



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion **2007**

Date du Jury : **septembre 2007**

Le projet de soins : outil de management du directeur des soins

Isabelle SAINT-HONORÉ

Remerciements

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

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 Première partie : le cadre théorique	5
1.1 Le projet d'établissement et le projet de soins : cadre réglementaire	5
1.1.1 Un projet d'établissement institué réglementairement en 1991	5
1.1.2 Une évaluation et une contractualisation interne initiées en 1996	6
1.1.3 Novembre 2002 : hôpital 2007 ou le pacte de modernité sociale	7
1.1.4 Un projet d'établissement multi-facettes, inscrit dans le territoire de santé	8
1.1.5 La place centrale du projet d'établissement	9
1.1.6 Un projet dirigé vers l'avenir : l'hôpital 2012.....	10
1.1.7 Naissance du projet de soins	11
1.1.8 Un projet de soins infirmiers qui s'étend aux autres dimensions paramédicales ..	11
1.1.9 Une commission qui évolue : de la CSSI à la CSIRMT	12
1.1.10 Le projet de soins, de rééducation et médico-techniques : définition	12
1.1.11 Qui est responsable du projet de soins ?	13
1.1.12 Le projet de soins et la nouvelle gouvernance	13
1.1.13 La coordination de tous les projets	14
1.2 Le cadre conceptuel : et si nous écrivions un projet.....	14
1.2.1 Le projet : concept individuel et collectif	14
1.2.2 Le projet dans une entreprise	15
1.2.3 Qu'est-ce qu'un projet ?	16
1.2.4 Le découpage d'un projet.....	17
1.2.5 La gestion de projet ou la conduite de projet.....	17
1.2.6 Le concept du « prendre soin »	18
1.2.7 Le management.....	19
1.2.8 La communication	20
1.3 Hypothèse de recherche.....	21
2 Approche compréhensive par l'étude de terrain.....	23
2.1 Méthodologie de la recherche	23
2.2 L'outil d'enquête	23
2.3 Objectifs de l'enquête	24
2.4 Les limites de l'enquête.....	24
2.5 Analyse des résultats	24

2.5.1	Présentation du lieu d'enquête	25
2.5.2	Présentation de la démarche relative au projet d'établissement et au projet de soins du CH	26
A)	Le projet d'établissement.....	26
B)	Le projet médical	26
C)	Le projet de soins	26
D)	Premières conclusions de l'analyse documentaire	27
2.5.3	Analyse des entretiens.....	28
A)	Entretiens auprès des deux directeurs de soins - présentation de la démarche relative au projet de soins	28
B)	Analyse des entretiens des directeurs.....	31
C)	Analyse des entretiens des médecins	33
D)	Analyses des entretiens des cadres de santé.....	36
E)	Analyse des entretiens des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques	40
2.5.4	Bilan de l'analyse et réponse à notre questionnaire de départ.....	41
A)	Perception globale du projet de soins selon les professionnels	41
B)	L'articulation du projet de soins avec les autres projets institutionnels	42
C)	Le grand obstacle : passer du conceptuel à l'opérationnel	42
D)	Le rôle de l'encadrement de proximité	43
E)	Les freins à l'opérationnalité du projet de soins	43
F)	Les leviers.....	44
3	Préconisations pour le directeur des soins	47
3.1	Construire pour le futur	47
3.2	Rester pragmatique et réaliste	48
3.3	Evoluer vers un projet de prise en charge des patients.....	49
3.4	Inscrire le projet de soins dans la nouvelle gouvernance	49
3.5	Etablir une politique de communication	50
3.6	Le projet de soins outil de management.....	51
3.7	Une nécessaire évaluation.....	51
	CONCLUSION	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARHIF	Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France
AS	Aide-soignant(e)
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CH	Centre Hospitalier
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPOM	Contrat Pluriannuel des Objectifs et des Moyens
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CSSI	Commission du Service des Soins Infirmiers
DS	Directeur des Soins
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	Equivalent Temps Plein
HAS	Haute Autorité de Santé
IBODE	Infirmier(ère) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'Etat
IDE	Infirmier(ère)
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PMT	Projet Médical de Territoire
PSIRMT	Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SLD	Soins de Longue Durée
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'Activité

INTRODUCTION

L'hôpital d'aujourd'hui peut être défini comme une structure extrêmement complexe, soumise à des règles, des logiques, des organisations et des environnements fortement différenciés. Il représente à la fois un microcosme et un macrocosme : microcosme à l'échelle d'une unité, d'un service, dans le cadre du colloque singulier soignant - soigné ; macrocosme dans une dimension plus générale de pôle, de travail en réseau, de Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) ou de projet de santé publique.

Les établissements publics de santé font l'objet depuis plusieurs années de nombreuses réformes hospitalières. L'ordonnance de la nouvelle gouvernance¹, la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A), la certification des établissements sont autant d'obligations pour les hôpitaux de se moderniser et de revoir leurs organisations.

Les projets menés conjointement dans un même établissement sont nombreux. Ainsi se pose très rapidement non seulement la problématique de la conduite de projet, mais aussi celle de l'articulation de tous ces différents champs d'action. Cette dynamique et cette incontournable marche en avant nécessitent la coordination de nombreux professionnels. Ce double questionnement retentit dans tous les domaines. Il se pose particulièrement pour le directeur des soins, qui élabore avec les professionnels le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration de la qualité des soins.

Par définition, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, que nous appellerons « projet de soins », est l'expression collective des personnels de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il définit les orientations et les priorités de la prise en charge globale du patient dans les différentes dimensions du soin, qu'il soit préventif, éducatif, relationnel, curatif et palliatif. Il implique une démarche participative et fédérative des personnels. Il constitue un guide pour la définition des objectifs de service et désormais de pôles, dans une perspective de 5 ans.

Il fait partie intégrante du projet d'établissement et s'articule avec le projet médical et le projet social dans un contexte de besoin de santé d'une population d'un territoire de santé.

Ainsi, de sa conception à sa mise en œuvre, et de par sa nature qui nous apparaît comme transversale et fondamentale, le projet de soins représente un enjeu majeur dans notre futur exercice de directeur des soins. Notre sujet de mémoire porte sur ce thème car notre expérience en ce domaine est limitée. Le sujet nous intéresse d'autant plus que nous

¹ Ordonnance 2005-406 du 2 Mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

avons à le concevoir et à l'élaborer dès notre prise de poste dans notre établissement d'affectation.

Notre questionnement de départ sur le sujet se base sur plusieurs constats :

- Le recueil et l'analyse de plusieurs projets d'établissement réalisés par des établissements de santé de différente nature et à des époques différentes montre la variété des documents, tant sur la forme que sur le fond. Certains sont le prolongement du projet médical. D'autres reprennent les valeurs, les concepts et les dimensions du soin. Presque tous s'articulent autour d'axes prioritaires portant sur les prises en charge coordonnées des personnes hospitalisées, sur les compétences des personnels, sur l'organisation du travail et le plan de formation. Certains restent synthétiques et globaux. D'autres sont plus descriptifs et comportent des indicateurs ainsi que des critères d'évaluation.
- Le concept de soin a évolué. Auparavant, il était question de « donner un soin ». Désormais, il s'agit de fournir un soin de qualité dans un contexte de sécurité et de connaissances de gestion des risques. Cette notion est largement développée dans la démarche de certification des établissements de santé, basée sur une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et qui comprend désormais l'évaluation des pratiques professionnelles. Tous ces concepts nécessitent des considérations individuelles et collectives qui se jouent dans un contexte très complexe de règlements, de procédures, d'organisations et de communications dans lesquels œuvrent de très nombreux professionnels. Il s'agit pour le directeur des soins de choisir judicieusement la stratégie et la politique de coordination pour une optimisation de toutes ces compétences.
- La mise en place de la nouvelle gouvernance introduit la notion de « projet de pôles ». Dans cette nouvelle configuration, des ajustements vont s'opérer désormais entre le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins, les projets de pôles, le projet social, sans oublier ceux inhérents aux commissions telles que le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN), le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Se posent immédiatement pour le directeur des soins, non seulement la problématique de la conduite de projet, mais aussi celle de la conduite simultanée de plusieurs projets, tout en réussissant la prouesse de faire tous les liens.

L'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins constituent une des missions essentielles du directeur de soins. Dans les faits, l'écriture et l'élaboration du projet de soins nécessite une organisation rigoureuse : constitution d'un comité de pilotage, élaboration d'un calendrier prévisionnel, participation des services cliniques, de rééducation et médico-techniques, études des thématiques retenues. Mais, au-delà de son écriture et de sa formalisation, il mobilise l'attention, la réflexion et le temps de nombreux professionnels. Il engage le directeur des soins et les professionnels de santé dans une dynamique de qualité, dans une perspective de cinq ans. Pour une utilisation optimale du projet de soins et pour le faire vivre, il est nécessaire de le concrétiser et de le rendre accessible à tous les professionnels, année par année. Cela nous semble être un des rôles essentiels du directeur des soins. Tout un management auprès des équipes d'encadrement doit être ainsi mis en œuvre au quotidien, mais également au long cours.

Notre premier stage effectué pendant l'année de formation à l'École Nationale de Santé Publique (ENSP) à Rennes va orienter notre recherche. En effet, le coordonateur général des soins nous fournit plusieurs projets de soins, réalisés dans différents établissements d'une part, et nous questionnons les professionnels de terrain, notamment les cadres supérieurs et les cadres de santé d'autre part. Le paradoxe semble grand au départ. Le directeur des soins fait référence à tout moment au projet de soins, lors des réunions ou des rencontres. Or, les cadres supérieurs et les cadres de santé disent « en privé » ne pas l'utiliser dans leur exercice quotidien. Ils définissent le projet de soins comme un beau document, bien documenté, qui a nécessité de nombreuses heures d'élaboration et « *qui est rangé quelque part dans leurs bureaux* ». Il ne constitue donc qu'un document, un outil qu'il n'utilise pas. Seule une cadre supérieure de santé dira qu'en fait, le projet de soins n'est qu'un support méthodologique qui contient les valeurs professionnelles infirmières : « *Le projet de soins est porté chaque jour par chaque professionnel au quotidien dans tout acte qu'il effectue : par l'infirmière (IDE) quand elle effectue un soin, par l'aide-soignante (AS) qui distribue un repas, par moi-même quand je règle un problème ou quand j'envoie un agent en formation* ». Ceci pose la question essentielle de la compréhension du projet de soins, d'autant plus que les personnels, les IDE notamment, parlent également de projet de soins individualisé du malade, faisant référence à sa prise en charge personnalisée.

Ce constat du manque d'appropriation de cet outil par l'équipe d'encadrement pose question. Le projet n'apparaît pas ancré dans les pratiques quotidiennes. Il n'est pas assez concret et est plus considéré comme un «devoir de conformité», comme un document à écrire. Sinon il serait sans doute plus utile et utilisé, voire plus approprié.

Tout ce cheminement nous fait retenir ces questions de départ :

Comment rendre cet outil accessible aux professionnels ?

Quels sont les freins et les leviers de l'opérationnalité du projet de soins ?

Quelle forme de management utilise le directeur des soins pour rendre ce projet réalité ?

Ce qui revient à dire :

« En quoi le management du directeur des soins conditionne l'implication des professionnels paramédicaux dans la mise en œuvre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ? »

En effet, manager et conduire des projets nous semblent des éléments essentiels dans la pratique quotidienne du directeur des soins. Son mode de management est déterminant et peut s'appuyer à tout moment sur le projet de soins. L'apport du projet de soins, utilisé non seulement comme outil méthodologique mais aussi, comme base des valeurs soignantes, nous apparaît comme prépondérant. Il peut constituer un véritable moteur de l'action et un facteur de motivations des professionnels. Il appartient au directeur des soins, par son management, de soutenir la politique des soins de l'établissement, de fédérer les acteurs soignants afin de créer une dynamique professionnelle collective.

Pour éclairer notre sujet, nous allons décrire dans une première partie le cadre législatif dans lequel s'inscrivent les projets d'établissements et les projets de soins dans une politique de santé en cours de réforme. Ce cadre réglementaire sera complété par une approche documentaire qui permettra d'aborder des concepts tels que les concepts de projet, de soins, de management et de communication. Ce détour théorique permettra d'éclairer notre questionnement et de poser une hypothèse de recherche.

Dans une deuxième partie, cette hypothèse sera mise à l'épreuve des réponses des professionnels, par l'analyse des résultats d'une enquête réalisée dans un établissement de santé de configuration identique à celle de notre hôpital d'affectation.

Nous présenterons dans une troisième partie nos orientations, en tant que directeur des soins, sous forme de préconisations ou de propositions d'actions relatives à la conduite du projet de soins, au regard de notre exercice prochain.

1 Première partie : le cadre théorique

La démarche projet a débuté très tôt dans l'industrie et dans les entreprises. Elle est apparue rapidement nécessaire suite au développement rapide de la concurrence, dans cette « société de consommation » qui s'est ouverte sur le monde entier.

Elle n'est apparue que tardivement dans les institutions hospitalières. Dans la première partie de ce chapitre est décrit le cadre réglementaire qui crée, puis fixe l'évolution du projet d'établissement et du projet de soins, ce dernier faisant partie intégrante du projet d'établissement. Le contexte, en constante évolution, dans lequel évoluent ces projets est également développé. Puis, un détour par les concepts fondamentaux de projet et de gestion des ressources humaines permet de délimiter notre travail de recherche dans une deuxième partie.

1.1 Le projet d'établissement et le projet de soins : cadre réglementaire

1.1.1 Un projet d'établissement institué réglementairement en 1991

C'est la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière² qui fonde la démarche projet dans les établissements de santé. Elle prévoit un certain nombre de prérogatives qui constituent les axes futurs d'organisation et de développement des hôpitaux.

