUMOND pour nous expliquer la dimension culturelle dans les organisations, m'interroge sur ma vision du management des hommes.

A travers de nombreuses lectures sur la notion du prendre soin (to care) développée par Walter HESBEEN<sup>33</sup>, par ma conception de l'être humain comme ayant un potentiel fondamental de bonté, et grâce à ma pratique, j'ai construit mon identité professionnelle.

Nelson MANDELA disait que « la bonté de l'homme est une flamme qu'on peut cacher mais qu'on ne peut jamais éteindre, que la violence et l'égoïsme existent, mais ne correspondent pas à la nature profonde de l'être humain ».

« La philosophie du care attire notre attention sur la nécessité du souci des autres, dans ses aspects les plus quotidiens »<sup>34</sup>.

Cette philosophie guide mon mode de management, où la place accordée à la personne même du Professionnel est centrale, et où son bien-être au travail est primordial. Savoir regarder la personne derrière les apparences est un principe fondamental qui guide mes actions.

En prenant mes fonctions au centre hospitalier en 2007, j'ai été agréablement surprise par les qualités humaines indéniables des équipes pluri-disciplinaires envers les personnes

---

<sup>32</sup>Ibid p.238

<sup>33</sup> Infirmier et docteur en santé publique

<sup>34</sup> Jean LOMBARD, Bernard VANDEWALLE *L'infini de la relation de soin, le care au risque du quotidien*  
Perspective Soignante N°38 septembre 2010

soignées. Ils semblent parvenus à développer la « capacité de se montrer accueillants à l'humain, soucieux et respectueux de la personne » évoquée par Walter HESBEEN<sup>35</sup>

Ainsi, mon rôle d'encadrement ayant pour mission principale de garantir la **sécurité** et la **qualité des soins**, « se doit de constamment conjuguer et équilibrer ce difficile compromis entre les **impératifs économiques** de plus en plus pesants et les impératifs d'une pratique **professionnelle** riche, créative et profondément **respectueuse** des personnes », sans omettre de porter une attention particulière au **bien-être au travail** des collaborateurs.

Ces éclairages théoriques, sociologiques, philosophiques et éthiques enrichissent ma réflexion et me permettent d'identifier les étapes incontournables dans la conduite de ce projet.

- Informer dans un langage clair et accessible par tous ;
- Impliquer les acteurs ;
- Prendre en compte l'environnement interne et externe

Cependant pour permettre l'appropriation du projet par les cadres puis leurs équipes, les notions de mobilité (2.1.4) mutualisation (2.1.5) et de compétence (2.1.6) doivent être éclaircies.

#### 2.1.4 La mobilité professionnelle

Aujourd'hui, au regard de nos effectifs, nous pouvons nous interroger sur les principaux leviers mis à notre disposition pour **optimiser au mieux nos ressources**.

A court terme, nous avons recours en interne aux heures supplémentaires, sous forme de vacation pour assurer le remplacement des collaborateurs absents. Ce dispositif est loin d'être optimal car il génère fatigue et insatisfaction « Impression d'être toujours au travail »

---

<sup>35</sup>Walter HESBEEN *Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité de service* Perspective Soignante N°30 décembre 2007

« on ne respecte pas mon temps partiel »<sup>36</sup>. De plus ce sont « toujours les mêmes qui sont disponibles ».

La réglementation du travail dans certains cas n'est plus respectée, ce qui en soi n'est pas acceptable. Nous avons recours en externe, à des intérimaires, les compétences dans ce cas-là ne sont pas optimales.

Notre objectif d'optimiser la gestion des ressources humaines sur les trois unités de médecine nécessitera l'organisation d'une mobilité des collaborateurs.

Selon Francis MINET<sup>37</sup>, nous pouvons définir la mobilité attendue comme une mobilité professionnelle de type horizontale (l'infirmière et l'aide-soignante font toujours le même métier mais dans des unités différentes).

Dans une de ses publications sur la mobilité professionnelle, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) met en avant le fait que « dans un environnement mouvant, où la flexibilité de l'organisation est nécessaire, **la mobilité est un véritable enjeu stratégique**, car elle permet aux différents professionnels de s'adapter aux différentes variations de cette dernière, et donc d'assurer sa pérennisation grâce à leur employabilité. Elle permet également de fidéliser les salariés grâce aux perspectives d'évolution de carrière et de développement de leurs compétences<sup>38</sup> »

La mobilité « enjeu stratégique » peut être envisagée comme un levier, via la mutualisation des ressources. Elle peut répondre à moyen terme à l'objectif que nous nous sommes fixés.

Comment envisager cette mutualisation ?

### 2.1.5 La mutualisation

Le terme de mutualisation est récent, et souvent employé dans le contexte économique actuel. Les annonces dans la presse de mutualisations sont fréquentes, et ont toujours

---

<sup>36</sup> Expressions couramment entendues de la part des IDE et AS

<sup>37</sup> Cours Francis MINET *Mobilité : obligation, envie, opportunité...un risque calculé ?* Février 2014

<sup>38</sup> Rachel RUHMANN THOMAS *Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle* ANAP 2011

comme objectif la mise en commun de ressources issues d'organisations distinctes, pour offrir aux usagers une prestation en collaboration. (Exemple récent d'une mutualisation entre Bouygues et SFR)

Absent des dictionnaires, le mot « mutualisation » nous renvoie au verbe « mutualiser ». Mutualiser c'est « partager quelque chose en le faisant passer à la charge d'une collectivité solidaire »<sup>39</sup>

La mutualisation est « le résultat d'un projet commun favorisant le décloisonnement des professionnels et des pratiques, en prenant en compte les différentes structures existantes, en optimisant les moyens et en garantissant la qualité des prestations »<sup>40</sup>

Cependant, dans l'esprit des collaborateurs, la mutualisation est souvent une mise en commun de moyens qui répondent d'abord à une logique économique. Cette représentation doit être appréhendée. Elle peut être source d'insécurité.

Dans le cadre du projet, la mutualisation n'est pas forcément synonyme d'économie en moyens humains. Il s'agit de répondre à un besoin de compétences dans les différentes unités suite aux nouvelles réorganisations médicales.

De quelles compétences parlons-nous ?

#### 2.1.6 La compétence

« De nombreux auteurs ont souligné l'extrême difficulté à définir la notion de compétence »<sup>41</sup>. Du temps du taylorisme, celui qui était compétent était celui qui savait reproduire à l'identique un mode opératoire dans une situation de travail donnée dans un environnement stable. De nos jours, dans un environnement de moins en moins stable, est compétent celui qui est capable de s'adapter aux nouvelles situations, qui fait preuve d'autonomie dans son travail.

Etre compétent « c'est être capable d'agir avec pertinence et compétence dans une situation de travail (activité à réaliser, évènement auquel il faut faire face, problème à

---

<sup>39</sup> Dictionnaire HACHETTE Ed. 2007, p.1088

<sup>40</sup> Véronique PARE *Le concept de mutualisation* Gestions hospitalières N°451 Décembre 2005

<sup>41</sup> Pierre PASTRE *La didactique professionnelle* Ed. PUF 2011, p.64

résoudre, projet à réaliser...). Etre compétent, c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente, tout en mobilisant une combinatoire appropriée des ressources (savoir, savoir-faire, comportements, mode de raisonnements...) »<sup>42</sup>

La notion de compétence est indissociable de la situation de travail. « La compétence désigne la relation dynamique d'une personne avec des situations »<sup>43</sup>.

Comment accompagner, alors, le changement de l'organisation du travail pour qu'il suscite chez les collaborateurs des changements de représentation de leur activité et face émerger l'envie de développer leurs compétences ?

C'est à l'éclairage des cours et de mes lectures que j'ai enrichi mon questionnement et identifié des réponses possibles pour accompagner au mieux le changement organisationnel.

Pour répondre à la transformation du travail depuis ses dernières années nous devons changer notre conception de la compétence. Pour cela, nous devons passer de la notion de « compétence exécution<sup>44</sup> » à la notion de « compétence adaptation ».

La compétence exécution peut se définir comme une compétence acquise par un collaborateur, pour exécuter une tâche selon une procédure ou un protocole. Elle se réduit à un savoir-faire d'un acte visible et prescrit. Il s'agit d'appliquer une procédure « par absence de doute »<sup>45</sup>. La compétence adaptation, quant à elle, nécessite une multitude de combinaisons issues d'un raisonnement qui vont permettre au collaborateur d'adapter une procédure, un protocole, et proposer une action en fonction d'une situation spécifique. « Comme le disent MAYEN et SAVOYANT il s'agit d'appliquer une procédure par connaissance de cause ».

Nous voyons clairement dans l'évolution de l'organisation du travail de demain, que la « compétence adaptation » devient la compétence requise.