Ainsi, la loi prévoit :

- L'élaboration du projet d'établissement : « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement, dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire* ».
- Sa limitation dans le temps et sa modification à tout moment : "*Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme* ».
- Une vision qualitative de la planification avec l'élaboration des SROS.
- La possibilité de contrats pluriannuels avec des annexes indicatives.
- La mise en place d'organes représentatifs : « *la commission médicale d'établissement (Art. L. 714-16.), un comité technique d'établissement (Art. L. 714-18), des conseils de service ou de département (Art. L. 714-22)* ». Ces

² Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

instances vont permettre d'anticiper et de structurer les activités de l'hôpital, mais aussi de favoriser l'échange des informations et l'expression des personnels.

- La création du service des soins infirmiers : « *Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction (Art. L. 714-26)* ». Par ailleurs, est prévue : « *Une commission, présidée par le directeur du service des soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Cette commission est consultée sur l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers, la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins, l'élaboration d'une politique de formation et le projet d'établissement* ».

Ainsi, dès 1991, le législateur incite les établissements hospitaliers, à définir une structuration interne, favorable à un engagement dans une démarche globale et prospective. Celle-ci vise à mobiliser les ressources autour d'objectifs partagés, prenant en compte les facteurs environnementaux (SROS) tout en s'inscrivant dans une logique de planification pour une période de 5 ans. Cependant, il est à noter que la loi du 31 juillet 1991 met principalement l'accent sur le fonctionnement interne des hôpitaux avec les notions de projet d'établissement, de conseils de service, de direction des soins et de mise en place de la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI).

1.1.2 Une évaluation et une contractualisation interne initiées en 1996

Cinq ans plus tard, l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée³ va renforcer la notion de projet d'établissement en introduisant la contractualisation interne et l'évaluation des établissements de santé. Deux nouvelles agences sont créées pour appuyer le dispositif : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

L'ANAES a pour responsabilité d'initier et de mettre en œuvre une procédure externe d'évaluation appelée « accréditation » pour tous les établissements hospitaliers, ces derniers devant faire la preuve d'une culture de démarche qualité.

L'ARH a pour vocation de mettre en adéquation au niveau régional l'offre de soins aux besoins de la population du bassin de santé, par l'intermédiaire de contrats d'objectifs conclus avec les établissements de santé. Cette contractualisation introduit la notion de gestion qualitative et participative des établissements de santé. Avec les SROS de

³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

deuxième génération, la contractualisation est renforcée, avec l'introduction d'annexes qui sont désormais opposables. De plus, la coopération devient obligatoire⁴.

Ainsi, les établissements sont soumis à des demandes fortes de cohérence de leur projet d'établissement avec l'environnement externe (réponse aux besoins de santé, obligation de coopération, travail en réseau, développement de complémentarités inter établissements...), tout en développant leur réorganisation interne, dans une démarche continue de recherche de qualité et de sécurité des soins.

1.1.3 Novembre 2002 : hôpital 2007 ou le pacte de modernité sociale

En 2002-2003, les structures hospitalières sont confrontées au défi permanent de leur adaptation à l'évolution rapide des techniques et pratiques médicales, ainsi qu'à l'évolution permanente des attentes et besoins des personnes hospitalisées et de leur entourage. Dans ce contexte en constante mouvance, force est de constater que « *les contraintes administratives sont devenues un véritable carcan* »⁵ pour les hôpitaux qui font preuve par là-même d'un certain immobilisme. Cette insuffisance de réactivité est mise en évidence en avril 2003 dans le rapport Debrosse–Perrin–Vallancien, qui préconise de « *moderniser l'organisation interne de l'hôpital et la gestion de ses hommes, fondées sur une plus grande déconcentration des responsabilités. Autonomie, responsabilité, contractualisation et réactivité, sont les maîtres mots des propositions avancées* »⁶.

Dans cette démarche, le plan hôpital 2007 constitue une véritable réforme hospitalière. Ce plan veut offrir aux établissements publics et privés de nouvelles possibilités de développement, en réformant les modes de financement et en donnant plus de facilités aux professionnels pour la réalisation des projets. Quatre objectifs essentiels sont retenus :

- Relancer l'investissement pour faire face à la vétusté du parc hospitalier, soit 10.2 milliards d'euros d'investissement supplémentaire entre 2003 et 2007⁷, en desserrant le carcan des règles d'achat public pour accélérer les investissements et simplifier la gestion.

⁴ Projet d'établissement/projet médical de territoire/SROS Une démarche stratégique notes de cours ENSP 3 avril 2007 C.Coquaz

⁵ Présentation du Plan hôpital 2007 par le Ministre Jean-François MATTEI 26 novembre 2002.

⁶ Résumé du rapport élaboré par Denis DEBROSSE, Directeur du Centre Hospitalier d'Angoulême, Antoine PERRIN, ORL - Chef du Département de Chirurgie tête et cou - Président de la commission médicale d'établissement - Centre Hospitalier du Mans, Professeur Guy VALLANCIEN, Faculté de Médecine Broussais Hôtel Dieu et Chef du Département d'Urologie et de Néphrologie à l'Institut Montsouris samedi 5 avril 2003

⁷ Plan Hôpital 2007/Plan Hôpital 2012 cours ENSP A.C AMPROU 13/07/2007

- Moderniser le management interne de l'hôpital, ses règles d'organisation et de fonctionnement avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et en accordant davantage de confiance à la capacité de décision des responsables.
- Réformer le financement de l'hôpital avec la mise en œuvre de la T2A.
- Faciliter le travail en réseau, les coopérations inter-établissements et simplifier l'organisation sanitaire.

Il s'agit de redonner aux établissements leurs capacités d'innovation et d'adaptation, mais aussi de leur fournir les moyens de leur développement. Faire disposer aux professionnels de davantage d'autonomie et de capacité d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités quotidiennes constitue par ailleurs un atout majeur.

L'hôpital est au centre du dispositif. Son rôle est de maintenir une offre de soins de qualité, adaptée aux besoins de santé de la population du territoire, avec une nécessaire réflexion sur la rationalisation de l'organisation de cette offre.

1.1.4 Un projet d'établissement multi-facettes, inscrit dans le territoire de santé

L'ordonnance du 4 septembre 2003⁸ renforce le dispositif de simplification de la planification sanitaire. L'article L. 6121-1 met l'accent sur les coopérations à réaliser entre les différentes structures : « *Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers* ».

En outre, elle introduit dans son article L. 6121-2 la notion d'annexe qui précise les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé et par type d'activités. De ce fait, elle peut comporter les créations, les suppressions d'activités de soins, d'équipements et de matériels lourds, les transformations, voire les regroupements et les coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Ainsi, le projet d'établissement se conçoit selon des volumes quantifiés d'activités de soins, pour un territoire de santé (ce dernier se substituant au secteur sanitaire), tout en prenant en compte le projet médical de territoire (PMT). Par ailleurs, les SROS de troisième génération⁹, élaborés en 2006 disposent, grâce à une méthodologie

⁸ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

⁹ Circulaire du 5 mars 2004

participative, d'informations de plus en plus pertinentes des besoins de santé de la population et appliquent le principe de la primauté des besoins : « *les besoins priment sur l'offre de soins*¹⁰ ». Ils déclinent également au niveau régional les axes de la politique de santé publique¹¹.

L'établissement de santé se trouve donc à l'interface entre les exigences extérieures (SROS 3) et son organisation interne. La contractualisation constitue le cœur de la réforme. Elle apporte d'une part, en externe, la contribution de chaque établissement au PMT, le Contrat Pluriannuel des Objectifs et des Moyens (CPOM) constituant le support de la démarche de planification. Elle se réalise d'autre part, en interne, à travers les contrats de pôle. En effet, par ailleurs, l'hôpital doit continuer à poursuivre la démarche de certification et à mettre en œuvre la nouvelle gouvernance¹².

1.1.5 La place centrale du projet d'établissement

Selon l'ordonnance du 2 mai 2005 sur la réforme de la nouvelle gouvernance¹³, « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L.6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel* ».

Le projet d'établissement devient un véritable outil stratégique. Instrument de cohérence, il devient instrument de communication et de motivation, ancré dans la réalité des besoins de soins. L'inscription des activités de l'établissement dans une offre de soins graduée, en complémentarité de l'offre existante, permet de garantir à l'usager un accès à des soins de qualité et sécurisés, dans une logique de rationalisation des moyens et des atouts, et non de rationnement.

¹⁰ Dr G.JANIN le SROS 3 cours ENSP 02/04/2007

¹¹ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

¹² Ordonnance du 2 mai 2005

¹³ Ordonnance du 2 mai 2005 sur la nouvelle gouvernance

1.1.6 Un projet dirigé vers l'avenir : l'hôpital 2012

Ce nouveau plan a pour objectif de garantir la poursuite du plan de réforme 2003 :

- L'effort de recomposition au sein de chaque territoire de santé est à poursuivre.
- La mise en place de filières de soins doit favoriser la continuité des soins¹⁴.
- La mise aux normes de sécurité est à continuer (amiante, incendie, réseau électrique...).
- La mise à niveau du système d'information hospitalier est à développer dans un but ultime de dossier médical partagé.

Ce plan introduit la notion de mesure de l'efficacité avec l'utilisation de calcul de retour sur investissement, avec une appréciation plus qualitative du service rendu. La logique n'est plus une logique d'efficacité, mais bien d'efficience, qui, dans cette optique, peut être considérée au sens économique du terme où efficience est égale à efficacité au moindre coût.

Il intègre un critère social, dans lequel l'association des personnels à l'élaboration des projets constitue un critère essentiel, avec, de plus, une meilleure prise en compte des conditions de travail.

Dans ce monde de réformes et de projets, l'hôpital doit composer son projet d'établissement en phase avec les orientations du SROS, mais aussi avec sa nouvelle organisation interne. Il doit intégrer dans son organisation la recherche de la performance et de l'efficience à travers la cohérence et la dimension stratégique de son projet. L'organisation en pôles d'activités, le développement de la délégation de gestion au niveau des pôles, la contractualisation interne, la démarche de certification sont autant de facteurs visant à mobiliser et à responsabiliser les professionnels hospitaliers, dans ce nouveau cadre budgétaire qui se veut plus lisible et plus incitatif, basé sur un volume d'activités à réaliser, au regard d'un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). Il s'agit bien de passer « *d'une gestion éclatée et intuitive...à la préparation ordonnée d'un futur voulu* »¹⁵.

Ainsi, le projet d'établissement comporte différents volets qui doivent s'articuler entre eux : le projet médical, le projet de soins, le projet social et le Plan Directeur architectural auxquels s'ajoutent désormais le projet de gestion, le projet de prise en charge, le Plan Directeur du Système d'Information et le projet qualité.

Nous allons nous intéresser plus particulièrement au projet de soins, thème de notre mémoire.

¹⁴ Cours ENSP Plan Hôpital 2007/Hôpital 2012 AC AMPROU 12/07/07

¹⁵ Projet d'établissement/projet médical de territoire/SROS Une démarche stratégique notes de cours ENSP 3 avril 2007 C.Coquaz

1.1.7 Naissance du projet de soins

Le projet de soins prend également sa source, comme le projet d'établissement, dans la loi du 31 juillet 1991¹⁶ portant réforme hospitalière. L'article L.714-26 introduit la création dans chaque établissement d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à un infirmier général, membre de l'équipe de direction. Une commission, présidée par le directeur du service des soins infirmiers, est composée de différentes catégories de personnel du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Cette Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :

- l'organisation générale des soins infirmiers et l'accompagnement des malades dans le cadre *d'un projet de soins infirmiers*
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins
- l'élaboration d'une politique de formation
- le projet d'établissement.

Ainsi la loi reconnaît et institue le service de soins infirmiers, met à sa tête un responsable spécifique issu de la profession. Elle dote ce service d'une instance consultative qui a voix délibérative au Conseil d'Administration de l'établissement. Ce service a pour mission entre autres d'élaborer le projet de soins infirmiers, une des composantes du projet d'établissement.

1.1.8 Un projet de soins infirmiers qui s'étend aux autres dimensions paramédicales

C'est le décret du 19 avril 2002¹⁷ portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière qui présente dans l'article 4, la coordination des soins et le projet des soins comme des missions du directeur des soins. Ce décret qui fait évoluer la fonction d'infirmier général vers celle de directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, transforme le projet de soins infirmiers dans la même perspective, c'est-à-dire en projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (PSIRMT). Ce dernier met en valeur les multi compétences de tous les professionnels concernés à travers une prise en charge coordonnée des personnes hospitalisées ou accueillies dans l'établissement de santé.

¹⁶ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁷ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

1.1.9 Une commission qui évolue : de la CSSI à la CSIRMT

Ce nouveau « statut » du directeur des soins génère de fait une modification de la CSSI. Le projet de modification du Code de la Santé Publique prévoit ainsi une rectification de l'article L.6146-9 pour l'adapter à cette évolution. La CSSI s'enrichit de nouvelles catégories professionnelles et devient Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). Cette nouvelle instance, élargie aux personnels de rééducation et médico-techniques, voit ses attributions renforcées. Elle est consultée sur l'organisation interne de l'établissement, sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

1.1.10 Le projet de soins, de rééducation et médico-techniques : définition

Selon le guide d'élaboration et d'évaluation du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France (ARHIF), « *Le projet de soins est l'un des socles constitutifs, du projet d'établissement au même titre que le projet médical et le projet social. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche* »¹⁸.

Composante du projet d'établissement, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (que nous appellons projet de soins) précise les objectifs de soins en regard des orientations médicales et de la politique d'établissement. Il peut présenter deux particularités :

- Il suit et décline les orientations stratégiques prévues dans le domaine médical.
- Il peut, par ailleurs développer ses propres axes de développement.

Par analogie avec la profession infirmière, nous pourrions dire qu'il possède deux rôles :

- un rôle prescrit (le projet de soins décline la stratégie médicale comme l'infirmière réalise les soins prescrits par le médecin)
- un rôle propre (le projet de soins comprend des objectifs autonomes comme l'infirmière possède un champ de compétences qui lui appartient).