---

<sup>42</sup>Guy LE BORTEF *Gestion des compétences, définitions, nécessité, faisabilité...* Gestions Hospitalières N°451 Décembre 2005

<sup>43</sup>Xavier MARCHAND cours du mois de Janvier 2014 UE 3 Ecue 2 *Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences*

<sup>44</sup>Pierre PASTRE *La didactique professionnelle* Ed. PUF P.72

<sup>45</sup>Patrick MAYEN, Alain SAVOYANT *Application de procédures et compétences* Formation Emploi N° 67 Juillet 1999

« Quant prédomine la compétence exécution, la compétence est du côté du fonctionnement de l'activité, et non pas du côté de son développement ; quand prédomine la compétence adaptation, la compétence est du côté du développement de l'activité »<sup>46</sup>.

Le développement des compétences des collaborateurs nécessite de diagnostiquer les besoins des trois unités de médecine.

Comment s'y prendre ?

A l'éclairage des cours de Xavier MARCHAND, il est essentiel de partir du travail réel et non du travail prescrit. L'objectif est d'identifier les situations clés, spécifiques à chaque unité.

En effet, en sortant d'un institut de formation, à diplôme identique, les personnes détiennent un socle de compétences légitimement commun, et développent des spécificités au fur et à mesure de leurs expériences professionnelles.

La représentation que les personnes ont du socle commun de leurs compétences se réduit au produit des spécificités de leur unité, alors qu'en réalité, elles ont renforcé leur socle commun et développé des compétences spécifiques.

Dans notre situation, les collaborateurs risquent de se tromper de représentation, et de se trouver en grande difficulté à l'évocation d'un projet de mutualisation.

L'enjeu est d'identifier le socle commun de compétences à maîtriser sur les trois unités (administration de médicaments, recueil de données à l'entrée, prise des paramètres vitaux, prise de sang..), et les situations spécifiques pour lesquelles un potentiel d'amélioration est à envisager pour les collaborateurs.

Je risque d'être confrontée à une difficulté majeure, celle de l'appropriation de la notion de la compétence par l'ensemble des collaborateurs et des cadres, comme étant réduite à une compétence d'exécution.

---

<sup>46</sup>Pierre PASTRE La didactique professionnelle Ed. PUF P.76

En effet, dans l'établissement, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) n'étant toujours pas impulsée, l'évaluation des compétences lors des entretiens annuels se résume à l'évaluation des savoirs, savoir-faire et savoir être.

Le raisonnement invisible qui articule les actes n'est pas évalué, seuls les actes visibles sont pris en compte.

## 2.2 **Mise en œuvre opérationnelle du projet étape par étape**

### 2.2.1 L'évolution de ma posture

Dans un pré-projet je souhaitais m'investir dans la mise en place du court séjour gériatrique. En l'absence d'un positionnement clair je me suis trouvée en grande difficulté pour me projeter, et n'ai pas eu les moyens de faire évoluer ma posture.

Cependant, vu la perte de compétences de certains collaborateurs, et la nécessité de pérenniser la mutualisation, voir de la développer, mon questionnement initial toujours présent à l'esprit, m'a permis de proposer ce projet managérial, et de l'inscrire dans le projet institutionnel initié par la directrice des soins.

Suite à un entretien avec cette dernière, devant les « enjeux » de pouvoir et de « guerre » de territoire pressentis, elle décide de me rattacher directement à elle pour la conduite de ce projet.

Aujourd'hui, l'absence de lettre de mission et de communication claire de mon positionnement laisse mes collègues dans le flou.

Motivée par le projet, et persuadée de la nécessité de mener cette réflexion avec les équipes, l'évolution de ma posture s'avère la première étape indispensable, pour permettre l'appropriation de la démarche par les cadres concernés.

L'analyse effectuée au préalable du projet, me permet d'en appréhender les forces et les faiblesses. L'approche managériale privilégiée se veut participative, à l'écoute et dans le partage d'idées, complétée d'une dimension pédagogique, afin d'accompagner au mieux les cadres et leurs équipes dans le changement organisationnel à venir.

### 2.2.2 La planification des différentes étapes<sup>47</sup>

Le projet est initié en janvier 2014, il a pour finalité la mise en place d'une équipe mutualisée pour janvier 2015. Dans le cadre de ce travail universitaire, je vous présente, dans cette partie, le planning des temps de rencontres avec les cadres et les équipes, jusqu'à son rendu au mois de mai.

De janvier à fin avril trois réunions avec les cadres sont programmées, elles ont pour objectifs :

1<sup>ère</sup> réunion du 30 Janvier : informer et composer le groupe projet, distinguer ensemble les éléments de faisabilité et les freins possibles, échanger autour de la notion de compétence. Demander pour la réunion suivante d'identifier les compétences spécifiques de chaque unité.

Méthodologie : exposé du projet dans son contexte à l'aide de l'outil SWOT, recueil des représentations sur les éléments de faisabilité par un brainstorming. Echanges autour de la notion de compétences.

2<sup>ème</sup> réunion du 27 février : collecter les situations spécifiques des différentes unités de soins, fruit de leur travail.

Méthodologie: recueil, écoute et accompagnement des cadres vers une autre représentation de la compétence si cela est nécessaire.

3<sup>ème</sup> réunion du 24 avril: co-construire une grille support à l'évaluation des compétences des collaborateurs. Cette grille sera utilisée lors des entretiens annuels planifiés entre le 15

---

<sup>47</sup> Diagramme de GANTT Annexe 2

juin et le 15 septembre 2014. Elle sera testée auprès d'une IDE et d'une AS afin d'être réajustée.

Méthodologie employée : écoute, échanges, accompagnement pédagogique et formalisation de la grille, reflet d'un travail collectif.

Conjointement, une communication du projet avec les équipes est planifiée le 1<sup>er</sup> avril. Elle a pour objectif dans un premier temps de présenter le projet dans son contexte, d'identifier les différentes étapes avant son déploiement prévu le 1<sup>er</sup> janvier 2015, puis de libérer la parole des collaborateurs, de recueillir leurs craintes, leurs questionnements tout comme leurs idées.

Méthodologie: exposé, échanges, écoute

### 2.2.3 Donner du sens au projet, fédérer et accompagner les cadres

Le cadre de l'unité A3 est diplômé depuis juillet 2103 et est en poste depuis le 1<sup>er</sup> septembre. Il a également sous sa responsabilité l'hôpital de jour et les consultations externes. La cadre de l'unité A1 a eu trois affectations différentes depuis sa sortie de l'IFCS. En 2010, elle est positionnée sur des missions transverses responsable de l'hygiène hospitalière et référent qualité, puis responsable de l'unité A3 et de l'hôpital de jour en 2011. Puis affectée en 2013 en A1, elle est également responsable des équipes transversales des soins palliatifs et de l'addictologie. La cadre de l'unité A2 (moi-même) est diplômée depuis 2002. En poste à Bar Le Duc dans le service de médecine depuis 2007, j'ai mis en place et coordonne l'équipe mutualisée des ASH sur les trois unités de médecine depuis 2009.

La gestion des lits sur les trois unités, assurée par l'un d'entre nous, permet de nous déplacer et de rencontrer les différents collaborateurs. Lors de nos remplacements respectifs, nous n'hésitons pas à passer dans les unités, pour analyser la charge de travail, et montrer notre présence. Nous souhaitons donner l'exemple par notre comportement du décroisement que nous souhaitons initier.

Les relations professionnelles développées entre nous trois est un atout, comme l'expérience du cadre de A1 provenant de l'unité A3, ainsi que mon expérience au sein des deux unités de médecine A1 et A2.

Lors de notre première réunion, j'ai ressenti, par l'énergie émanant de nos échanges, une adhésion au projet. Un premier point névralgique est identifié et apparaît comme un frein à la mobilité.

En effet, en A3, le travail des IDE n'est pas sectorisé, il est plutôt organisé par tâches (une IDE est détaché aux soins, l'autre est détachée pour la visite et la partie administrative).

C'est pourquoi, avant la mise en place de l'équipe mutualisée, un projet de sectorisation, mené par le cadre responsable de cette unité s'avère nécessaire. De plus, comme nous l'avons vu en première partie de ce travail, l'équipe est ancienne, peu mobile, ancrée dans des habitudes de fonctionnement. Jusque-là la sectorisation n'était pas envisageable, anxiogène même, pour certaines IDE. L'arrivée d'un jeune cadre bouscule les habitudes (mise en place de cycles de travail, augmentation de l'activité de polysomnographie).

Nous décidons, devant la fragilité de l'équipe, de ne pas créer un amalgame entre les changements organisationnels en cours et à venir, et le projet de mutualisation. Impliqués néanmoins, ils en seront informés avant la période des entretiens annuels. La mise en place de la sectorisation est prévue pour fin mai.

Pour la deuxième réunion, à l'issue de notre échange autour de la notion de compétence, je leur demande d'identifier les situations spécifiques de leurs unités, ils ont carte blanche quant au mode de recueil. Je pressens déjà les limites dans la production de leur travail, mon rôle sera alors de les encourager et de les accompagner tout le long de leur cheminement.

Lors de notre deuxième réunion, nous échangeons sur les situations spécifiques des trois unités de médecine. Les compétences rapportées par les cadres sont des compétences d'exécution (être capable de piquer dans une chambre implantable, être capable de brancher l'appareil de polysomnographie ...). Ils m'avouent avoir éprouvé des difficultés à identifier les situations spécifiques demandées. Pour eux, « chaque prise en charge est

spécifique et demande des compétences spécifiques ». Ils ont besoin de partir d'un exemple concret pour comprendre.

Je les félicite sur le recueil effectué, puis je les invite, en partant de l'acte technique identifié, à réfléchir au raisonnement invisible à mettre en œuvre avant l'action. Cette posture réflexive, demandée habituellement aux étudiants, leur est difficile. Stratégiquement, et pour compléter mon accompagnement pédagogique, je leur propose lors de la réunion d'information, d'identifier avec les équipes, en leur présence, les situations spécifiques. Ils adhèrent à la démarche proposée.

#### 2.2.4 Communiquer, motiver, et faire adhérer les équipes

Le manager doit savoir communiquer avec ses collaborateurs, c'est la base de toute stratégie motivationnelle. Dans ce cas précis, le projet s'inscrivant dans un projet institutionnel, je me sens la responsabilité de communiquer avec une posture d'engagement traduisant ma conviction à mener ce projet. Comme énoncé précédemment (page 40), informer les équipes des unités A1 et A2 du projet de mutualisation, doit s'effectuer avec un langage clair et accessible par tous, afin qu'elles en comprennent le sens et la portée.

« Aucun changement ne peut avoir lieu si les acteurs qui le mettent en œuvre ne lui donnent pas sens<sup>48</sup> ».

15 collaborateurs ont répondu présent, 6 IDE (3 de l'unité A1, 3 de l'unité A2) et 9 AS (5 de l'unité A1 et 4 de l'unité A2). Je savais d'emblée, les connaissant bien depuis maintenant 7 ans, sur qui j'allais pouvoir compter, pour faire évoluer la représentation de ceux plus emprunt à la contestation quelque soit le changement. J'étais accompagné des deux cadres composant le groupe projet. L'un d'eux a accepté le rôle de secrétaire.

La réunion d'information a débuté par la délimitation du projet dans son contexte. Puis le but (*garantir la qualité et la sécurité des soins aux personnes soignées*) et les objectifs

---

<sup>48</sup> Philippe BERNOUX *Sociologie du changement dans les entreprises et dans les organisations* Ed. POINTS 2010 P.191

*(identifier les compétences spécifiques à développer, évaluer les collaborateurs à l'aide d'une grille lors des entretiens annuels, créer et mettre en place une équipe mutualisée)*, énoncés ont permis de donner une vision et de fixer le cap à suivre. La présentation de la planification des différentes étapes avant sa mise en œuvre, a projeté les collaborateurs dans le temps.

Il s'en est suivi un débat entre ceux qui n'ont pas entendu et/ou intégré les enjeux du projet, et ceux qui ont de suite saisie l'opportunité qui leur était donnée de réfléchir ensemble.

« Lors des derniers entretiens vous nous aviez demandé de nous positionner sur nos souhaits de mobilité. Qu'en est-il ? »

« Nous sommes bien dans notre équipe, nous n'avons pas envie de changer nos habitudes, on s'entend bien, et puis il y a un cadre par équipe maintenant. »

« Continuer notre mutualisation en se remplaçant de temps en temps, pendant les vacances, ça nous va, pourquoi changer ? »

Afin d'apporter des réponses à leur questionnement, il m'est apparu primordial, de leur redéfinir, ce qui, dans le projet, est cadré et incontournable, au regard du contexte institutionnel évoqué.

Le cadre de l'unité A1 est intervenu alors, pour souligner le fait que « nous devons poursuivre le décloisonnement des unités, et travailler dorénavant avec une vision plus large d'appartenance à un pôle ». Par son intervention, les équipes ont admis que l'organisation connue « du temps d'avant, quand il y'avait un cadre par équipe» devenait obsolète.

Puis j'ai complété mon propos, afin d'apaiser l'anxiété de certains collaborateurs ne souhaitant pas être mobile, sur ce qui pourra faire l'objet de marge de manœuvres dans la réflexion proposée. Le souhait de non mobilité sera respecté, dans un premier temps, et l'équipe mutualisée sera composée de volontaires. Ces éléments d'ajustement, nous en avons discuté au préalable avec la directrice des soins et les cadres.

La notion d'affinité évoquée, dans les équipes, souligne le caractère familial dans lequel baignent nos organisations où tout le monde se connaît (trop) bien. Les accompagner sur le

développement de leurs compétences, c'est les recentrer « comme acteur de leur capacité d'évolution et de mobilité »<sup>49</sup>, et leur permettre d'évoluer dans un processus de professionnalisation<sup>50</sup>.

La mutualisation initiée depuis 2008, ne peut pas se pérenniser en tant que telle. Les spécificités de prise en charge dans nos unités, actuelles et à venir, ont déjà fait et feront perdre des compétences à certaines IDE et AS. Je leur ai rappelé que notre but dans ce projet, est de garantir la qualité et la sécurité des soins aux personnes soignées.

Une IDE a illustré mon propos en disant : « La dernière fois que je suis allée en A2, remplacer sur un arrêt de trois jours, je n'ai pas aimé, j'avais le secteur des AVC et j'avais l'impression de rien maîtriser ».

Je leur ai alors posé alors la question « qu'avez-vous à y gagner dans ce projet ? »

Stratégiquement, cette question avait comme objectif de créer une autre perspective d'ouverture dans le débat.

Une IDE, la plus ancienne des équipes, tournant sur les deux unités, a réagi. Par le biais de ce dialogue je leur ai donné la parole, donc la « possibilité(...) que nous réfléchissions au projet de mutualisation »

Une des deux AS, préparant le concours IDE, mobile sur les deux unités depuis 7 mois, a ajouté « tournant sur deux mois, j'y trouve mon compte, c'est très enrichissant, j'ai appris plein de choses. »

J'ai rebondi de suite, sur ces derniers propos d'enrichissement professionnel. En effet, la plus-value de ce projet est une augmentation de leur portefeuille de compétences.

L'exposé qui a suivi, a eu pour objectif de repérer ensemble ce qui est commun aux deux unités et ce qui est spécifique. Recentrer sur ce qui fait le cœur de leur métier. L'ensemble des collaborateurs a vivement participé. Ces échanges ont complété le travail déjà initié avec les cadres, et ont permis de faire émerger des situations spécifiques. Ci-après quelques extraits de leurs propos.

---

<sup>49</sup> Cours du 7 février 2014 de Francis MINET *Mobilité : obligation, envie, opportunité ...un risque calculé*

<sup>50</sup> Notion développée page 52

« Ce qu'il y'a de plus dur en A1, c'est les situations de fin de vie, la famille, et tout ça... »

« Avec de plus en plus de cancéro, nous avons a gérer de plus en plus de situations palliatives, c'est lourd psychologiquement »

« Chez nous c'est plutôt les AVC....mais bon ils vont partir en cardio »

« Nous avons des difficultés avec l'agressivité de certaines personnes âgées, tiens regarde ce matin Mr L qui a fait exprès de renverser son café dans son lit !! »

La réunion s'est terminée par un rappel des prochaines échéances. Nous leur donnons rendez-vous lors des entretiens annuels pour évaluer leurs compétences, une synthèse leur sera rendue en septembre.

Le cap est donné, les objectifs sont fixés.

#### 2.2.5 Co-construire une grille d'évaluation des compétences spécifiques

A ce stade d'avancement du projet, nous nous réunissons fin avril, afin de construire ensemble la grille<sup>51</sup>. Cet outil permettra de connaître les niveaux de compétences de chaque IDE et AS en regard des situations spécifiques.

Nous avons fait le choix de proposer quatre niveaux d'évaluation : « non maîtrisé », « en cours de maîtrise », « maîtrisé » et « maîtrisé et sait transmettre ».

La production de ce travail est le fruit d'une réflexion collective. Par l'accompagnement proposé, une autre représentation de la compétence est en chemin.

Pour ce faire, j'ai dû prendre en compte le cadre de référence des cadres (culture de leur métier, expériences..) et le mien, afin de confronter nos systèmes de représentations.

« Nos systèmes de représentations du réel sont très fortement conditionnés par notre cadre de référence, et il nous faut sans cesse prendre une distance par rapport à nous même pour avoir une chance de communiquer avec l'autre : c'est prendre la position « méta<sup>52</sup> ». »

---

<sup>51</sup>1<sup>ère</sup> version Annexe 3

Si je souhaite que la vision stratégique soit partagée dans la conduite de ce projet, je dois investir le champ de la métacommunication.

Cette prise de distance passe par mon acceptation des incertitudes, des imperfections, du niveau de compétences de chacun, des paradoxes et des frustrations.

A ce moment-là, la co-construction est alors possible.

### ***3 Proposition de dispositifs de formation pour le développement des compétences***

A l'issue des entretiens, le recueil de données réalisé, nous permettra :

- D'élaborer la cartographie des compétences, par collaborateurs et par unité ;
- D'identifier les collaborateurs, en capacité de transmettre leurs compétences dans une situation spécifique donnée, et ceux ayant besoin d'améliorer leur potentiel.