Il présente les valeurs soignantes du personnel paramédical et fixe par là-même le cadre de références qui donne du sens à leurs pratiques. Son but est la dispensation adaptée, personnalisée et coordonnée des soins de toute nature aux usagers, tout en garantissant aux personnels des conditions de travail optimales. Il doit garantir la qualité, la cohérence

¹⁸ ARHIF Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques Guide d'élaboration et d'évaluation décembre 2006 p.3

de la prise en charge soignante, tout en affirmant les valeurs institutionnelles et professionnelles.

1.1.11 Qui est responsable du projet de soins ?

D'après les textes, c'est le directeur des soins, coordonnateur général des soins qui est initiateur et responsable de la mise en œuvre du projet de soins : « *il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité* »¹⁹.

Le directeur des soins construit avec l'ensemble des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques le projet de soins. Il l'inscrit réglementairement dans une démarche qualité, parallèlement à celle de certification.

Ainsi, la réponse pourrait être également : tous ceux qui œuvrent au quotidien pour garantir aux usagers des soins de qualité en toute sécurité. En effet, le projet de soins représente pour le directeur des soins une opportunité en termes de management, dans le développement d'une culture soignante partagée autour d'objectifs mis en commun. Mais, cette responsabilité est partagée par tous car elle engage tous les professionnels dans leur exercice au quotidien.

1.1.12 Le projet de soins et la nouvelle gouvernance

L'hôpital s'organise désormais en pôles d'activités, charge à chaque pôle d'élaborer son « projet de pôle ». Cette nouvelle posture vient irrémédiablement questionner le projet de soins. Cette interrogation sous-entend plusieurs possibilités :

- une intégration du projet de pôles dans le projet de soins : ce dernier serait décliné à l'intérieur des pôles (vision descendante)
- une nouvelle recomposition du projet de soins à partir des projets de pôles (vision ascendante)
- une nouvelle délégation (à l'instar de la délégation de gestion), où chaque pôle serait autonome dans la conduite de son projet de soins dans son projet de pôles (vision autarcique qui pose la question de la coordination et de la cohérence globale du projet de soins).

Actuellement, beaucoup d'établissements rédigent leur projet d'établissement selon leur répartition en pôles. Or, le fonctionnement des pôles n'est pas encore une réalité dans les faits et dans les pratiques. Dans cette période transitoire d'application, il convient, pour

¹⁹ Article 4 du décret n°2002-550 Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

éviter le risque de balkanisation, de réfléchir et de prévoir au mieux les organisations, tout en assurant leur coordination.

Dans le sens où rien n'est encore vraiment construit, et où la construction n'en est qu'à ses premiers balbutiements, la conduite et la réussite du projet de soins représentent un enjeu fort pour le directeur des soins, qui devra faire un certain nombre de choix décisifs en termes de méthodologie et de stratégie.

1.1.13 La coordination de tous les projets

Nous avons vu précédemment que la logique de construction du projet d'établissement suppose une articulation entre les différents projets. Il en va de même pour le projet de soins, qui doit s'articuler avec tous les autres projets institutionnels. Globalement, il est important de veiller à la cohérence de tous les projets et d'éviter les redondances. Le rôle du directeur des soins est de repérer les articulations possibles par une approche systémique, en gardant toujours comme objectif principal la prise en charge optimale et sécurisée du malade. Il est à noter par ailleurs que : *« les évolutions qui s'opèrent notamment dans le secteur sanitaire conduiront à des formalisations plus intégrées particulièrement des projets médical et de soins. Ils deviendront probablement à terme le projet de prise en charge du patient »*²⁰.

Le projet de soins, de rééducation et médico-techniques, tout comme le projet d'établissement évolue de façon inéluctable. Placé au cœur du dispositif de soins, il est non seulement soumis aux remaniements internes de tous ordres (mise en place de la nouvelle gouvernance, montée en charge de la T2A, démarche de certification), mais aussi, aux demandes externes (attentes des tutelles, des usagers, des partenaires). Il est éminemment dépendant des professionnels, qui par leur responsabilisation et leur implication dans la démarche vont le faire vivre. C'est pourquoi, pour poursuivre notre réflexion, nous allons nous attacher à décrire un certain nombre de concepts qui vont appuyer et éclairer notre questionnement.

1.2 Le cadre conceptuel : et si nous écrivions un projet...

1.2.1 Le projet : concept individuel et collectif

Le dictionnaire contemporain de la langue française²¹ définit le terme projet comme *« l'idée d'une chose que l'on se propose d'exécuter »*. Il provient du mot latin *projicere*,

²⁰ ARHIF Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques Guide d'élaboration et d'évaluation décembre 2006 p.3

²¹ Dictionnaire contemporain de la langue française édition 2001 Evreux août 1999

« *jeter quelque chose vers l'avant* », dont le préfixe signifie « *qui précède dans le temps* » et le radical signifie « *jeter* ».

Projeter, c'est aussi transposer une image (un film, des diapositives) sur une surface. Par analogie, nous pourrions dire qu'il s'agit d'une image d'anticipation, construite dans une logique de temporalité sur une surface inscrite dans le futur. Dans la vie quotidienne, ce mot est largement utilisé dans ce sens : projet de voyage, de construire, de mariage... La notion de projet est inhérente à la vie. Il est peu concevable de dire que l'homme puisse vivre sans projet ou sans but. Nous pourrions dire qu'il est le propre de l'homme. Il peut constituer son ressort essentiel. Il le concerne à la fois sur un mode individuel et collectif. Nous sommes tous animés par des projets, des buts, des objectifs. C'est ce qui nous fait avancer chaque jour, vers cet avenir incertain fait de certitudes, mais aussi de doutes que nous désirons à minima maîtriser. Ce constat est également valable sur un mode collectif et social. Dans le livre « *Ce que manager par projet veut dire* », les auteurs écrivent : « *Nos sociétés modernes sont devenues des « sociétés à projets ». Les projets concernent autant les institutions (projet scolaire, projet de loi, projet d'établissement hospitalier...) que les individus à tous les stades de la vie (du projet éducatif au projet de retraite, en passant par les projets familiaux, professionnels)* »²².

Le projet se retrouve dans tous les aspects de l'activité humaine, quelle qu'elle soit ; mot magique qui nous permet de progresser, d'avancer, avec l'espoir, sans doute, de construire quelque part un monde meilleur. « *Cette omniprésence du mode projet renvoie à une vision idéalisée de ce mode d'action. Le projet semble alors devenu un instrument qui donne l'espoir à l'homme de ne plus seulement subir les événements, mais de pouvoir maîtriser le cours de l'histoire et forger le futur à sa façon* ».

1.2.2 Le projet dans une entreprise

Dans un contexte professionnel, le projet peut se définir comme « *une aventure temporaire, entreprise dans le but de créer un produit ou un service unique* »²³. Cette définition est intéressante pour plusieurs raisons. Elle reprend la notion de temporalité car un projet se termine à une date déterminée. L'ancrage dans la réalité est concret avec la réalisation d'un objet. Il est unique car le résultat final est propre au projet entrepris. Mais, le terme choisi « *aventure* » sous-entend toutes les notions d'incertitudes et d'imprévus liées à l'environnement et aux acteurs. Il s'agit bien, quel que soit le contexte, d'une aventure humaine, dans laquelle tout ne semble pas maîtrisé.

²² ASQUIN A, FALCOZ C, PICQ T, *Ce que manager par projet veut dire*, Editions d'organisation, 2005

²³ Wikipédia, l'encyclopédie libre : <http://fr.wikipedia.org>

Pour Jean-Pierre Boutinet, le projet représente « *une intention opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré* »²⁴. Il se décline en deux temps. Le premier correspond à sa conception par un travail d'idéation. Le deuxième passe par sa réalisation par l'action. Toutes les notions d'intentionnalité, d'opérationnalité, de temporalité y sont retrouvées sur les deux niveaux, à savoir celui de l'individu et celui de la vie sociale.

Selon Boutinet, le projet renvoie à trois traits bien spécifiques :

- Son exemplarité : il s'éloigne du quotidien et du banal pour penser à un ailleurs idéalisé.
- Son opérativité : le projet est concrétisé dans sa réalisation grâce à une forme appropriée qui va rendre l'intention opératoire.
- Sa pronominalisation : il n'est jamais anonyme. Il est toujours lié à un acteur individuel ou collectif bien identifié, qui se décide, se détermine, s'organise, se comporte comme auteur²⁵.

Ainsi, le projet est devenu dans notre société moderne qui veut tout maîtriser, une valeur obligée, qui doit intégrer la complexité des organisations, le rythme accéléré des changements technologiques et l'évolution des comportements sociologiques. Ce qui nous amène à poser la question concrète suivante :

1.2.3 Qu'est-ce qu'un projet ?

Pour répondre au principe de réalité de la vie hospitalière, nous avons décidé de choisir la définition suivante : « *On appelle projet l'ensemble des actions à entreprendre afin de répondre à un besoin défini dans des délais fixés* »²⁶

Un projet est donc une action temporaire avec un début et une fin. Il mobilise des moyens identifiés (humains, matériels, financiers). Il représente un coût (budget, temps, énergie) qui doit être calculé. Les résultats attendus, définis, connus et mesurables sont considérés comme « livrables ». Ainsi, le projet doit être régulièrement revisité et faire l'objet d'évaluations.

Dans cette optique, le projet peut être considéré comme un objectif ou un exercice à part entière qui comporte quatre aspects : fonctionnel, technique, délais et coûts.

L'aspect fonctionnel répond à un besoin ; l'aspect technique respecte les spécificités ; l'aspect temporel prévoit le calendrier et les échéances ; l'aspect budgétaire prend en compte tous les coûts.

²⁴ BOUTINET J.P, Anthropologie du projet, Editions PUF, 1990, p.77

²⁵ BOUTINET J.P, Psychologie des conduites à projet, Editions PUF, Que sais-je ?, Vendôme, avril 2004, p.34

²⁶ Wikipédia, l'encyclopédie libre : <http://fr.wikipedia.org>

Il semble par ailleurs essentiel, qu'il comporte toujours une notion de nouveauté et de changement, voire d'originalité. En effet, bien que l'ambiance du projet revêt toujours une connotation favorable ou positive, Jean-Pierre Boutinet évoque son caractère éphémère, aléatoire et périssable. Sa progression est souvent jalonnée de doutes, la satisfaction devant les résultats souvent mitigée. En effet, la réalité correspond rarement à l'image « *pro jetée* » lors de la conception du projet.

1.2.4 Le découpage d'un projet

Le projet peut être décomposé en sous-projets ou « lots » ou « chantiers », afin d'obtenir des sous-ensembles, moins complexes et plus maîtrisables, qui permettent leur appropriation par les professionnels. Ce découpage est primordial au bon aboutissement et à la réussite. Il permet également de procéder plus facilement à la planification de l'ensemble.

C'est ce que nous retiendrons pour la méthodologie à venir. D'un projet global, il apparaît nécessaire de le découper afin de le rendre accessible et lisible pour les acteurs ayant à le mettre en œuvre. Il s'agit bien de diminuer la distance entre un projet de grande envergure à l'échelle de l'établissement, puis, de le rendre opérationnel au niveau des pôles, au niveau des services et au niveau de chaque professionnel.

1.2.5 La gestion de projet ou la conduite de projet

La gestion de projet ou conduite de projet est une démarche visant à structurer, assurer et optimiser le bon déroulement d'un projet suffisamment complexe pour devoir :

- Être planifiée dans le temps : c'est l'objet de la planification.
- Être budgétée : étude préalable des coûts et avantages ou revenus attendus en contrepartie, des sources de financement, étude des risques opérationnels et financiers et des impacts divers.
- Faire intervenir de nombreuses parties prenantes : c'est l'objet des organisations qui identifient maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage.
- Responsabiliser le chef ou directeur de projet, mettre en place un comité de pilotage.
- Suivre des enjeux opérationnels et financiers importants²⁷.

L'objectif doit être précisé de façon claire, chiffrée et datée. Le résultat doit être conforme à des normes de qualité et performances prédéfinies, pour le moindre coût et dans le meilleur délai possible.

La conduite de projet est un processus dynamique. Elle questionne les acteurs, étudie leurs attentes, leurs relations et leurs logiques. La conduite du projet de soins met en jeu

²⁷ http://fr.wikipedia.org/wiki/Conduite_de_projet

tous les corps professionnels paramédicaux dont la finalité est la prise en charge du patient. Dans cette transversalité, des collaborations vont se dessiner et des interfaces se négocier. Les métiers se côtoient et les logiques sont plurielles. La nécessité d'ajuster les rationalités, de reconnaître les compétences des uns vis-à-vis des autres s'impose. La reconnaissance d'une compétence collective passe par une « connaissance » et une « reconnaissance » mutuelles de tous les individus et des groupes de métiers. Ainsi, « *il ne suffit pas de faire et d'avoir des projets. Il convient que celui-ci ait un sens pour tous ceux qu'il concerne et que la démarche permettant de le préparer, de le formuler et de le soutenir, crée les conditions pour que l'établissement reste durablement en projet* »²⁸. Le projet de soin constitue en lui-même un chemin pour revivifier la question du « sens au travail » à travers la notion du « prendre soin ».

1.2.6 Le concept du « prendre soin »

Le projet de soins détermine bien la façon dont les professionnels de santé envisagent de « prendre soin ». Il s'agit bien de « *porter un intérêt particulier, d'apporter un attention particulière en vue de favoriser, de développer, de promouvoir la vie, le bien-être de la personne auprès de laquelle on a pour mission d'intervenir. Le but que nous poursuivons est de prendre soin du patient et de ses proches qui vivent une situation particulière, source d'inquiétude, de stress, voire de souffrance. Quel que soit le métier que nous exerçons au sein de l'équipe de soins infirmiers, prendre soin, c'est chercher à donner du sens aux moyens spécifiques dont nous disposons de par nos fonctions et nos qualifications. Ce sens, c'est la valeur ajoutée aux actes qui composent le métier de chacun quel que soit le degré de complexité de ces actes* »²⁹.