Deux dispositifs de formation seront proposés, pour les accompagner dans le développement de leurs compétences, sur la voie de la professionnalisation.

Cette « offre de professionnalisation est irréductiblement liée à l'appel aux compétences et répond à des enjeux dominants de mobilisation des ressources humaines<sup>53</sup> »

Il m'apparaît important, dans ce chapitre, de clarifier la notion de professionnalisation, et de didactique professionnelle.

---

<sup>52</sup> Vincent LENHART *Les responsables porteurs de sens* ED.JULHIET 2012 P.78

<sup>53</sup> Richard WITORSKI *Professionnalisation et développement professionnel* Ed. L'Harmattan 2007 P.170

### 3.1 **La professionnalisation**

La professionnalisation est un processus complexe qui, selon Richard WITTORSKI, correspond à « une tentative d'articulation plus étroite entre l'acte de travail et l'acte de formation : il ne s'agit plus seulement de transmettre de façon déductive des contenus pratico-théoriques ou, au contraire d'apprendre « sur le tas » (formation informelle) mais d'intégrer dans un même mouvement l'action au travail, l'analyse de la pratique professionnelle et l'expérimentation de nouvelles façons de travailler »<sup>54</sup>

Actuellement, la majorité des formations proposées au sein de l'établissement transmet, essentiellement des contenus pratico-théoriques.

Ce mode de transmission du savoir ne suffit plus. Nous devons, en proposer d'autres, qui permettront de développer les compétences des collaborateurs, par une approche plus réflexive. Ces nouveaux dispositifs de formation, prendront en compte la notion de didactique professionnelle développée ci -après.

### 3.2 **La didactique professionnelle**

La didactique professionnelle a pour but d'analyser le travail en vue de développer les compétences professionnelles. Née dans les années 1980, au confluent « de trois courants théoriques : psychologie du développement, l'ergonomie cognitive et la didactique, elle s'appuie sur la théorie de la conceptualisation dans l'action »<sup>55</sup>. Cette analyse du travail est un préalable à la construction d'une formation, et par sa dimension réflexive, est un outil essentiel d'apprentissage.

C'est pourquoi, les scénarios sont des propositions de dispositifs didactiques fondés sur des situations de travail

---

<sup>54</sup> Richard WITTORSKI *Professionnalisation et développement professionnel* Ed. L'Harmattan 2007

<sup>55</sup> Pierre PASTRE *La didactique professionnelle* Ed. PUF 2011

### 3.3 Dispositif N°1 : En situation didactique de tutorat dans l'activité

Les IDE et AS pressenties pour intégrer l'équipe mutualisée, bénéficieront de temps d'apprentissage avec leurs pairs, sous forme de tutorat.

Dans un de ces cours Xavier MARCHAND<sup>56</sup> évoque les raisons du tutorat :

- Parce que la formation est insuffisante pour fabriquer des compétences ;
- Parce que c'est une condition souvent nécessaire à l'apprentissage sur le terrain ;
- Parce que les personnes en formation veulent une confrontation rapide avec la réalité professionnelle ;

Et ses buts :

- Pour construire des compétences ;
- Pour intégrer plus rapidement ;
- Pour valoriser les accompagnateurs ;
- Pour développer la capacité à apprendre de l'organisation.

D'un point de vue méthodologique, « un transmetteur sera clairement identifié ainsi qu'un destinataire de la transmission et un contenu à transmettre<sup>57</sup> ». « Il faut donc apprendre à montrer...détailler et expliquer toutes les étapes d'un raisonnement », c'est une situation de transmission organisée.

Le tuteur devra être en capacité de transmettre son savoir par la mise en mots de son raisonnement. C'est pourquoi, et à la demande des cadres, je leur ai proposé un guide de remplissage de la grille d'évaluation<sup>58</sup> des compétences.

---

<sup>56</sup> Xavier MARCHAND Séance 8 *Développer les compétences de demain* Avril 2014

<sup>57</sup> Alain SAVOYANT *La professionnalisation des personnels infirmiers* Travail et apprentissages N°5 2010 P.157

<sup>58</sup> Annexe 4

La planification de ces temps de tutorat, s'effectuera via le logiciel de gestion du temps de travail. Nous identifierons, avec le responsable RH, à l'aide d'un code spécifique sur les plannings, les collaborateurs tutorés.

Ces temps seront programmés, le dernier trimestre 2014, pour les collaborateurs volontaires souhaitant intégrer l'équipe mutualisée. Il nous restera à définir :

- Le nombre de jours nécessaires à planifier suivant les situations ;
- Les modalités de remplacement.

Et ainsi proposer un parcours professionnalisant, aux IDE et AS, sur les trois unités.

### 3.4 **Dispositif N°2 : En situation didactique à distance de l'activité**

Ce dispositif d'apprentissage s'opère à distance de l'action, et à l'avantage de pouvoir réunir autour d'une même problématique les IDE et les AS.

La méthodologie envisagée repose sur l'analyse de pratique à partir d'une situation spécifique. Pour ce faire, seront réunis des collaborateurs « experts » et des collaborateurs plus « novices ». L'animation ne pourra être confiée qu'à un professionnel maîtrisant le courant pédagogique nécessaire à ce type de dispositif, à savoir le socio-constructivisme<sup>59</sup>.

Pour Lev VYGOTSKY<sup>60</sup>, le processus d'apprentissage ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une collaboration cognitive et sociale avec autrui.

Le formateur pressenti organise et prépare les séances d'apprentissages. Il guide la réflexion, favorise les échanges et les confrontations. Il renvoie au groupe leurs questionnements en leur donnant des pistes de réflexions. Ce n'est pas lui qui enseigne mais

---

<sup>59</sup> L'approche socio-constructiviste est attribuée aux travaux de VYGOTSKY et de BRUNER menées à la suite de ceux de PIAGET sur le constructivisme.

<sup>60</sup> Psychologue russe connu en occident depuis les années 60 pour ces travaux sur les apprentissages des groupes d'individu

le professionnel qui apprend. Ce dernier n'apprend pas seul mais dans, avec, et par les autres professionnels du groupe en échangeant et en confrontant leurs expériences.

Ce dispositif de formation, sera proposé aux collaborateurs au cours du dernier trimestre 2014.

Il nous restera à définir :

- Le nombre de séances à programmer, les disponibilités du formateur que nous aurons au préalable pressenti pour animer les groupes ;
- La ou les situations spécifiques à analyser, suivant les résultats obtenus de l'évaluation des compétences.

Et ainsi d'initier une mutualisation, une co-construction des savoirs au service du collectif. Néanmoins, des limites à ce dispositif sont à anticiper: la gestion d'un groupe et la co production des apprenants n'est pas aisée à mettre en place, ainsi que la difficulté à faire changer les représentations et les habitudes de formation.

Cependant, il est à souligner, que cette méthode sera de plus en plus privilégiée, notamment au sein des programmes de Développement Professionnel Continu (DPC).

#### ***4 Scénario retenu pour la mise en place de l'équipe mutualisée poly compétente***

Pour rappel, le projet s'inscrit, dans un projet institutionnel d'optimisation de la gestion des ressources humaines. Une réflexion menée en parallèle par la directrice des soins et le cadre supérieur de santé (CSS), référent du logiciel de temps de travail, a permis d'arrêter un scénario organisationnel.

Je ne pouvais pas faire l'impasse d'en parler à ce stade de mon travail, car cela impacte le projet de mutualisation dans sa partie « gestion ».

La mise en place d'une équipe mutualisée va nécessiter de mettre en commun les ressources des unités A1 A2 et A3.

Courant mars, lors d'une réunion, le CSS nous a présenté les éléments suivants :

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'équipe socle, de chaque unité, sera composée de huit agents au lieu de dix actuellement. Avec 7,60 ETP, les besoins requis des unités seront assurés, hors absentéisme de quelque nature que ce soit.

L'équipe mutualisée sera constituée de deux collaborateurs issus des trois unités, soit six au total.

A ce jour, des modalités de fonctionnement restent encore à déterminer :

- Quel sera le nombre d'ETP (IDE et AS) nécessaire au sein de l'équipe mutualisée, pour assurer le renforcement des équipes socles sous forme de prêt / emprunt<sup>61</sup> ?
- Qui gèrera cette équipe mutualisée ? Un cadre ? L'ensemble des cadres ?

Concernant la constitution de l'équipe mutualisée :

- Les collaborateurs volontaires seront-ils affectés sur une période indéterminée ?
- Serait-il mieux d'envisager un système de rotation avec les équipes socles de chaque unité ?
- Quelle sera la politique de mobilité de l'établissement ?

## **5 Evaluation du projet**

Evaluer, c'est mettre de la valeur. La mutualisation des ressources humaines par le développement des compétences, crée de la valeur. Les effets attendus sont de trois ordres :

---

<sup>61</sup>Au sein du logiciel de temps de travail E temptation, nous avons la possibilité de « prêter » des collaborateurs et aussi d'en « emprunter ».

la qualité et de la sécurité des soins, l'optimisation de la gestion des ressources humaines et la qualité de vie au travail.

### 5.1 **Indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins**

Le Décret n° 2014-252 du 27 février 2014 relatif à l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS, oblige les établissements de santé à utiliser un questionnaire dont le modèle est fixé par l'arrêté du 4 mars 2014<sup>62</sup> par le ministre de la santé.

En attendant son déploiement au sein de notre établissement, nous avons créé en interne notre propre questionnaire de satisfaction. Une analyse trimestrielle pourra en être faite avec les cadres, en collaboration avec la cellule qualité.

Une dynamique de suivi d'autres indicateurs serait à impulser au sein des unités de médecine, elle n'existe pas à ce jour.

- Indicateurs de suivi des actions mise en place dans la gestion du risque d'atteinte cutanée, du risque de chute, du risque de dénutrition ...

De leur analyse il en découlera, des axes potentiels d'amélioration, et la mise en valeur des prises en charge par les équipes.

### 5.2 **Indicateurs de pilotage de la gestion des ressources humaines**

Il est primordial de doter les cadres « d'outils simples mais opérationnels, qui doivent permettre une gestion du temps le plus proche du réel »<sup>63</sup>. Dans le cadre du projet institutionnel, le CSS travaille en collaboration avec un responsable RH à l'élaboration d'indicateurs de suivi tel que, le ratio de présence, la formation, l'absentéisme, le temps tutorat.

---

<sup>62</sup> Annexe 5

<sup>63</sup> Jean-Rémy BITAUD *Osons un nouveau management des ressources humaines ! Gestions Hospitalières* N°524 Mars2013 P.142

Un temps de partage et de réflexions avec cette équipe, autour de la pertinence de certains indicateurs dont les cadres auraient besoin, sera à programmer. Il permettrait la définition d'indicateurs de « bonne » gestion des ressources mutualisées, et ainsi de mettre en valeur le travail des cadres, et d'identifier les axes de progression.

Concernant la gestion des compétences, des indicateurs de suivi des dispositifs de formation proposés sont à envisager. Nous avons six IDE et six AS à former, avant la mise en place de l'équipe mutualisée au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

- % d'actions de formation effectuées conformément au besoin évalué
- % de collaborateurs formés conformément au besoin de l'équipe mutualisée

### 5.3 Indicateurs de la qualité de vie au travail

« La performance ne peut plus s'obtenir sans le souci de la qualité de vie au travail des salariés<sup>64</sup> ». Le bien-être au travail englobe l'ambiance générale, la culture de l'établissement, l'intérêt au travail, le sentiment d'implication et de responsabilité, l'équité, la reconnaissance et la valorisation du travail effectué.

Les ressources humaines sont un vivier de potentiel à motiver, afin d'améliorer la performance des organisations et la qualité des soins.

L'action menée en ce sens dans le cadre de ce projet, mériterait d'être évaluée à plus long terme, par un questionnaire de satisfaction.

Les questions posées sur l'effet de leur implication dans ce projet, sur leur relation aux autres professionnels, sur l'autonomie accrue dans leur travail, sur le développement de leurs compétences, pourraient mettre en avant le bénéfice d'une telle organisation sur leur bien-être au travail.

---

<sup>64</sup> Gilles CALMES, Evangeline PERSONENI *Qualité de vie au travail et performance économique* Gestion Hospitalières N°532 Janvier 2014

A moyen terme, une veille de bien-être au travail pourrait se faire par les cadres lors, de réunion de fonctionnement, de temps d'échanges informels et d'entretiens plus individualisés.

## **6 Conclusion**

Accompagner les cadres et les équipes dans ce projet managérial fut une expérience enrichissante. L'implication de l'ensemble des acteurs, jusqu'à ce jour, a permis d'impulser une dynamique de changement organisationnel. Pour atteindre les objectifs que je m'étais fixés, j'ai dû faire évoluer ma posture professionnelle.

Au regard de l'analyse proposée, je souhaite vivement que les perspectives d'aboutissement de ce projet ne soient pas remises en question, par le départ de la directrice des soins, et celui du directeur des ressources humaines, respectivement fin avril et début mai 2014.

L'expérimentation de la mise en place de ce projet, et son évaluation, pourra peut-être permettre de l'étendre à l'ensemble de l'établissement.

Au préalable, il me semble que plusieurs axes de travail devront être impulsés au niveau institutionnel :

- L'évolution du management des cadres vers un management des compétences visant la professionnalisation des collaborateurs ;
- La finalisation de la mise en place d'une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, débutée en juin 2009 et qui n'a jamais abouti ;
- La mise en œuvre des pôles garantissant le découplage organisationnel, et la construction d'une identité collective au service des personnes soignées.

Je crois en la nécessité pour cet établissement, d'un changement structurel en profondeur, pour allier qualité et sécurité des soins, qualité de vie au travail de ses salariés, et performance économique.

Osons-nous engager sur ce chemin !

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

- Norbert ALTER *Donner et prendre La coopération en entreprise* Ed. La découverte / poche 2010 225 pages
- Philippe BERNOUX *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations* Ed. Points Nouvelle édition 2010 368 pages
- Yves CLOT *Le travail à cœur* Ed. La découverte 2010 188 pages
- Marie Ange COUDRAY et Catherine GAY *Le défi des compétences* Ed. Masson 2009 191 pages
- Paul DEVAUX et Franck SALLES *Manuel d'auto-coaching* Ed Pearson 2013 289 pages
- Anne DIETRICH, Pierre GILBERT et Frédérique PIGEYRE *Management des compétences* Ed. Dunod 2010 235 pages
- Vincent LENHARDT *Les responsables porteurs de sens* Ed. Juhliet 2012 399 pages
- Jean-Jacques NERE *Comment manager un projet ?* Ed. Demos 2<sup>ème</sup> édition 2012 153 pages
- Jean NIZET, François PICHAULT, *La coordination du travail dans les organisations*, Ed. Dunod 114 pages
- Thierry NOBRE et Patrick LAMBERT *Le management de pôles à l'hôpital* Ed. Dunod 2012 305 pages
- Docteur Anne MASSON *L'hôpital Saint Denys de Bar Le Duc, de sa fondation à nos jours* Imprimerie du Barrois 1985
- Henry MINTZBERG, *Structure et dynamique des organisations* Ed. D'Organisation 1982 440 pages
- Pierre PASTRE *La didactique professionnelle* Ed. PUF 2011 305 pages
- Richard WITORSKI *Professionnalisation et développement professionnel* Ed. L'Harmattan 2007 188 pages

## REVUE PERSPECTIVE SOIGNANTE

- Jean LOMBARD, Bernard VANDEWALLE, *L'infini de la relation de soin, le care au risque du quotidien*, in Perspective Soignante N°38 septembre 2010
- Walter HESBEEN, *Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité de service*, in Perspective Soignante N°30 décembre 2007

## ARTICLES

- Marie-Claire CHAUVANCY *Les pôles d'activité, une chance pour l'encadrement ?* Carnets De Santé, 2009
- Jean-Rémy BITAUD *Osons un nouveau management des ressources humaines !* Gestions Hospitalières N°524 Mars 2013
- Guy LE BORTEF *Gestion des compétences, définitions, nécessité, faisabilité...* Gestions Hospitalières N°451 Décembre 2005
- Luce LEGENDRE *Le travail en questions* Gestions Hospitalières N°524 Mars 2013
- Jean-René LOUBAT *Manager les compétences, Le défi de la décennie* Les cahiers de l'actif N°314-317 2002
- Viviane MARCHAL *Piloter la prévention des risques professionnels, un nouvel enjeu pour les ressources humaines* Gestions Hospitalières N°524 Mars 2013
- Patrick MAYEN, Alain SAVOYANT *Application de procédures et compétences* Formation Emploi N° 67 Juillet 1999
- Véronique PARE *Le concept de mutualisation*, Gestions Hospitalières N°451 Décembre 2005
- Evangeline PERSONENI, Gilles CALMES *Qualité de vie au travail et performance économique* Gestions Hospitalières N°532 Janvier 2014
- Alain SAVOYANT *La professionnalisation des personnels infirmiers* Travail et apprentissages N°5 Septembre 2010 P.143-171
- Richard WITORSKI *Analyse du travail et production de compétences collectives dans un contexte de changement organisationnel* Education permanente N°118 1994

## TEXTES LEGISLATIFS

- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Décret n°2014-252 du 27 février 2014 relatif à l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS

## COURS référencés

- Gilles BONTEMPS Directeur associé de l'ANAP *Notion de performance globale* Cours Novembre 2013 **UE 2<sup>65</sup> ECUE 2 : Pilotage de l'activité et des ressources soignantes**
- Jean Paul DUMOND, cours sur *l'Organisations de santé : la grande transformation* Février 2014  
**UE 3<sup>66</sup> ECUE 1 : Management stratégique des soins et nouvelle gouvernance des établissements de santé**
- Dominique LETOURNEAU, *cours sur la loi HPST* **UE 3 ECUE 3 : Hôpital Patient Santé Territoire**
- Xavier MARCHAND Séances 3 et 4 *Analyser l'existant : les situations de travail, les pratiques professionnelles* Séance 8 *Développer les compétences de demain*  
**UE 3 ECUE 2 : Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences**
- Francis MINET Séance 5, *Mobilité : obligation, envie, opportunité. Un risque calculé* Février 2014 **UE 3 ECUE 2**