Cette notion du « prendre soin » se différencie bien de la notion plus technique de « faire des soins », qui se définit davantage par les savoir-faire (souvent individuels), les protocoles et les modes organisationnels. Le « prendre soin », plus global, sous-entend la perspective pour les professionnels de s'inscrire comme partenaires de soins dans une équipe pluridisciplinaire et multi-compétente où chaque professionnel a un rôle essentiel. La coordination des actions et des pratiques est un critère de qualité des soins. Il s'agit de proposer un projet dont le patient est placé au cœur du dispositif collectif. Tout ceci suppose dès le départ un management ouvert et évolutif.

²⁸ HONORE B., SAMSON G. La démarche de projet dans les établissements de santé. Privat. 1994. Toulouse. P.6

²⁹ W.HESBEEN La réadaptation – Du concept au soin Ed.Lamarre Paris 1994

1.2.7 Le management

Le management est la gestion d'un groupe, d'une organisation afin d'accomplir un objectif³⁰. Il est reconnu comme l'élément déterminant dans la performance de toute entreprise ou structure. Nous avons vu précédemment que l'hôpital est par nature une organisation complexifiée par la multiplicité des professionnels, des rôles, des techniques et des attentes parfois contradictoires du public et des autorités de tutelle³¹. Le management hospitalier est l'un des plus complexes. Pour appréhender cette complexité, S. Lucas propose pour le directeur des soins deux approches :

- la rigueur prescriptive apportée par le management,
- l'approche compréhensive apportée par la sociologie³² :

Au niveau stratégique, le raisonnement prescriptif permet de définir les missions de l'hôpital, de présenter la segmentation des activités, d'analyser l'environnement et de faire des choix. Il se concrétise par l'élaboration d'un projet d'établissement qui comprend trois projets principaux : le projet médical qui détermine les grandes orientations, les prises de décisions (et en quelque sorte les pouvoirs) ; le projet de soins qui décline le projet médical tout en affirmant les valeurs d'une filière de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; le projet social qui décrit la politique des ressources humaines. Ainsi, l'approche prescriptive précise ce qu'il faut faire, qui doit le faire et comment le faire.

L'approche compréhensive, inspirée de la sociologie parle de stratégie au niveau des acteurs. Selon Michel Crozier et Erhard Friedberg, les organisations sont des « systèmes d'action concrets ³³ » à l'intérieur desquels les « acteurs » (des personnes ou des groupes) ont des objectifs, conscients ou non. De ce fait, ils élaborent des stratégies pour les atteindre. Cette approche, centrée sur l'analyse des jeux des acteurs inscrit le management dans une dimension stratégique.

Ces deux approches sont à utiliser conjointement par le directeur des soins pour favoriser l'implication et l'engagement de l'ensemble des professionnels. En effet, la succession des réformes ont modifié les stratégies des filières professionnelles, qu'elles soient médicales, soignantes et administratives. De ce fait, le positionnement stratégique de ces filières professionnelles s'en est trouvé modifié. Les pouvoirs ne sont plus les mêmes ou ne s'exercent plus de la même façon. Ainsi, les acteurs développent des stratégies nouvelles afin de faire face à ces nouveaux pouvoirs et à ces nouveaux enjeux. Le changement est radical. La nouvelle gouvernance avec l'évolution des structures, la mise en place des pôles est venue bouleverser tous les équilibres. De nouveaux modes

³⁰ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Management>

³¹ DE KERVASDOUE J. L'hôpital, Ed. PUF. 2004 p.4

³² S.LUCAS, notes de cours ENSP, le management, février 2007- Rennes

³³ M. Crozier, E. Friedberg, « L'acteur et le système », Le Seuil, Paris, 1977

d'organisation sont créés et de nouvelles fonctions ont émergé (coordonnateurs de pôles, chefs de centre de responsabilité...). En outre, l'usage de technologies performantes de l'information et de la communication est devenu indispensable.

Dans cette perspective, il s'agit pour le directeur des soins de connaître les alliances et les marchés implicites, d'informer et de communiquer pour donner du sens et de développer un management de la confiance, mais aussi une démarche stratégique. Selon M.Crémaçez la démarche stratégique est tournée vers l'action. « *Elle a pour objet d'organiser l'action collective en orientant la dynamique des acteurs vers la recherche de synergies. Pour cela, elle se doit d'être ouverte, objective, positive, active et implicative* »³⁴. Sa réussite passe aussi par « *un engagement important et démonstratif du sommet stratégique* »³⁵.

Dans ce sens, le directeur des soins, dans la conduite du projet de soins, peut orienter son management en développant les axes suivants :

- La reconnaissance et la valorisation des professionnels
- La prise en compte de leurs préoccupations, leurs inquiétudes
- La création d'un climat de confiance
- L'explicitation du contexte et de l'environnement, les exigences et les contraintes, mais aussi les plus-values
- L'appropriation du projet à travers des actions concrètes et réalisables.

Ceci suppose des modes de communication efficaces, communication qui occupe une place centrale.

1.2.8 La communication

Etymologiquement et historiquement, communiquer peut avoir plusieurs sens.

Au XIV^{ème} siècle, la communication-communion est le partage du sens. Au XVIII^{ème}, communiquer, c'est transmettre un message, une information (par le télégramme de Chappe, par la construction des voies de communication). Ainsi, communiquer, c'est transmettre un message, donner une information, entrer en relation, mettre en commun. Au XX^{ème} siècle, la communication devient un support de publicité et de marketing, pain béni des entreprises. De nos jours, la communication est multifonctions et multimodales, à l'instar des nouvelles technologies et de ses nombreux gadgets. Elle peut servir à tout, et, elle peut servir à rien, inondés que nous sommes par les informations de tous ordres et de tous côtés. Les modes et les supports de communication et de transmission sont devenus multiples, rivalisant entre eux de rapidité et d'ingéniosité, rapprochant les villes,

³⁴ M.CREMAÇEZ en collaboration avec F.GRATEAU le management stratégique hospitalier Paris, InterEditions, Masson 1992 p.116

³⁵ Ibid, P.281

les pays, les continents et par-là même les hommes. A l'heure actuelle, chacun peut y gagner ou s'y perdre, d'autant plus que nous n'avons pas tous les mêmes acuités ou les mêmes centres d'intérêts. Or la communication ne s'improvise pas, car communiquer, c'est aussi et surtout « communiquer à... »³⁶. En effet, communiquer, c'est tenter d'avoir des effets de réalité, c'est à dire des modalités de l'action sur le monde par la mise en action de formes symboliques.

A l'heure actuelle, l'établissement hospitalier est fortement institutionnalisé. Dans ce tsunami de réformes, il se situe aujourd'hui à la frontière entre l'ancien, l'institutionnel, le fondé, et, le nouveau, l'artificiel, l'artefact. Dans cette phase de transition, le directeur des soins doit être garant des objectifs à atteindre. Il doit être animateur de la co-production. Il doit mettre en œuvre trois formes de communication :

- une communication institutionnelle qui légitime le projet de soins.
- une communication organisationnelle, qui se base sur un référentiel d'actions et qui sert de guide à tous les professionnels.
- une communication « commerciale », qui consiste à dire les choses, à montrer le but à atteindre, à créer les conditions d'écoute et d'actions collectives afin d'obtenir le « agir ensemble ».

Pour cela, il doit :

- Réaliser une analyse approfondie de la situation et établir un diagnostic.
- Expliciter en permanence les buts de l'action collective.
- Faire des choix « cibles » et décider d'objectifs mesurables, précis et réalistes.
- Participer aux moyens et développer le processus d'innovation.
- Etablir la planification et l'évaluation de l'ensemble des actions et en prévoir les réajustements.

1.3 Hypothèse de recherche

L'idée de projet est trop importante pour ne servir qu'aux besoins d'un travail ou d'un exercice. Le projet a pour finalité de donner du sens aux actions des professionnels, de créer une image anticipée du futur dans un but de progression, d'innovation, voire de provocation d'un changement. Il mobilise beaucoup d'énergie, et nous l'avons constaté, celle-ci est à la fois individuelle et collective. Le mode de management propice à l'éclosion d'un projet collectif réussi puise sa force dans les capacités du manager à favoriser un processus de construction identitaire permettant une mobilisation générale de chacun et de tous. La communication y est primordiale. Celle-ci y est éminemment stratégique. En l'occurrence, le projet de soins comporte trois constantes : une partie théorique et

³⁶ B.PARENT communication managériale communication et gestion de crise cours ENSP février 2007.

méthodologique qui reprend les axes du projet médical ; une partie philosophique ou éthique qui porte les valeurs professionnelles para médicales et une composante pratico-pratique qui se retrouve dans les actions au quotidien de prise en charge des personnes accueillies à l'hôpital. Ces trois composantes pourraient constituer chacune une porte d'entrée pour participer à la démarche. Or, lors des entretiens exploratoires, nous avons constaté que le projet de soins n'est pas une référence systématique pour les professionnels soignants non médicaux. Parfois, même l'équipe d'encadrement n'en connaît pas les finalités. Et pourtant, tous sont demandeurs d'objectifs concrets et surtout de légitimité de leurs actions.

A ce stade de l'étude, la question de départ qui s'est imposée à nous est réaffirmée car elle concerne bien l'implication des professionnels dans la mise en œuvre du projet de soins et le management de ce projet :

En quoi l'appropriation du projet de soins par les professionnels constitue un atout majeur de management pour le directeur des soins ?

Cette hypothèse principale peut être déclinée en trois sous questions, plus concrètes. Celles-ci servent de support à ce travail. Elles permettent de mieux répondre à notre principale interrogation, d'autant plus qu'elles sont confrontées à l'étude de terrain.

- Quels sont les freins de l'opérationnalité du projet de soins ?
- Quels en sont les leviers ?
- Quel est le rôle du directeur de soins ?

2 Approche compréhensive par l'étude de terrain

2.1 Méthodologie de la recherche

Notre travail se base sur une enquête menée dans un Centre Hospitalier (CH) de même dimension et de même nature que notre établissement d'affectation. Nous avons choisi cet hôpital pour deux raisons essentielles : il présente la même configuration que celui de notre futur poste d'une part, il a un an d'avance par rapport à notre établissement d'affectation en ce qui concerne le projet d'établissement, le projet de soins et la mise en place de la nouvelle gouvernance, d'autre part. Ainsi, en étudiant la méthodologie utilisée et les premiers résultats, il nous permet de recueillir un maximum d'informations en termes d'acquisition et de retour d'expérience.

2.2 L'outil d'enquête

Il s'appuie sur l'analyse documentaire du projet d'établissement et du projet de soins du CH et sur la conduite d'entretiens auprès des professionnels de toutes les catégories professionnelles : équipe de direction, équipe médicale, équipe d'encadrement, infirmiers et aides-soignants.

Il nous apparaît très important d'avoir l'avis de tous ces professionnels afin de recueillir le maximum d'informations sur leurs connaissances du projet de soins et sur leur niveau d'implication. En effet, nous nous attachons non seulement à la méthodologie du projet de soins, au management de sa conduite, mais aussi et surtout à sa mise en actions et à sa véritable opérationnalité.

Dans cette optique, nous avons mené 29 entretiens semi directifs d'une durée chacun en moyenne d'une heure. Nous avons interrogé 29 professionnels : 1 directeur d'établissement, 1 directeur de la stratégie et des coopérations, 2 directeurs des soins (DS), 4 médecins dont un président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), 1 Cadre Supérieur de Santé (CSS) chargée de missions transversales, 5 cadres responsables de pôle, 1 cadre médico-technique, 1 cadre de santé infirmier, 1 IDE faisant fonction de cadre de bloc opératoire, 1 IDE coordonnatrice du service de réanimation, 7 IDE, 1 manipulatrice de radiologie et 3 aides-soignants.

Notre guide d'entretien (annexe 1) explore les modalités d'élaboration et de mise en œuvre du projet de soins à l'intérieur du projet d'établissement. Il questionne sur les modalités de communication et sur son opérationnalité au niveau des services. Il interroge les rôles et les actions de chaque professionnel dans l'exercice de ses activités. Il questionne enfin sur le positionnement du directeur des soins.

2.3 Objectifs de l'enquête

Au regard des hypothèses posées, l'enquête a pour objectifs principaux de :

- Repérer les éléments qui favorisent ou limitent la mise en œuvre du projet de soins.
- Identifier les rôles de chaque professionnel.
- Identifier le mode de management et les modalités d'actions de la direction des soins pour élaborer, mettre en œuvre, faire vivre et évaluer ce projet.
- Connaître les modalités d'évolution ou perspectives d'avenir de ce projet.

Une distinction est faite entre l'équipe de direction et les personnels :

- En ce qui concerne l'équipe de direction qui prépare la stratégie et détermine la politique d'établissement, il nous semble important de connaître leurs intentions et les plans d'actions qu'ils mettent en œuvre pour atteindre les objectifs visés. Connaître les buts recherchés ou attendus et savoir quelles sont, selon eux, les clés de réussite et de pérennité du projet de soins.
- Les personnels, quant à eux, œuvrent au quotidien auprès des personnes hospitalisées. Ce sont eux, à notre avis, qui font vivre le projet de soins au jour le jour, dans la qualité de leur prise en charge. Il s'agit de voir comment ils le comprennent et le déclinent dans leurs activités au quotidien et dans les projets auxquels ils participent.

2.4 Les limites de l'enquête

Les limites principales résident dans le temps court de réalisation de ce mémoire de fin d'études (études qui ne durent que 9 mois) et sur le nombre restreint de professionnels interrogés sur un seul établissement (le recueil d'éléments similaires ou contradictoires sur plusieurs établissements aurait sans doute enrichi l'analyse). Aussi, les résultats ne peuvent se concevoir que dans le cadre de cette recherche et ne peuvent prétendre à être généralisés. Les données recueillies sont essentiellement d'ordre qualitatif. Elles mettent en évidence un certain nombre de réflexions, de certitudes et d'incertitudes passés à la loupe de 29 professionnels en activité, avec les limites et la subjectivité du discours propre à chacun. La disponibilité des personnes interviewées, leur intérêt pour le thème ont permis de réels échanges. Il est à remarquer de plus, que les entretiens ont permis un recueil d'informations riche et diversifié, qui nous servira, sans aucun doute, dans l'exercice de notre futur métier.

2.5 Analyse des résultats

Dans une première partie, nous présentons la démarche choisie par le CH pour entreprendre le projet d'établissement et le projet de soins 2006-2010, grâce à l'analyse

documentaire. Cette présentation est complétée dans une deuxième partie par l'analyse des entretiens et la restitution des éléments marquants en lien avec notre cadre conceptuel et notre problématique. Le choix d'une étude qualitative nous permet d'employer régulièrement les paroles ou citations des personnes interviewées.

2.5.1 Présentation du lieu d'enquête

Le Centre Hospitalier (CH) est un établissement public de santé situé sur un territoire de santé dont le nombre d'habitants est estimé à 174 000. Ce territoire est marqué par un vieillissement et une précarisation relativement importante de sa population. L'offre de soins en court séjour est assurée par le CH, deux autres centres hospitaliers et 3 cliniques, dont l'une est spécialisée en gynécologie-obstétrique.

Le CH est l'établissement de référence du territoire. A ce titre, il a pour mission d'assurer une offre de soins complète en médecine, chirurgie, obstétrique et de mettre à disposition un Service d'Accueil des Urgences 24 h/24. Il dispose d'une maternité de niveau II et du seul service de pédiatrie du territoire de santé. Il assure également la couverture en psychiatrie générale, en pédopsychiatrie, en rééducation fonctionnelle et en Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

L'établissement est en totale restructuration et la fin de l'année 2006 a été marquée par l'ouverture de bâtiments totalement neufs regroupant le court séjour, les hôpitaux de jour et de semaine de médecine et de chirurgie, le plateau technique de kinésithérapie et les consultations. En 2007 est prévue la reconstruction du secteur de psychiatrie. Par ailleurs, un travail approfondi est engagé pour rénover les bâtiments de médecine et agrandir le service des urgences.

La visite V2 de la certification a été réalisée en mars 2007, avec un rapport final attendu pour le mois de septembre.

En début d'année, dans le cadre de la mise en place de la nouvelle gouvernance, l'hôpital s'est organisé en 7 pôles d'activités : mère enfant, médecine, chirurgie, psychiatrie, gériatrie, activités transversales et pôle de direction.

Le CH dispose de 839 lits et places, dont 330 en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), 143 en SSR et psychiatrie et 366 en unité de Soins de Longue Durée (SLD) et maison de retraite³⁷.

Il est le premier employeur de la ville et emploie 131,40 Equivalent Temps Plein (ETP) personnel médical et 1236,79 ETP personnel non médical.

Au total, le CH présente une grande diversité de disciplines avec des équipes médicales restreintes par spécialité, dans un contexte de forte concurrence avec des cliniques à dominante chirurgicale et obstétricale.

³⁷ Données 2006.

2.5.2 Présentation de la démarche relative au projet d'établissement et au projet de soins du CH

A) Le projet d'établissement

Le projet d'établissement du CH a été élaboré par des groupes de travail pluridisciplinaires. Au total, près de 150 professionnels ont participé à la démarche de 2003 à 2006. Il a commencé en 2003 et 2004 par une réflexion sur le projet médical, considéré comme la « *pierre angulaire* » du projet d'ensemble. Les autres composantes (projets de soins, personnes âgées, qualité, schéma directeur immobilier, social, de gestion, du système d'information, management et développement durable) ont été écrites en 2005 et au premier semestre 2006. Il est présenté aux instances en juin 2006. Deux particularités sont prises en compte : une démographie médicale assez défavorable et une stabilité démographique, dans une équation qui consiste : « *à faire plus et mieux avec peu de moyens supplémentaires* ».

Cinq perspectives essentielles sont retenues et servent de guide au projet d'établissement :

- La métamorphose de la relation avec les usagers
- L'inscription des actions du CH dans un travail de coopération étroit avec les autres acteurs de la santé
- Le maintien de l'emploi
- Le renforcement des activités existantes
- L'ouverture de l'hôpital sur la ville.

B) Le projet médical

Très détaillé, il reprend 7 priorités institutionnelles :

- Renforcer l'activité chirurgicale
- Accroître l'interdisciplinarité en médecine et valoriser la spécialité
- Bâtir une offre en cancérologie et radiothérapie
- Renforcer la prise en charge gériatrique
- Restructurer les urgences
- Mettre en adéquation l'offre et les besoins en psychiatrie
- Conforter le leadership en maternité et en pédiatrie

C) Le projet de soins

Le projet de soins est écrit fin 2005, début 2006. Il est le résultat de la réflexion d'un groupe de professionnels, piloté par la directrice des soins en collaboration avec le président de la CME, composé de :

- un praticien hospitalier, du service d'accueil et des urgences, représentant de la CME et siégeant à la CSSI
- un cadre supérieur du secteur de médecine
- un cadre de santé du secteur médico-technique
- un cadre de santé du secteur « alternatives à l'hospitalisation »
- une sage-femme, cadre supérieur de santé du pavillon mère-enfant
- un adjoint des cadres du bureau des admissions
- une secrétaire médicale du service de chirurgie

Nous pouvons noter dès à présent que la taille du groupe (9 membres) est de dimension idéale, que l'ensemble des activités du CH est représenté ainsi que les différents corps de métier (personnels médicaux, paramédicaux et administratifs) à l'image de la configuration des pôles d'activité.

Le projet de soins est écrit à partir de trois axes stratégiques qui retracent le parcours du patient de son entrée à sa sortie :

- Améliorer le parcours de l'utilisateur lors de son accueil
- Améliorer la prise en charge de l'utilisateur lors de son séjour
- Améliorer la prise en charge de l'utilisateur lors de sa sortie

Nous pouvons remarquer que ce découpage du parcours du patient reprend la méthodologie préconisée par la HAS concernant par exemple l'évaluation du dossier de soins. Ces trois grands thèmes sont déclinés en sous-objectifs. Chacun fait l'objet d'une fiche de plans d'actions (annexe 2) qui reprend le contenu de l'objectif, la personne responsable, les personnes impliquées, les réunions à prévoir, les dates de début et de fin, l'avancement et les commentaires.

D) Premières conclusions de l'analyse documentaire

Le projet médical et le projet de soins ont fait l'objet de constructions parallèles, à des temps différents et par des groupes de professionnels différents. Des mises en commun ont été faites à posteriori, au moment de la construction finale du projet d'établissement, mais il n'y a pas eu de réelles mises en relation. Les deux projets ont deux présentations différentes : le projet médical est très complet, plutôt littéraire, il reprend chaque activité médicale ; le projet de soins est plutôt synthétique et comporte des fiches, qui se résument en des plans d'actions (tableaux à compléter). Il est à noter que sur aucune de ces fiches, la colonne « responsable » n'est remplie, ce qui pourra expliquer par la suite un manque de suivi de ces actions.

Il faut noter également le changement de la directrice des soins en 2006. La directrice des soins qui a piloté en 2005 l'élaboration de soins ne l'a pas mis en œuvre. En effet, en juin 2006, elle prend la direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Une

nouvelle directrice des soins arrive et exprime ses difficultés à entrer dans ce projet qui vient d'être construit. Elle dit ne pas en avoir la même conception.

C'est ce qui nous amène à entrer dans l'analyse des entretiens. Nous faisons le choix d'analyser les entretiens par corps de métier. Il nous semble important de connaître les avis prépondérants et le positionnement de chacune de ces catégories professionnelles. Ceci afin de pouvoir comparer et trouver des similitudes, des divergences d'opinions ou des particularités liées au champ de compétences de chacun.

2.5.3 Analyse des entretiens

A) Entretiens auprès des deux directeurs de soins - présentation de la démarche relative au projet de soins

La directrice des soins qui a piloté l'élaboration du projet de soins en 2005 a pris ses fonctions sur le CH en octobre 2003. A son arrivée, le projet de soins précédent était obsolète. L'arrivée d'un nouveau directeur d'établissement en 2004 relance la problématique de la construction du projet d'établissement et donc du projet de soins.

Pour construire le projet d'établissement, l'équipe de direction décide de commencer par le projet médical avec l'aide d'un consultant extérieur. L'idée de départ était d'écrire un projet commun « *médical et paramédical et de ne pas les séparer* ». Or, dans les faits, il a été impossible à réaliser car « *l'adhésion du corps médical n'a pu être obtenue* ». Ainsi le projet médical, considéré comme la « *pièce angulaire* » du projet d'établissement a été écrit en 2004. Tous les autres projets, dont le projet de soins, sont rédigés par la suite, soit en 2005 et début 2006. La directrice des soins décide alors de travailler avec l'équipe des cadres supérieurs pour faire un bilan de l'existant par rapport au projet précédent et étudier l'atteinte ou non des objectifs. Elle a travaillé les axes de développement avec les cadres supérieurs, qui ont travaillé avec les cadres de proximité, qui ont travaillé « en cascade » avec les équipes. La formalisation de l'ensemble des données recueillies a permis d'élaborer le projet de soins selon le parcours du patient. Ainsi, toutes les problématiques du patient sont abordées selon ces 3 thèmes et déclinées selon une méthodologie qui permet de suivre l'évolution des objectifs selon un calendrier. La volonté du DS était de rendre le projet de soins complémentaire du projet médical, en conformité avec les orientations du SROS, en évitant les redondances. Son objectif est de ne pas réécrire les éléments du projet médical, mais de renforcer les valeurs énoncées, de permettre l'appropriation des grandes orientations par les personnels soignants et de les rendre porteurs du projet. « *Je ne voulais pas que le projet de soins soit la réécriture soignante du projet médical* ». La communication du projet de soins a été faite au cours de réunions et de journées d'informations organisées pour les cadres, à charge aux cadres de donner ensuite l'information à leurs équipes. La directrice des soins estime qu'il est préférable de découper le projet de soins en séquences, avec des objectifs et des

évaluations prioritaires annuels. « *Il est souhaitable qu'il soit opérationnel. C'est pourquoi, les objectifs et les évaluations doivent être annuels. Par contre, il ne doit pas être trop opérationnel. Sinon, on risque d'oublier les grands axes* ». Elle souligne l'importance de la complémentarité et de la collaboration entre les personnels médicaux et paramédicaux : « *Le projet, c'est l'affaire de tous : les médecins, les aides-soignants, les infirmières... C'est une chaîne. Si un maillon est faible, c'est l'ensemble qui est faible* ».

La difficulté se situe à l'articulation projet médical - projet de soins. Ils pourraient représenter à eux deux, dans l'absolu, la même entité (la prise en charge du patient) mais, ils possèdent chacun leurs propres particularités. Le projet de soins vient en support du projet médical, il le seconde. Ils sont indissociables, et pourtant ils sont bien distincts l'un de l'autre car on y retrouve la volonté, certainement légitime, de chaque corps de métier de faire reconnaître ses valeurs et ses convictions, qui sont certes très proches, mais pas identiques. Le plus important pour la directrice est le résultat du travail réalisé avec les cadres supérieurs et l'explication donnée aux cadres. Il s'agit de faire des propositions et de faire des choix. Parfois, il est préférable d'être réducteur afin que l'ensemble de l'équipe puisse l'accepter. De plus, il faut rester fidèle aux informations données par les équipes.

Le projet de soins a pour particularité d'être transversal par rapport à la prise en charge du patient, c'est pourquoi la méthodologie qui suit le parcours du patient est intéressante et a été retenue. « *Le projet, c'est l'affaire de tous* ». Mais, le plus important est qu' : « *il faut un chef* ». Et c'est son mode de management qui va permettre sa concrétisation. « *il faut qu'il devienne concret. On l'écrit, on donne les grands axes. Mais, après, on le réécrit pour le faire comprendre. On fixe les objectifs et on doit faire des bilans d'étapes, pour voir l'état d'avancement et redonner des indicateurs précis.* » Par contre, au départ, il doit être bien posé. Le bilan de l'existant et le futur positionnement dans le territoire de santé sont essentiels. Ils permettent une vision sur le futur et de « *savoir où on va* ».

Cependant, la nouvelle directrice des soins, arrivée en juin 2006 ne se retrouve, ni dans le projet de soins, ni dans la méthodologie utilisée. Et pourtant, c'est elle qui l'a présenté aux instances. « *C'est difficile de rentrer dans une logique qui n'est pas la sienne. Pour moi, c'est un projet de soins fait avec une équipe soignante au sens large. Il est trop généraliste* ». Elle fait une réelle distinction entre le projet médical et le projet de soins. Le projet médical donne les grandes orientations, qui construisent et orientent le projet d'établissement, dans une logique d'activités médicales à 5 ans. Le projet de soins, quant à lui, complète la construction du projet médical. Il est centré sur la qualité de la prise en charge, l'organisation des soins et sur des valeurs inscrites dans le temps. Le rôle de la direction de soins est de prévoir les compétences qui vont accompagner le projet médical.