---

<sup>65</sup> UE 2 Gestion économique et financière des prestations de soins

<sup>66</sup> UE 3 Fonction cadre supérieur

## WEBGRAPHIE Sites, articles et travaux consultés en ligne

<http://arslorraine.prod.flexit.fr/prs->

[ikobook/files/assets/common/downloads/publication.pdf](http://ikobook/files/assets/common/downloads/publication.pdf)

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<http://www.ceseloraine.eu/fr/indicateurs-cles-lorraine.html>

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese\\_monographie.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_monographie.pdf)

<http://hal.archives-ouvertes.fr/>

[http://www.halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/.../note\\_de\\_synthese\\_savoirs.pdf](http://www.halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/33/.../note_de_synthese_savoirs.pdf) (La professionnalisation Richard WITTORSKI)

- Télémédecine 2020 « synthèse de l'étude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations de soins » Avril 2012 Syntec Numérique
- [http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?\\_service=default&\\_program=hd.hospidiag.sas&\\_debug=0&\\_sessionid=/ZBS/apFHD/&finess=550003354&ind=P1&anfocus=2012&tab=3](http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=default&_program=hd.hospidiag.sas&_debug=0&_sessionid=/ZBS/apFHD/&finess=550003354&ind=P1&anfocus=2012&tab=3)
- Thierry NOBRE *L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du cout des dysfonctionnements*, p.14
- Marie-Emmanuelle AUBERT , David LE SPEGAGNE « Améliorer la gestion des ressources humaines, mobilité professionnelle. Recueil de pratiques observées » ANAP 2011 [www.anap.fr](http://www.anap.fr)
- Marie-Emmanuelle AUBERT , David LE SPEGAGNE « Améliorer la gestion des ressources humaines, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Recueil de pratiques observées » ANAP 2011

## LISTE DES ANNEXES

<a href="#">LISTE DES ANNEXES</a> .....	I
<a href="#">ANNEXE 1 Outil SWOT</a> .....	II
<a href="#">ANNEXE 2 Diagramme de GANTT</a> .....	I
<a href="#">ANNEXE 3 Grille d'évaluation des compétences</a> .....	III
<a href="#">ANNEXE 4 Guide de remplissage de la grille d'évaluation des compétences à destination des cadres</a> .....	IV
<a href="#">ANNEXE 5 Arrêté du 4 mars 2014</a> .....	IV

## **ANNEXE 1 Outil SWOT**

OUTIL SWOT *Strengths* (forces), *Weaknesses* (faiblesses), *Opportunities* (opportunités), *Threats* (menaces)

Mutualisation des ressources humaines sur les trois unités de médecine

Objectif : créer une équipe mutualisée avec du personnel dont les compétences garantiront la qualité et la sécurité des soins

	POSITIF (Pour atteindre l'objectif)	NEGATIF
ORIGINE  INTERNE  ORGANISATIONNEL	FORCES  Cycles et amplitude de travail identiques Equipe mutualisée des Agents de Service Hospitalier sur les trois unités de médecine depuis 2009 Equipe mutualisée au 3 <sup>ème</sup> étage depuis 2008, sur les congés et absence ponctuelle Demande de mobilité de certains collaborateurs Gestion des lits sur les trois unités Décloisonnement des unités : les cadres se remplacent mutuellement Bonne relation de travail entre les cadres	FAIBLESSES  Perte de repère organisationnel médical Equipe du 1 <sup>er</sup> étage peu mobile, organisation obsolète Remise en question possible de leurs compétences La notion de compétence et son évaluation par les cadres au sein de l'établissement Absence de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
ORIGINE  EXTERNE  ENVIRONNEMENT	OPPORTUNITES  Reconnaissance de notre établissement sur le Sud de la Meuse, pour la qualité de ses prises en charge Pôle attractif pour les étudiants Potentiel d'évolution des compétences Potentiel d'évolution de carrière	MENACES  Risque minime de fuite de personnel, chômage dans la région

## **ANNEXE 2 Diagramme de GANTT**

	Octobre				Novembre				Décembre				Janvier				Février				Mars				Avril				Mai				Juin				Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Décembre	janv-15					
Semaines (en bleu les regroupements)	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
<b>Phase de preparation</b>																																																
Choix du thème du projet Managérial																																																
Présentation de l'établissement et du contexte institutionnel																																																
Elaboration note de cadrage																																																
Validation Directrice des soins																																																
Lettre de mission																																																
Recherche documentaire / Démarche exploratoire																																																
Elaboration du plan d'actions et du plan de communication																																																
<b>Phase de mise en œuvre</b>																																																
Présentation du projet aux cadres																																																
planification des réunions avec le groupe projet																																																
Elaboration du recueil de données par les cadres																																																
Lancement de la 1ere phase de communication et recueil de données par les équipes																																																
2ème phase de communication et réajustement des données par l'équipe																																																
Création de l'outil d'évaluation des compétences																																																
Test de l'outil validation et réajustement																																																
Propositions de dispositifs de formation et réajustement																																																
Recueil des données																																																
<b>Phase analyse des résultats</b>																																																
identification des collaborateurs volontaires pour intégrer l'équipe mutualisée																																																
Evaluation des compétences et besoin en formation																																																
<b>Deuxième phase de mise en œuvre</b>																																																
Communication avec les équipes , présentation des dispositifs																																																
Accompagnement du développement des compétences																																																
Mise en œuvre de l'équipe mutualisée																																																
<b>Phase de suivi et de rendu des résultats</b>																																																
Rédaction du Projet Managérial																																																
Rapportographie																																																
Remise du Projet Managérial																																																
Préparation de la soutenance																																																

## **ANNEXE 3 Grille d'évaluation des compétences**

GRILLE D'ÉVALUATION DES COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES UNITÉS DE MÉDECINE A1 A2 A3

NOM :

PRENOM :

IDE  AS

Situations spécifiques	Non maîtrisé	En cours d'acquisition	Maîtrisé	Maîtrisé et sait transmettre
Mise en place de l'appareil de polysomnographie en vue d'un enregistrement du sommeil				
Commentaires :				
Est capable d'analyser les dysfonctionnements et proposer des réajustements				
Commentaires :				
Accompagnement du patient dans l'apprentissage de la mise en place d'une Ventilation Non Invasive				
Commentaires :				
Est capable d'évaluer à partir de quand une détresse respiratoire est une urgence vitale et sait agir				
Commentaires :				

Situations spécifiques	Non maîtrisée	En cours d'acquisition	Maîtrisée	Maîtrisée et sait transmettre
Prise en charge de la souffrance de la famille d'un patient en fin de vie				
Commentaires :				
Accompagnement d'un patient en fin de vie d'une pathologie cancéreuse				
Commentaires :				
Gestion de l'agressivité d'une personne âgée démente lors d'un soin de nursing				
Commentaires :				
Gestion de l'agressivité d'un patient lors des soins				
Commentaires :				

Situations spécifiques	Non maitrisée	En cours d'acquisition	Maitrisée	Maitrisée et sait transmettre
Identification du risque d'atteinte cutanée d'une personne âgée et proposition d'actions				
Commentaires :				
Identification du risque de dénutrition d'une personne âgée et proposition d'actions				
Commentaires :				
Prise en charge coordonnée, avec le kiné et l'ergo, de la chute d'une personne âgé fragile				
Commentaires :				
Prise en charge coordonnée avec l'EHLA <sup>67</sup> d'un patient en cure de sevrage (alcool ou produits stupéfiants)				
Commentaires :				

---

<sup>67</sup> Equipe hospitalière de liaison en addictologie

## **ANNEXE 4 Guide de remplissage de la grille d'évaluation des compétences à destination des cadres**

Chers collègues,

Comme vous me l'avez demandé, voici l'aide méthodologique que je vous propose pour remplir la grille d'évaluation des compétences de vos collaborateurs.

Rappel du contexte : Dans un environnement contraint économiquement, et demain avec la mise en place du court séjour gériatrique, l'émergence des prises en charges spécifiques dans les unités, nous devons revoir nos organisations. Un projet de mutualisation des ressources humaines initié par la direction des soins sur le pôle médecine, concerne dans un premier temps les trois unités de médecine. Ce projet de changement organisationnel, que je coordonne avec vous, a pour objectif d'accompagner les collaborateurs sur le développement de leurs compétences dans un souci de garantir la qualité et la sécurité des soins aux personnes soignées.

Dans chaque unité il existe des spécificités que nous avons identifiées.

Chaque collaborateur sera évalué à l'aide de la grille que nous avons élaborée. L'objectif étant d'établir une cartographie des compétences par unité, nous pourrons ainsi identifier les personnes ressources et les formations à prévoir.

Pour vous aider demandez à la personne de vous **raconter** une situation qui lui rappelle celle énoncée.

- Qu'a-t-elle fait ?
- Comment s'y est-elle prise ?
- Que lui a-t-il manqué ?
- Qu'éprouve-t-elle comme difficultés ?
- Quels sont ses points forts par rapport à cette situation ?
- Si elle la maîtrise est-elle capable de la transmettre ? Comment ?

Dans ce dernier item, l'important est de savoir si elle est capable de mettre en mots le raisonnement invisible qu'elle opère avant l'action.

Dans la case commentaire, vous pouvez y synthétiser les points forts et les points à améliorer du collaborateur, au regard de la situation.

A la fin de l'entretien, vous leur demanderez si il se porte volontaire pour expérimenter l'équipe mutualisée poly compétente, début janvier 2015. Il bénéficiera alors d'actions de formation pour parfaire ses compétences entre fin septembre et fin décembre.

En vous remerciant par avance pour votre collaboration, n'hésitez pas à me faire remonter vos remarques. Nous testerons la grille auprès de collaborateurs volontaires afin de la réajuster si besoin, avant le 15 juin.

Bien cordialement

C.BERNARD Cadre de Santé A2 le 9 Mai 2014

## **ANNEXE 5 Arrêté du 4 mars 2014**

# Décrets, **arrêtés**, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 mars 2014 relatif au modèle de questionnaire à utiliser lors de la mise en œuvre de l'enquête I-SATIS de satisfaction des patients hospitalisés

NOR : AFSH1405433A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2014-252 du 27 février 2014 relatif à l'enquête I-SATIS de satisfaction des patients hospitalisés,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Les établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique mettant en œuvre l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés mentionnée à l'article 1<sup>er</sup> du décret susvisé utilisent le questionnaire annexé au présent arrêté.

**Art. 2.** – L'arrêté du 22 juin 2012 relatif au modèle de questionnaire à utiliser lors de la mise en œuvre de l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS) est abrogé.

**Art. 3.** – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 4 mars 2014.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général  
de l'offre de soins,*

J. DEBEAUPUIS

## ANNEXE

### QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION DES PATIENTS HOSPITALISÉS

**Q1. – Que diriez-vous de l'accueil qui vous a été réservé, à vous ou à vos proches, par le service administratif lors de votre arrivée... ?**

*Parents :* Que diriez-vous de l'accueil qui vous a été réservé, à votre enfant, à vous ou à vos proches, par le service administratif lors de votre arrivée... ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellent

4 Très bon

3 Bon

2 Mauvais

1 Très mauvais

9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q2. – Pensez-vous que l'accueil que vous avez reçu lors de votre arrivée dans le(s) service(s) de soins – service des urgences exclu – était...**

*Parents :* Pensez-vous que l'accueil que votre enfant a reçu lors de son arrivée dans le(s) service(s) de soins – service des urgences exclu – était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellent

- 4 Très bon
- 3 Bon
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q3. – Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service, c'est-à-dire saviez-vous si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante, etc. ?**

*Parents :* Avez-vous pu identifier les fonctions des différentes personnes travaillant dans le service où votre enfant a été hospitalisé, c'est-à-dire saviez-vous si c'était un médecin, une infirmière, une aide-soignante, etc. ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q4. – Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter votre intimité étaient...**

*Parents :* Pensez-vous que les précautions prises par le personnel pour respecter l'intimité de votre enfant étaient...

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 5 Excellentes
- 4 Très bonnes
- 3 Bonnes
- 2 Mauvaises
- 1 Très mauvaises
- 9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q5. – Pendant votre séjour, avez-vous reçu spontanément (sans être obligé[e] de les demander) des explications sur votre état de santé, votre traitement, votre opération, vos soins, etc. ?**

*Parents :* Pendant le séjour de votre enfant, avez-vous reçu des explications spontanément (sans être obligé[e] de les demander) sur l'état de santé de votre enfant, son traitement, son opération, ses soins, etc. ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q6. – Les explications ou les réponses des médecins ou des chirurgiens du service vous ont-elles paru claires et compréhensibles ?**

*Parents :* Concernant votre enfant, les explications ou les réponses des médecins ou des chirurgiens du service vous ont-elles paru claires et compréhensibles ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais
- 8 [Vous n'avez pas eu de réponse ou d'explications] (Réponse non citée par l'enquêteur)
- 7 [Vous n'avez pas eu la possibilité de poser des questions au médecin quand il était avec vous] (Réponse non citée par l'enquêteur)
- 6 [Vous n'aviez pas de question à poser] (Réponse non citée par l'enquêteur)
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q7. – Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des médecins qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?**

*Parents :* Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des médecins qui parlaient devant vous ou votre enfant comme si vous ou votre enfant n'étiez pas là ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Très rarement
- 5 Jamais
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q8. – Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des infirmières ou d'autres employés du service qui parlaient devant vous comme si vous n'étiez pas là ?**

*Parents :* Avez-vous été gêné(e) ou agacé(e) par des infirmières ou d'autres employés du service qui parlaient devant vous ou votre enfant comme si vous ou votre enfant n'étiez pas là ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Très rarement
- 5 Jamais
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q9. – Le personnel du service était-il poli et aimable ? Diriez-vous...**

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q10. – Si vous aviez besoin d'aide pour les activités de la vie courante comme vous laver, vous habiller, manger,... avez-vous pu l'obtenir ?**

*Parents :* Si votre enfant avait besoin d'aide pour les activités de la vie courante, comme se laver, s'habiller, manger,... a-t-il pu l'obtenir ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 5 Toujours
- 4 Presque toujours
- 3 Souvent obtenu l'aide nécessaire
- 2 Parfois
- 1 Très rarement ou jamais obtenue
- 6 [Vous n'avez pas eu besoin d'aide/Votre enfant n'a pas eu besoin d'aide] (Réponse non citée par l'enquêteur)
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q11. – Si vous avez eu besoin d'aide de façon urgente, avez-vous attendu... ?**

*Parents :* Si votre enfant a eu besoin d'aide de façon urgente, avez-vous attendu... ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 1 Très longtemps
- 2 Longtemps
- 3 Assez longtemps
- 4 Peu longtemps
- 5 Vous n'avez pas attendu
- 6 [Vous n'avez pas eu besoin d'aide de façon urgente/ Votre enfant n'a pas eu besoin d'aide de façon urgente] (Réponse non citée par l'enquêteur)
- 10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q12. – Pendant cette hospitalisation, avez-vous eu des douleurs ?**

*Parents :* Pendant cette hospitalisation, votre enfant a-t-il eu des douleurs ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 1 Oui
- 0 Non. Vous n'avez pas eu de douleur/Votre enfant n'a pas eu de douleurs [Passez à la Q14]. Cette modalité de réponse exclut l'item Q13 du calcul du score auquel il appartient

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur).

**Q13. – Diriez-vous que votre douleur a été prise en charge de manière...**

*Parents* : Diriez-vous alors que sa douleur a été prise en charge de manière...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q14. – Que pensez-vous de la façon dont les autres inconforts liés à votre maladie ou votre opération, comme des nausées, une mauvaise position, des vertiges..., ont été pris en compte ? Diriez-vous qu'elle était... ?**

*Parents* : Que pensez-vous de la façon dont les autres inconforts liés à la maladie ou l'opération de votre enfant, comme des nausées, une mauvaise position, des vertiges, ont été pris en compte ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

6 [Vous n'avez eu aucun inconfort de ce type/Votre enfant n'a eu aucun inconfort de ce type] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q15. – Dans l'ensemble, diriez-vous que les soins que vous avez reçus dans l'établissement de santé étaient... ?**

*Parents* : Dans l'ensemble, diriez-vous que les soins que votre enfant a reçus dans l'établissement de santé étaient... ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellents

4 Très bons

3 Bons

2 Mauvais

1 Très mauvais

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q16. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les effets indésirables possibles des médicaments prescrits dans l'établissement de santé (autres que votre traitement habituel) ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les effets indésirables possibles des médicaments prescrits à votre enfant (autres que le traitement habituel de votre enfant) ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

7 [Aucune information donnée] (Réponse non citée par l'enquêteur)

6 [Vous n'avez pas eu de médicaments prescrits dans l'établissement de santé autres que votre traitement habituel] (Réponse non citée par l'enquêteur)

9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q17. – Lors de votre hospitalisation, avez-vous été informé(e) autant que vous le souhaitiez pour participer aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?**

*Parents* : Lors de l'hospitalisation de votre enfant, avez-vous été impliqué(e) autant que vous le souhaitiez pour participer aux décisions concernant ses soins ou son traitement ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Toujours

4 Presque toujours

3 Souvent

2 Parfois

1 Très rarement ou jamais

6 [Aucune décision n'a été prise] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Nous allons parler des examens invasifs, c'est-à-dire des examens nécessitant une intrusion à l'intérieur de l'organisme, comme une radio avec injection de produit de contraste, une fibroscopie, une ponction de moelle ou de plèvre, une artériographie...