S'il était à refaire, elle l'aurait écrit selon «trois versions » : le patient, le personnel, l'institution. *« On peut construire le projet sur les besoins des patients. En face de ces besoins, on réfléchit sur les personnels et les compétences, tout en intégrant les grandes orientations »*. A partir de ces grands axes sont retrouvés l'utilisateur, l'équipe, les partenaires extérieurs, ce qui permet de réfléchir sur l'ouverture sur le réseau, sur les coopérations et le travail avec les partenaires sociaux. Pour se retrouver dans la démarche, elle a fait un maximum de liens entre le projet de soins nouvellement construit et la démarche qualité dans le cadre de la préparation de la visite V2 de la certification réalisée en mars 2007 : *« Dès qu'un élément de l'accréditation se raccrochait au projet de soins, ex, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur la sortie, on a fait les liens entre le projet et les évaluations. Chaque cadre était destinataire du document et le recevait dans son intégralité »*. Elle attend les résultats des experts visiteurs, résultats attendus pour septembre 2007. Cependant, au regard des premières évaluations, elle a déjà formalisé deux objectifs principaux 2007 de la direction des soins, relatifs aux écrits professionnels et à la formation des personnels infirmiers aux gestes d'urgence.

Elle pense que la chronologie des projets est importante. Il aurait été préférable d'écrire le projet de soins après la visite de certification. *« J'aurais dû écrire le projet de soins après la V2. Cela m'aurait beaucoup aidé. On part du bilan du terrain, passé au crible de tout le référentiel de l'HAS. Ainsi, on peut fixer des objectifs »*.

Le projet peut devenir opérationnel, à condition qu'il y ait un minimum d'objectifs « partisans » qui proviennent du terrain. *« Car, si on veut donner du sens, on doit être au clair. Les gens adhèrent en fonction du bilan qui a été fait »*.

La lecture de ces deux points de vue met en évidence :

- Le lien entre le projet médical et le projet de soins, qui semble évident, ne l'est pas dans la réalité des pratiques et des conceptions. Ils sont liés l'un à l'autre à certains niveaux (prévoir les compétences paramédicales au regard d'un projet ou d'une activité médicale), mais, ils peuvent être totalement indépendants (sécurité, organisations des circuits...). Ici se pose la réelle possibilité de construire à plus ou moins long terme le « projet unique de prise en charge médicale et paramédicale ».
- La chronologie des projets « imposés » revêt toute son importance. Nous avons vu précédemment que la construction d'un projet se base sur un bilan « éclairé » de l'existant. Dans le cadre du CH, le projet 2006-2010 est écrit en 2005-2006 et la visite V2 est réalisée en 2007. Les résultats de la V2 ont révélé de nouvelles obligations et de nouvelles priorités. Tout un travail à posteriori, de liens et de cohérence est désormais à réaliser pour mettre ces 2 démarches en cohésion ou en phase. N'existe-t-il pas une démarche ou un processus (idéal ou mieux

réfléchi) qui permette de gagner du temps et de l'énergie afin de ne pas tout recommencer ?

- Le projet de soins n'a pas été évalué selon ses propres critères. Le changement de directrice des soins n'a pas facilité cette évaluation. De plus, les conceptions de méthodologie des deux directrices de soins, étant différentes, il est difficile de concevoir une pérennité de ce projet en l'état. Les autres priorités institutionnelles (ouverture des bâtiments neufs, restructuration de la psychiatrie...) ont de plus certainement repoussé les échéances.

De ces constats, nous allons explorer ce qu'en pensent les directeurs.

B) Analyse des entretiens des directeurs.

Nous avons interrogé le directeur de l'établissement ainsi que le directeur de la Stratégie et des Coopérations, arrivés respectivement sur le CH en 2004 et 2005.

L'avis du directeur d'hôpital :

Il insiste sur la longueur du temps prise pour écrire le projet d'établissement ; « *deux ans de maturation pour que la réflexion se transforme en projet d'établissement* ». Il considère que depuis la loi de 2004 sur l'assurance maladie, c'est le SROS et le CPOM qui conditionnent ce projet. Ce dernier constitue « *un plan de vol, un balisage, une feuille de route que l'équipe de direction s'impose* ». L'élément principal du projet d'établissement est le projet médical : « *Pas de projet d'établissement sans projet médical. C'est la colonne vertébrale* ». Ceci explique la construction du projet d'établissement : le projet médical a été réfléchi et écrit en 2004 et les autres projets opérationnels par la suite. Il pense que c'est une erreur de parler de projet de soins. Il estime que le projet est « *médical et infirmier* », car vouloir séparer les soins médicaux et les soins infirmiers lui semble une « *aberration* ». Il fait en cela référence au contentieux équipe médicale-direction des soins qui a préexisté pendant 14 ans avant son arrivée, contentieux qu'il lie à la personnalité de la directrice des soins précédente « *qui a sévi pendant presque 14 ans !* ». Pour lui, cette situation est totalement incompréhensible quand sont considérées les missions respectives de ces 2 métiers qui sont communes et qui est la prise en charge du patient. Il se refuse à penser que les directeurs des soins représentent un troisième pouvoir : « *le pouvoir s'exerce concurremment, or, ce n'est pas une mise en concurrence et que le meilleur gagne !* ».

Ce qui est important, c'est la ligne de conduite donnée par l'équipe de direction avec un exercice du pouvoir qui doit s'exercer intelligemment entre ses différents membres et en fonction des objectifs visés. La mise en place de la nouvelle gouvernance en est l'illustration avec la transposition aux pôles.

En ce qui concerne le conseil exécutif (CE), il ne le conçoit pas sans directrice des soins car « *elle représente la position qualitative de la prise en charge et est responsable de la*

mise en œuvre de l'organisation générale des soins». Elle est également responsable de la mise en œuvre de son projet de soins. Il estime que les meilleurs projets sont ceux issus des personnels. C'est pourquoi, il a favorisé une démarche ascendante très forte depuis son arrivée dans l'établissement. Le CH n'est pas une très grande structure, mais il présente l'avantage d'être en totale restructuration, avec une très grande diversité d'activités et avec une majorité de « *gens qui aiment leur travail et le font bien* ».

L'avis du directeur de la stratégie et des coopérations

Il a animé les groupes de travail lors de la construction du projet d'établissement. Il insiste sur l'importance du projet médical et reprend mot pour mot les paroles du directeur d'établissement : « *Si pas de projet médical, pas de projet d'établissement. C'est la pierre angulaire* ». Il pense que le projet de soins comporte deux parties : « *une partie subordonnée au projet médical et une autre partie où le projet de soins n'a pas besoin du projet médical* ». La première suit la politique médicale et s'ajuste aux orientations prises ou prévues, la deuxième concerne l'autonomie des soins infirmiers dans la prise en charge du malade, quelle que soit sa pathologie : « *la part des soins jamais subordonnée à un médecin ou à une prescription* ». Il signale qu'au départ, le projet de soins était très conséquent. Le projet médical faisait 30 pages et le projet de soins 200 pages. L'ARH a donc demandé de faire une synthèse du projet de soins qui s'est donc décliné ensuite sous forme de fiches. Par ce système de fiches, l'articulation projet médical – projet de soins lui apparaît très claire car tout se décline d'un projet à l'autre. De plus, le projet social s'articule très bien avec le projet de soins en termes de formation.

Tout ce travail lui a permis de réaliser le Plan Directeur contenant l'ensemble des projets en relation avec les travaux, les achats et les investissements, et d'en fixer la programmation.

Il estime que le projet de soins est le projet de la direction des soins et non du directeur des soins. En effet, il faut concevoir les démarches dans une vision globale au-delà des personnes. « *Aujourd'hui, les soins prennent une certaine autonomie dans leur gestion. Le médecin n'est que le prescripteur. Ensuite, les soins s'organisent* ».

Ainsi, pour lui, le principal acteur de la mise en œuvre du projet de soins, c'est « *l'infirmière sur le terrain. C'est elle avec son autonomie* ». La directrice des soins donne l'impulsion, les cadres sont les relais. Il fait remarquer qu'en l'absence d'appui de la direction des soins et des médecins, rien ne peut se faire.

Il considère le directeur des soins comme « *le conseiller technique des soins paramédicaux du directeur, d'abord et avant tout* ». Le directeur ne connaît pas le terrain, mais doit en connaître les éléments. Il fait appel à l'ensemble de ses directeurs adjoints et de ses responsables, qui, en fonction de leurs champs de compétences lui donne les

informations nécessaires et suffisantes afin de faire l'analyse et de prendre des décisions éclairées.

La lecture de ces deux points de vue met en évidence :

- La divergence des 2 représentations concernant le projet de soins et l'articulation projet médical - projet de soins : autonomie de chacun, intersections, ou bien fusion (réaliste, réalisable ou impossible pour l'instant ?).
- La prégnance du passé a été très importante en 2004 et a laissé des traces. Les conflits, qui semblent à l'heure actuelle dépassés, mais qui ont perduré pendant de nombreuses années ont empêché une évolution positive des projets.
- La nécessité d'une clarification des pouvoirs et de la façon dont ce pouvoir est exercée. La mise en place des pôles d'activités fera t- elle partie des opportunités ou constituera t- elle un obstacle ?

C) Analyse des entretiens des médecins

Le groupe des médecins interrogés comprend :

- Un médecin, chef de pôle, ancien président de la CME
- Un médecin du Service d'Accueil des Urgences (SAU), président de la Commission Locale contre la Douleur (CLUD)
- Un praticien hygiéniste, vice-président de la Commission de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), responsable de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH)
- Un praticien hospitalier, médecin biologiste, responsable de l'hémovigilance.

Le médecin, chef de pôle, ancien président de la CME a une très bonne connaissance du projet d'établissement. Il a fait partie du comité de pilotage et a participé par ailleurs aux différents groupes : projet médical, projet de soins, Plan directeur et Plan informatique. Pour lui, la principale difficulté a été de mener parallèlement le projet médical et le projet de soins, les limites n'étant pas claires : « *Qui du Projet médical ? Qui du projet de soins ?* ». L'avancement s'est fait avec plus ou moins de complémentarité, les deux champs étant différents, mais devant absolument se connecter : « *le projet médical sans projet de soins n'a pas de sens et inversement* ». Ce qui est important, c'est la mise en commun pour aller dans le bon sens. Ainsi, il y avait des cadres de santé dans le groupe de travail travaillant sur le projet médical et des médecins dans celui du projet de soins. Par contre, il émet une distinction. Le projet de soins peut à certains moments se démarquer du projet médical : « *le projet de soins, c'est propre à l'organisation des soins qui ne passe pas forcément par le projet médical. Par exemple, la sécurité transfusionnelle doit être appliquée partout, quel que soit le service, et ne dépend pas de*

l'activité médicale. Comme dans la définition de l'infirmière, le projet de soins a un rôle propre ».

Il souligne l'importance de la guidance de tous ces multiples projets, mais aussi de leur mise en relation, qui est loin d'être aisée : « *Le Comité de pilotage a essayé d'harmoniser les différents projets. Le projet de soins a été initié par la directrice de soins. Le plan directeur est resté à l'initiative du directeur* ». Pour lui, l'évaluation du projet de soins, n'a pu être réalisée, faute de temps, phagocytée par la visite V2 de la certification. Malgré tout, la continuité a été assurée car le référentiel de l'HAS mesure obligatoirement un certain nombre de dispositions inscrites dans le projet de soins.

A son avis, le rôle du directeur des soins est essentiel. Il donne l'impulsion et doit assurer la coordination : « *Il ne faut pas que cela parte dans tous les sens* ». A son avis, le métier du directeur des soins est de mettre en concordance les différents secteurs, de penser au plan de formation nécessaire à cette cohésion et d'avoir une connaissance importante des innovations. Dans ce schéma d'harmonisation et de nouveautés, il doit également favoriser les initiatives, ce qui permet d'avancer dans le bon sens : « *plus le projet est pertinent, plus on a des chances de le mener à terme et de le réussir* ».

Il est également intéressant de saisir toutes les opportunités. Les besoins remontent des services, certes, mais parfois des décrets ou des lois sortent et vont favoriser l'amélioration des soins dans certains secteurs (amélioration des soins gériatriques, plan Alzheimer, plan cancer...). Beaucoup d'informations circulent dans les hôpitaux. Il s'agit de faire le tri et de repérer ce qui est profitable au niveau de l'établissement car « *les projets se nourrissent aussi de la réglementation* ».

Cependant, l'implication des personnels dans les services est essentielle. Le mode de management y est fondamental. C'est pourquoi, le binôme médecins-cadres doit bien fonctionner, sinon, « *C'est la catastrophe. Faut pas rêver, l'autogestion n'existe pas. En gros, il y a les moteurs et les consommateurs* ». Avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, la situation est loin d'être facile : « *C'est une usine à gaz. Il y a plus de réunions et moins de soins* ». Et pourtant, comme il est de nature optimiste, il conçoit l'avenir favorablement : « *La nouvelle gouvernance, ce n'est pas la solution à tout. Mais, si c'est bien utilisé, ce sera peut-être une chance pour l'avenir de l'hôpital public* ». Ainsi, la multitude des projets ne constitue pas pour lui un problème : « *Il y a 22 ans, à l'hôpital, il n'y avait aucun projet. Je préfère plus de projets que pas de projet !* »

Les trois autres médecins ont une vision beaucoup plus partielle des projets en cours, voire une méconnaissance quasi-complète : « *Le projet d'établissement... je vais être muette* ». Ne faisant pas partie des instances institutionnelles, ils ne reçoivent que des bribes d'informations ou des comptes-rendus restreints. Ils savent que certains grands projets sont en cours (reconstruction du service de psychiatrie, agrandissement du

service des urgences) mais ils ne connaissent pas les détails. Ils ne font pas la différence entre le projet médical et le projet de soins : « *Je ne vois pas le distinguo. On ne peut pas scinder ; j'espère que le patient est au centre du jeu. On ne peut pas couper : pas de médecin sans IDE et inversement. Il faut les deux, sinon, ça ne marche pas. Ce sont deux projets à monter ensemble. On ne devrait pas les désolidariser* ».

Pragmatiques, ils soulignent le décalage entre ce qui est écrit « *sur le papier* » et la réalité. Par contre, ils considèrent que tous les personnels, quels qu'ils soient sont concernés par les projets : « *Le président de la CME, les chefs de pôles, les médecins, les cadres administratifs, le directeur et les cadres de pôles* ».

Ils déplorent une modification du statut des cadres de santé : « *Le boulot du cadre est uniquement administratif. Ils n'ont plus de rôle soignant. Ce n'est pas satisfaisant et cela déconnecte de la réalité* ».

Le rôle du directeur des soins est quant à lui, de veiller à l'application des objectifs poursuivis, d'analyser les bons fonctionnements, de mesurer les écarts et de rechercher les corrections ou les réajustements. Il doit avant tout coordonner et relayer : « *Il faut que le projet soit nourri par le directeur des soins. Il doit donner ses intentions* ». A charge ensuite aux cadres de mettre en place tous les critères et les actions sur le terrain pour atteindre les objectifs. L'adhésion des équipes est primordiale. Pour cela, il faut arriver à communiquer. Or, ils constatent souvent que les idées sont plutôt exposées aux personnels et ne sont pas suivies d'effet dans la réalité du terrain. La façon de communiquer et de présenter les choses leur apparaît comme essentiel et est très dépendante du management de la direction : « *Tous ces managers qui managent !* ».

Ils remarquent également que les services et surtout les pôles n'évoluent pas à la même vitesse et ce sera « *aux managers* » d'en assurer le contrôle et les articulations : « *Ceux qui vont aller vite vont aider les autres. Mais, chacun a ses objectifs et ses indicateurs* ».

Ils ont remarqué cette grande différence au moment de la visite V2 : « *L'hôpital a plusieurs vitesses. En V2, on a vu une très grande hétérogénéité. Il faut un tronc commun* ».

Par contre, ils soulignent que la certification représente pour eux une véritable opportunité d'évolution et de dynamisme : « *Il y a eu plusieurs EPP. C'est bien, car cela met une dynamique pour améliorer notre prise en charge. Il faut que ça dure. Cela oblige les établissements à ne pas s'endormir sur leurs lauriers* ». Ils s'inscrivent complètement dans la démarche au cours de leur exercice quotidien. Cela leur permet également d'actualiser leurs connaissances et de développer leurs compétences, dans un souci d'harmonisation de qualité des soins et de prise en charge.

Ils vivent une grande phase de changement et les mutations se font à tous les niveaux : « *Pour certains, ça booste. Pour d'autres, ça effraie* ». Ainsi, ils essaient de se « *replacer* » au sein des pôles et de trouver leur place comme « *prestataire* ».

La lecture de ces données met en évidence :

- En fonction des postes occupés et de la participation aux groupes de travail, l'information donnée aux médecins n'est pas la même, ce qui induit des niveaux de connaissance très différents de la politique de l'hôpital, voire un défaut d'informations.
- Pour les trois médecins, le contenu global du projet d'établissement, du projet médical et du projet de soins restent des concepts assez flous et lointains.
- Et pourtant, il est à signaler leurs demandes fortes en termes d'informations et de communications.
- Il est à noter également leurs grandes implications quand ils sont interpellés ou sollicités.

D) Analyses des entretiens des cadres de santé

L'équipe d'encadrement interviewée est composée de :

- 3 cadres supérieurs infirmiers, responsables de pôles
- 2 cadres de santé infirmiers, responsables de pôles
- 1 cadre supérieur infirmier, chargée de missions transversales
- 1 cadre médico-technique
- 1 cadre de santé

A l'exception d'une cadre de santé qui est arrivée depuis trois mois sur le CH, tous les cadres travaillent dans l'établissement depuis plusieurs années. Aussi ont-ils pour la plupart une bonne connaissance des problématiques et de l'historique de l'établissement. La structuration en pôles d'activités a eu lieu en début d'année. Leurs nominations comme responsables paramédicaux de pôles sont faites depuis trois mois et les nouvelles organisations se mettent petit à petit en place. Ils sont très conscients de la modification de leurs « *territoires de responsabilité* », qui est « *plus éclaté* », « *plus diversifié* » et plus « *polymorphique* ». Ils sont au cœur du changement, et la plupart, bien qu'un peu inquiets, sont partie prenante dans la démarche. Chacun est en train de recomposer et de réinvestir les champs d'activités qui lui sont confiés. Tous ont entrepris un travail d'analyse sur les difficultés de chaque secteur.

Ils connaissent bien le projet d'établissement et la plupart ont participé aux différents groupes de travail relatifs au projet d'établissement et à la certification. Ils font bien la distinction entre le projet médical et le projet de soins : « *Le projet médical, c'est l'activité médicale à venir en fonction des médecins existants et en fonction de l'évolution de santé sur le secteur. Exemple, le cancer, c'est un besoin de la population. Tel médecin arrive, on fait telle spécialité. Le projet de soins, on est plus dans la qualité. Nous, par rapport au cancer, c'est la mise en place de la qualité des soins, c'est la prise en charge globale du patient dans la qualité* ». Le projet de soins vient toujours en soutien du projet médical.

Une seule cadre parle de projet médico-soignant dans le sens où la prise en charge du patient est l'affaire d'un travail d'équipe. Tous les acteurs sont impliqués. Il n'est pas concevable de travailler seul, et où les uns n'existent pas sans les autres.

Ils ont bien saisi les différences de management entre les deux directrices des soins qui se sont succédées. Mais comme la ligne de conduite n'a pas changé : atteinte des objectifs annuels, ils se retrouvent dans la démarche, d'autant plus que les premiers résultats de la visite V2 de la certification sont venus renforcer leurs certitudes et leurs obligations de travailler sur des thèmes prioritaires (tenue du dossier de soins, formation aux transmissions ciblées). Ils sont très conscients de leur rôle dans le projet. Ils participent à la réflexion impulsée par la direction des soins et ils ont un rôle moteur à jouer auprès des cadres de proximité « *A nous d'emmener les cadres dans une dynamique de projet et d'élaboration dans le vif !* ».

Le projet de soins est l'affaire de tous, mais chaque professionnel a un rôle bien déterminé :

- La directrice des soins est l'instigateur et le dirigeant : « *Le projet de soins est le bébé de la directrice des soins. Elle y met toutes ses valeurs. Elle va au front pour le passer aux instances et c'est la personne qui va évaluer son projet de soins* ». Elle en assure également le suivi et la pérennité. Elle organise chaque semaine une réunion avec les cadres responsables de pôles et « *fait vivre le projet en permanence* ». Ainsi, elle questionne fréquemment les cadres sur l'avancement des actions en cours et sur l'atteinte ou non des résultats. Elle a un rôle prépondérant de transmission des informations. En fonction de l'ensemble des observations, elle évalue les besoins, fait une estimation de la faisabilité et juge en dernier ressort. C'est elle également qui fait les liens entre les différents projets et les explicite. Elle est en quelque sorte le « *chef d'orchestre, qui impulse la dynamique*. Mais, au final, c'est elle qui coordonne le tout, tout en veillant à la cohésion et à la cohérence de l'ensemble, en donnant la ligne de conduite à suivre. « *Elle est le pilote du projet et dit où aller. Elle s'assure du bon chemin, relance si besoin et aide sur certains domaines : méthodologies, actions, objectifs* ».
- Le responsable de pôle ou le cadre supérieur participe à la réflexion, à l'élaboration et à la détermination des objectifs ; à lui ensuite de le présenter et de le porter au niveau de sa propre équipe. C'est « *son authenticité et son management qui pourra faire passer les choses* ». En ce sens, il reprend la dynamique et la réimpulse au niveau de l'équipe d'encadrement. Il a également un rôle de régulateur car en fonction des problématiques ou des difficultés, c'est à lui de donner les priorités : « *Si le cadre va dans tous les sens, je dois réorienter* ». Les cadres supérieurs souhaitent arriver à permettre aux cadres de prendre du

recul par rapport au quotidien car « *ceux-ci ne voient plus le sens* ». Or, ils estiment que connaître le sens est nécessaire à l'implication.

Une des cadres responsable de pôles rajoute qu'il y aura tout un travail à réaliser au niveau de toutes les catégories professionnelles : « *La prise en charge est administrative, médicale et soignante. Nous aurons à faire vivre toutes les collaborations. Plus nous travaillerons au niveau de ces interfaces, mieux cela va se passer, au sens large, jusqu'à la secrétaire médicale. Cela ne se règle pas d'un côté cadre ou d'un côté médical* ». Elle se situe à la fois comme « *centre stratégique et opérationnel* » de la démarche, tout en ayant conscience qu'elle ne connaît pas tous les éléments de la stratégie.

Le cadre supérieur est également un vecteur du changement et son rôle est de faire remonter à la direction des soins les difficultés du terrain. Pour eux, la directrice des soins est un vrai partenaire, « *un conseiller, un accompagnant* ».

En ce qui concerne les projets de pôles, les positionnements sont clairs, à savoir que les grandes lignes du projet de soins seront obligatoirement dans les projets de pôles, selon une déclinaison en articulation avec le projet médical.

- Les cadres de proximité ont un rôle de diffusion et d'animation auprès de tous les soignants : « *Il faut aller jusqu'à l'agent des services hospitaliers (ASH). Ils constituent « la dernière roue motrice ». Mais, ils disent manquer de temps et déplorent un manque de coordination : « Il y a plein de projets, des tas d'acteurs qui travaillent, mais tellement peu de ponts, que chacun perd du temps, de l'énergie et fait ce que les autres font aussi ». Et pourtant, leur rôle est primordial car l'application sur le terrain dépend essentiellement d'eux : « C'est le cadre qui va manager et conduire ». Ils sont très conscients des limites, mais aussi des menaces de la conjoncture actuelle : « On ne peut pas travailler sur tout, et tout en même temps. Les équipes s'essouffent, et au bout, on a rien ». Ainsi, à leur niveau, ils fixent des priorités en choisissant des thèmes qui ont des chances de réussir ou de provoquer un changement.*

Pour l'ensemble des cadres, le projet de soins donne les grands axes, le sens, la tendance : « *S'il faut plus de mesures d'hygiène, on se rapproche du projet de soins avec l'équipe : on tend vers..., donc, dans le service, on va faire ça.* ». La distinction est bien faite entre le projet dans sa globalité avec ses grandes lignes directrices et son application au niveau de services : « *Dans le service, on fait vivre des petits bouts de projet de soins. Dans le projet de soins, par exemple, toute une partie concerne l'accueil. Nous, dans le service c'est la distribution du livret d'accueil, c'est la personne de confiance, c'est le retour des questionnaires de satisfaction* ». Pour la plupart, ils se

situent à la bonne distance par rapport au projet de soins : « *Ce n'est pas parce qu'on ne travaille pas le fond, qu'on ne travaille pas au quotidien les différents aspects* ».

Ils sont favorables au découpage du projet de soins année par année, ce qui leur permet d'avancer par étape et ne pas se perdre dans une vision à 5 ans « *futuriste et un peu surfaite* ». Suivre un calendrier et un échéancier leur permet de faire des bilans d'étapes et de voir finalement tout le chemin parcouru : « *Quand je commence le bilan, je me pose. Au départ, j'ai peu de choses. Puis, petit à petit, je trouve plein de choses et je me rends compte de tout ce qu'on a fait* ». Cela leur permet également de communiquer les évaluations aux équipes et de se projeter « *pour le prochain* ».

Leur rôle est de passer de l'abstrait au concret, du conceptuel au pratico-pratique. « *Nous, on rentre dans le concret. Du conceptuel, on montre aux agents qu'on peut le décliner en actions. Eux, ils sont dans le concret et nous, au niveau du pôle, on dit : c'est comme ça qu'on va faire* ».

Ils n'éprouvent pas d'énormes difficultés pour faire les liens entre les différents projets car la directrice des soins les informe lors des réunions hebdomadaires et ils s'inscrivent eux-mêmes dans les différents groupes de travail. Dans un souci de modernité ou de modernisation, ils aimeraient être un peu plus novateurs pour se démarquer, mais leurs préoccupations se tournent inéluctablement vers les « *termes bateaux de : qualité, satisfaction des usagers, gestion des risques, recrutement, affectations...* ».

Tous parlent de qualité, de valeurs soignantes à construire et à défendre et de l'importance de la qualité des informations données. Ils ne veulent pas seulement donner du sens, mais aussi et surtout valoriser ce qui est réalisé par les équipes et du bien fondé du processus : « *C'est la réalité du quotidien. En améliorant la prise en charge du patient, ils améliorent leur propre quotidien* ».

Ils s'inscrivent chacun individuellement dans une démarche de progrès et la visite V2 de la certification les a confortés dans l'orientation de leur travail : « *On a vu lors de la visite que le projet de soins est un maillon essentiel de la certification. Le parcours du patient, on l'a retrouvé. Tout ce qui a été évalué correspondait à notre projet de soins* ».

Au final, à deux exceptions près, les cadres se considèrent comme les vecteurs du changement. Même si les conditions et le contexte de travail sont difficiles, ils ont un rôle de construction, voire de reconstruction. Certains parlent même de changement culturel. Ils ont le sentiment de travailler dans la confiance et dans la transparence, dans un environnement qui, par ailleurs avance très vite et qu'ils ont parfois du mal à appréhender. Ils ont le sentiment de vivre une période charnière, un tournant, avec la mise en place des pôles, mais ils savent déjà comment procéder : « *On va se réapproprier les grands axes du projet d'établissement, du projet médical et du projet de soins. On va en faire une synthèse, en extraire nos objectifs et les prioriser. On va reprendre le CPOM en reprenant notre partie* ». Et pourtant, ils ont bien conscience de la redistribution et de la naissance

de nouveaux pouvoirs avec la nomination des responsables médicaux de pôles qui participent pour certains au CE, et qui deviennent par là-même « *interlocuteurs et prioritaires* ». Dans ce contexte, une cadre supérieure dira que les « *consciencess sont en train de muter* ». En effet, elle a l'impression que les positionnements se modifient ainsi que le sentiment d'appartenance. « *J'ai l'impression que cela s'ouvre. On réfléchit maintenant en pôles et non en unité. On réfléchit en termes de mutualisation. La réflexion est menée par le chef de pôle et cela se met en place de façon simple* ».