**Q18. – Si vous avez passé des examens invasifs dans l'établissement de santé, que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les complications possibles ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents :* Si votre enfant a passé des examens invasifs dans l'établissement de santé, que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les complications possibles ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

7 [Aucune information donnée] (Réponse non citée par l'enquêteur)

6 [Vous n'avez pas eu d'examen/il n'a pas eu d'examen invasif] (Réponse non citée par l'enquêteur)

9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q19. – Avez-vous été opéré(e) lors de cette hospitalisation ?**

*Parents :* Votre enfant a-t-il été opéré lors de cette hospitalisation ?

Enquêteur : citer les réponses possibles

1 Oui

0 Non. Vous/Votre enfant n'avez pas été opéré [Passez à la Q21]. Cette modalité de réponse exclut l'item Q20 du calcul du score auquel il appartient.

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur).

Consigne enquêteur : si un patient n'est pas sûr d'avoir été opéré, lui demander « avez-vous vu un chirurgien » (l'accouchement sans césarienne n'est pas considéré comme une opération)

**Q20. – Quand vous avez posé des questions au chirurgien sur votre opération, avez-vous compris les réponses ?**

*Parents :* Quand vous ou votre enfant avez posé des questions au chirurgien sur son opération, avez-vous compris les réponses ?

Consigne enquêteur : l'accouchement sans césarienne n'est pas considéré comme une opération.

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Toujours

4 Presque toujours

3 Souvent

2 Parfois

1 Très rarement ou jamais

7 [Vous n'avez pas eu la possibilité de poser des questions au chirurgien quand il était avec vous] (Réponse non citée par l'enquêteur)

8 [Vous n'avez pas obtenu de réponse] (Réponse non citée par l'enquêteur)

6 [Vous n'aviez pas de question à poser ou ce n'est pas vous qui posiez les questions] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Maintenant, nous allons parler du confort et des repas

**Q21. – Que pensez-vous du confort de votre chambre ? Diriez-vous qu'il était...**

*Parents :* Que pensez-vous du confort de la chambre de votre enfant ? Diriez-vous qu'il était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellent

- 4 Très bon
- 3 Bon
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q22. – Que pensez-vous de la propreté de votre chambre ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents :* Que pensez-vous de la propreté de la chambre de votre enfant ? Diriez-vous qu'elle était...

*Enquêteur :* citer les réponses possibles

- 5 Excellente
- 4 Très bonne
- 3 Bonne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q23. – Étiez-vous satisfait(e) de la température de votre chambre ? Diriez-vous...**

*Parents :* Étiez-vous satisfait(e) de la température de la chambre de votre enfant ? Diriez-vous...

*Enquêteur :* citer les réponses possibles

- 5 Très satisfait(e)
- 4 Satisfait(e)
- 3 Assez satisfait(e)
- 2 Peu satisfait(e)
- 1 Pas du tout satisfait(e)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q24. – Avez-vous été gêné(e) par le bruit dans votre chambre ?**

*Parents :* Avez-vous été gêné(e), vous ou votre enfant, par le bruit dans sa chambre d'hospitalisation ?

*Enquêteur :* citer les réponses possibles

- 1 Très souvent
- 2 Assez souvent
- 3 Parfois
- 4 Très rarement
- 5 Jamais

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q25. – Que pensez-vous des repas servis dans l'établissement de santé ? Étaient-ils...**

*Enquêteur :* citer les réponses possibles

- 5 Excellents
- 4 Très bons
- 3 Bons
- 2 Mauvais
- 1 Très mauvais

6 [Vous n'avez pas pu prendre de repas compte tenu de votre état de santé. (Pour le questionnaire parents : Il n'a pas pu prendre de repas compte tenu de son état de santé)] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q26. – Que pensez-vous de la variété des plats proposés ? Était-elle...**

*Enquêteur :* citer les réponses possibles

- 5 Excellente
- 4 Très bien
- 3 Bien
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise

6 [Vous n'avez pas pu prendre de repas compte tenu de votre état de santé. Il n'a pas pu prendre de repas compte tenu de son état de santé] (Réponse non citée par l'enquêteur)

9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

Maintenant, nous allons parler de votre sortie de l'établissement de santé

**Q27. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les médicaments que vous devez prendre après la sortie, comme le dosage, les horaires, les effets indésirables... ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les médicaments que votre enfant devait prendre après la sortie (dosage, horaires, effets indésirables...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

7 [Aucune information donnée] (Réponse non citée par l'enquêteur)

6 [Vous n'aviez pas de médicament à prendre] (Réponse non citée par l'enquêteur) (Pour le questionnaire parents : Il n'avait pas de médicaments à prendre)

9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q28. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur la reprise de vos activités après la sortie, comme la reprise du travail, du sport, de vos activités habituelles ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur la reprise des activités de votre enfant après la sortie, comme la reprise de l'école, du sport ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

7 [Aucune information donnée] (Réponse non citée par l'enquêteur)

9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q29. – Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les signes ou les complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin après la sortie ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de l'information qui vous a été donnée sur les signes ou les complications devant vous amener à recontacter l'hôpital ou votre médecin pour votre enfant après sa sortie ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

7 [Aucune information donnée] (Réponse non citée par l'enquêteur)

6 [Aucun risque de complication] (Réponse non citée par l'enquêteur)

9 [Ne sait pas] (Réponse non citée par l'enquêteur)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q30. – Que pensez-vous de la façon dont votre sortie a été organisée, par exemple l'annonce de votre date de sortie, votre destination à la sortie... ? Diriez-vous qu'elle était...**

*Parents* : Que pensez-vous de la façon dont la sortie de votre enfant a été organisée (par exemple, l'annonce de sa date de sortie, sa destination à la sortie...) ? Diriez-vous qu'elle était...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Excellente

4 Très bonne

3 Bonne

2 Mauvaise

1 Très mauvaise

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q31. – Quel est votre opinion générale sur votre séjour à l'hôpital ? Etes-vous...**

*Parents* : Quel est votre opinion générale sur le séjour à l'hôpital de votre enfant ? Etes-vous...

Enquêteur : citer les réponses possibles

5 Très satisfait(e)

4 Satisfait(e)

- 3 Assez satisfait(e)
- 2 Peu satisfait(e)
- 1 Pas du tout satisfait(e)

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question (Réponse non citée par l'enquêteur)] Quel est votre opinion générale sur votre séjour à l'hôpital ? Etes-vous...

Et maintenant pour terminer

**Q32. – Aujourd'hui, par rapport au jour de votre admission, vous sentez-vous... ?**

*Parents :* Aujourd'hui, par rapport au jour de l'admission de votre enfant, vous pensez que votre enfant se sent...

Enquêteur : citer les réponses possibles

- 5 Beaucoup mieux
- 4 Mieux
- 3 Pareil, ni mieux ni moins bien
- 2 Moins bien
- 1 Beaucoup plus mal

10 [Je ne souhaite pas répondre à cette question] (Réponse non citée par l'enquêteur)

**Q33. – Age du patient : directe ou vérification par rapport au fichier appel.**

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

**Avez-vous des commentaires ou suggestions pour améliorer la prise en charge dans l'établissement ?**

**Si oui, lesquels ?...**



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes  
MTMOS@13-14**

**Mutualisation des ressources humaines**

Accompagnement d'un changement organisationnel par le développement des compétences

**Caroline BERNARD**

**MOTS CLES**

Mobilité Mutualisation Compétences  
Réorganisation Unités de soins

**KEYWORDS**

Mobility Mutualisation Skills  
Reorganization Hospital units

**RESUME**

La loi HPST, promulguée en 2009, oblige les établissements publics de santé à se réorganiser. Le centre hospitalier de Bar Le Duc, situé sur un des quatre territoires de santé de la Lorraine, se doit de proposer des changements organisationnels, dans un environnement contraint économiquement. Au sein du pôle médecine et spécialités, est initié un projet de mutualisation des ressources humaines des trois unités de médecine.

Les objectifs de ce projet sont, de développer les compétences des IDE et AS en organisant leur mobilité, et ainsi de répondre aux besoins de prise en charge des personnes soignées.

Pour cela, les cadres des trois unités et leurs équipes identifient à partir du travail réel, ce qui est commun et ce qui est spécifique. Une grille d'évaluation des compétences spécifiques est co construite avec le groupe projet, elle servira de support à l'entretien annuel d'évaluation. Les résultats permettront d'élaborer une cartographie des compétences spécifiques des collaborateurs. Des actions de formation dans l'objectif de développer leurs compétences seront proposées.

**ABSTRACT**

The French hospital reform act of July 2009, requires public health institutions to reorganize. Bar Le Duc hospital, located in one of four health territories of Lorraine, must provide organizational changes in an economically constrained environment. Within the medicine end specialties department, a project of human resources mutualisation among the three medical units has been initiated.

The objectives of this project are to develop the skills of nurses and nurse's aids by organizing their mobility, and to meet the needs of patient's care. The data collection is conducted by the nurse's managers and their staff. From the real work observed, they identify what is in common and what is specific to the three units. Then, they put in place an evaluation chart of the specific skills. During annual performance meetings, the above chart is used to evaluate the specific skills of the staff. The result is the elaboration of a specific skills mapping per unit. Training courses are proposed in order to develop staff skills.

They cover the three medicine units.