E) Analyse des entretiens des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Nous avons interrogé 13 personnels choisis en fonction de leurs spécialités, de leurs lieux d'exercice et de leur disponibilité :

- 1 IDE du pôle de chirurgie (service uro-digestif)
- 1 IDE du pôle de médecine (service de pneumologie)
- 2 IDE du pôle des activités transversales (1 IDE IBODE du bloc opératoire et 1 IDE coordonnatrice du service de réanimation)
- 3 IDE du pôle de gériatrie
- 2 IDE du pôle de psychiatrie
- 3 AS du pôle de médecine (1 AS du service de dialyse et 2 AS du service de cardiologie)
- 1 manipulatrice en électroradiologie.

Dans l'ensemble, ils ont une connaissance plus ou moins partielle et exacte du projet d'établissement et du projet de soins : d'une bonne connaissance pour 4 IDE à une méconnaissance totale pour la manipulatrice en électro radiologie. 1 IDE connaît parfaitement le projet d'établissement. Elle l'a étudié très précisément dans le cadre de son inscription au concours d'entrée de l'Institut de Formation des Cadres.

Nous constatons que certains agents n'ont pas de connaissances sur la politique de l'établissement. Les grands projets de restructuration (*dont tout le monde parle*) sont fortement méconnus et les informations restituées sont inexactes. Trois ne savent pas dans quel pôle leur service est rattaché. Ainsi, ces agents ne connaissent que leur service, et parfois même que leur unité, vivant en totale autarcie et retrait. Ainsi, pour 5 d'entre eux, les réponses restent synthétiques, ou globales ou font référence à leurs activités au quotidien. Ils expriment des difficultés à définir le rôle ou les responsabilités de chacun. Et pourtant, ils se disent intéressés et expriment le souhait de s'investir, si le cadre les sollicite.

Nous remarquons de fait, que les personnels qui participent à la vie du service, à des groupes de travail ou à des instances institutionnelles ou faisant simplement preuve de curiosité détiennent beaucoup plus d'informations et argumentent leurs idées. Après un

bref instant d'hésitation et de réflexion, ils font les liens entre leurs activités et les questions posées. Ainsi, ils puisent les exemples dans leur exercice au quotidien.

Ils ne font pas de réelle distinction entre le projet médical et le projet de soins car la prise en charge est globale. Elle concerne tous les agents qui prennent en charge les malades : « *du médecin à l'ASH, les cadres, le directeur des soins, les instances* ».

Ils ne connaissent pas la directrice des soins arrivée depuis 1 an. Pour eux, son rôle est multiple : « *Trancher, décider, accompagner* » « *Organiser les travaux de groupe, donner les lignes directrices, faire le bilan des avancées, participer à l'écriture et à la validation* » « *Coordonner, tout superviser* ».

Pour eux, pour l'instant, le concept de projet de pôles reste un concept un peu flou. Chacun a plus ou moins participé à des groupes de travail et en sont ressortis plus ou moins satisfaits. Cependant, ils sont très attachés aux valeurs soignantes et à certaines prises en charge : le respect du patient et de sa personnalité, l'accueil, le respect de la pudeur, la prise en compte de la douleur. C'est à ce niveau qu'ils se situent, au cœur de la démarche : « *les professionnels sur le terrain, les IDE, les AS, ce sont les plus impliqués. C'est eux qui font la démarche du projet* ».

Le rôle du cadre est vécu comme prépondérant. Il a un rôle d'informations, de transmissions et d'animation essentiel. Il doit solliciter les agents en permanence et faire le lien entre toutes les personnes. Quand il y a un projet, c'est à lui de le présenter, de le développer et de le défendre aussi bien quand ce projet vient de la direction que s'il est issu du service. Et il a le « *rôle ingrat d'être également le bureau des plaintes* ». Les AS demandent en particulier aux cadres de leur donner les informations, les explications, « *de les motiver et leur donner envie de faire* ».

Certains n'ont pas apprécié les conditions de la visite de certification. Ils estiment que les situations étaient faussées : « *Quand ils sont venus, nous étions 5 ce jour-là alors que d'habitude, nous sommes 1.5* ». En service de réanimation, l'IDE a ressenti une énorme pression alors que la charge de travail était déjà très importante.

2.5.4 Bilan de l'analyse et réponse à notre questionnaire de départ

A) Perception globale du projet de soins selon les professionnels

En fonction du positionnement de chaque professionnel semblent se dessiner deux conceptions, voire deux écoles : ceux qui prônent un projet médico-soignant indissociable dans l'esprit et dans la méthode et ceux qui prônent un projet de soins étroitement lié au projet médical mais qui présente par ailleurs une part d'autonomie. Dans ce travail, il ne s'agit pas de savoir qui a tort et qui a raison, d'autant plus que ces différences de perceptions sont partagées par toutes les catégories professionnelles. Ainsi, les directeurs, les médecins, les directeurs des soins et les cadres peuvent émettre des avis différents. Nous pouvons remarquer cependant que les perceptions évoluent. Depuis de

nombreuses années, il est question de prise en charge globale du patient, de dossier unique du patient, et dans le cadre de la mise en place des pôles, de gestion du parcours du patient. Ce dernier est mis au *cœur* d'un dispositif qui se veut actuellement médical soignant et administratif. Il n'est donc pas inconcevable de penser qu'un jour, il soit question d'un projet médico-soignant-administratif.

Il est à noter cependant que les notions de « projet d'établissement », de « projet médical » et de « projet de soins » ne sont pas connus de tous, car les définitions ne sont pas tout simplement explicitées. Et pourtant, même si les perceptions apparaissent pour certains moins élaborées, aucun professionnel ne se trompe, en reliant d'emblée le projet de soins à l'amélioration de la prise en charge.

Par contre, ce qui nous semble dommageable, en tant que directeur des soins, est la non connaissance et/ou la non implication de certains agents à la dynamique de l'établissement, du pôle, du service voire de l'unité.

B) L'articulation du projet de soins avec les autres projets institutionnels

Les directeurs des soins et l'encadrement supérieur, de par leur positions dans l'organigramme doivent souvent mener de front plusieurs projets et gérer les cohérences et parfois les incohérences. Ce qui pose la question de la coordination des démarches engagées, de la circulation de l'information et de la communication transversale. Dans le cas présenté, les responsables ont une bonne lisibilité. L'encadrement de proximité, informé de la stratégie institutionnelle parvient en général à faire les liens mais dénonce de manière récurrente la multiplicité des projets dont la clarté des résultats n'est pas systématique. Les nombreux changements, incessants, le manque de pérennité des projets qui n'aboutissent pas, malgré des investissements parfois importants « *essoufflent les équipes* », qui se positionnent par ailleurs de façon ambiguë. En effet, les participations aux différents groupes semblent être demandées, mais elles semblent rester au niveau du souhait. Les personnels paramédicaux, à quelques exceptions près, attendent d'être sollicités et ne sont pas acteurs de la démarche, d'autant plus qu'ils n'ont pas toujours une visibilité claire de la dynamique engagée. Se pose la grande question de la qualité du management participatif qui devrait se décliner successivement à tous les niveaux, de la directrice des soins à l'encadrement supérieur, puis à l'équipe d'encadrement de proximité.

C) Le grand obstacle : passer du conceptuel à l'opérationnel

Autant la méthode et les objectifs sont clairs pour les équipes de direction et d'encadrement, autant, cela se complique quand sont abordées les réalités du terrain. Et pourtant, tout est réfléchi en amont pour permettre l'opérationnalité du projet au niveau des services. L'élaboration des fiches-actions devaient permettre ce passage. Dans les

faits, la première évaluation annuelle du projet de soins n'a pas été réalisée, supplantée par la visite V2 de la certification.

Ce que nous pouvons en dire : la nouvelle directrice des soins s'appuie désormais sur les premiers résultats (très concrets) de la visite V2 pour relancer les objectifs 2007 de la direction des soins, tout en essayant de faire les liens avec le projet de soins déjà écrit. En effet, celui-ci, malgré une volonté de forme, reste encore trop conceptuel dans le fond « *Accompagner la mise en place de la procédure d'orientation... Favoriser le recueil des attentes... Harmoniser et systématiser le recueil...* » Ainsi, il manque l'étape intermédiaire qui consiste à décliner en actions tous ces objectifs (ces objectifs-actions n'ont pas été retrouvés au niveau des services). De plus, dans ces fiches actions est réservée une colonne « responsable » qui n'a pas été remplie une seule fois. Ce qui nous fait poser les questions : Qui assure donc le suivi ? Qui assure l'évaluation prévue chaque année ?

D) Le rôle de l'encadrement de proximité

Ce rôle est reconnu déterminant par l'équipe de direction et par les personnels eux-mêmes. Le cadre est à l'interface du conceptuel et du pragmatique. C'est non seulement l'adhésion du cadre qui donne du sens au projet, mais surtout le fait qu'il se réapproprie la démarche. Le sens ou l'orientation qu'il donne auprès des soignants est fortement lié à son mode de management, à la façon dont il porte les valeurs, à la manière dont il fait les liens avec les soins au quotidien et à la façon dont il sollicite la participation des soignants. C'est à lui de décliner au niveau de son secteur les actions concrètes. L'équipe d'encadrement supérieur et la direction sont là pour lui apporter leur aide.

E) Les freins à l'opérationnalité du projet de soins

Il peut y en avoir plusieurs, se situant à plusieurs niveaux :

- Le projet de soins lui-même : s'il est trop riche avec trop d'axes, le risque est de se noyer et de ne plus savoir comment le prendre.
- Démultiplier les efforts sans résultats en écrivant un projet trop abstrait. Solliciter beaucoup de professionnels sans réussir à synthétiser et déterminer des objectifs réalisables et mesurables.
- Ne pas obtenir l'adhésion et l'implication des personnels en ne les intégrant pas dans le processus dès la conception.
- Prévoir une évaluation du projet à trop long terme, c'est-à-dire à son échéance, à 5 ans.
- Considérer le projet comme un devoir de conformité, ne pas l'utiliser comme support de travail et le ranger dans un tiroir.
- Etre pris par le quotidien, les multiples projets et ne pas prendre de recul.
- Ne pas prendre le temps d'informer, d'expliquer et de répéter.

- La mauvaise communication du projet : Il peut être vécu comme imposé, insuffisamment expliqué et par là même non suivi.
- Le manque de coopération ou de motivation des différents professionnels qui ont d'autres priorités.
- L'absence de relais ou de personne responsable.

F) Les leviers

- Une construction pluridisciplinaire, réfléchie, « en attente » de résultats mesurables, visibles et réalistes : les objectifs doivent être déclinables, quel que soit le secteur ou le service.
- Travailler sur des objectifs concrets.
- Un comité de pilotage qui perdure dans le temps et qui continue à structurer et à coordonner.
- Un management participatif « *qui rebondit* » à tous les niveaux.
- Une communication simple, multi directionnelle et multi modale qui s'adresse à tous les personnels.
- Une intégration et une participation de l'ensemble des personnels.
- Un échéancier qui prévoit une évaluation annuelle et des réajustements
- Rendre compte des résultats de façon simple et claire.

Notre questionnaire principal portait sur 3 points principaux : le **management** du directeur des soins pour **impliquer les personnels** dans le **projet de soins**. Nous avons vu que la maîtrise de la conduite de projet par la directrice des soins, relayée par l'équipe d'encadrement supérieur est une réalité retrouvée en partie dans la formalisation du projet et à travers le management participatif constaté. Les circonstances ont fait que la visite V2 est venue bouleverser cette construction et remis en cause l'édifice. Ainsi les nouveaux objectifs, issus de la V2, sont devenus prioritaires, supplantant ceux du projet de soins. De plus, la politique de communication autour du projet de soins, centrée sur l'équipe d'encadrement, apparaît insuffisante, voire défailante, car elle n'a pas été suivie d'effet. En effet, même si notre échantillonnage est restreint (13 personnels paramédicaux), la connaissance et la mobilisation des professionnels soignants restent largement limitées, ce qui peut supposer une implication variable de l'encadrement de proximité.

Ainsi, si nous devons mener une autre étude, c'est l'équipe d'encadrement et les professionnels paramédicaux qui seraient en majorité interrogés. Au final, nous faisons le constat d'un changement en profondeur qu'il faudrait initier au cœur des pratiques au quotidien afin que le projet de soins prenne réellement du sens.

En conclusion, notre questionnement de départ se trouve en partie éclairé par cette étude de terrain. Elle nous a permis d'étudier précisément une méthodologie, d'en identifier les forces et les faiblesses et de repérer un certain nombre de facteurs limitant ou favorisant l'opérationnalité du projet de soins. Pour autant, il s'agit bien d'une démarche qui s'est déroulée à un moment donné, dans un établissement situé dans un contexte donné, avec un certain nombre de professionnels « acteurs de l'action ». Nous mesurons d'autant plus le caractère limitatif de cette étude qui s'est réalisée sur un temps court dans un contexte qualifié « *en émoi* ».

3 Préconisations pour le directeur des soins

Il ne s'agit pas de proposer ici une méthode idéale de construction et de suivi du projet de soins, mais plutôt de présenter des pistes de réflexion. En effet, nous avons observé précédemment que tout projet est dépendant de nombreux facteurs, qu'ils soient environnementaux, contextuels, culturels ou sociologiques. Nous présentons donc une série de préconisations méthodologiques et managériales, ainsi qu'un certain nombre d'idées qui nous sont venues au cours de cette exploitation et qui pourront nous guider dans notre exercice futur. Elles permettent entre autres d'éclairer la stratégie du directeur des soins dans la conduite du projet de soins, projet qui permet de donner du sens, de fédérer et de coordonner l'action des professionnels.

3.1 Construire pour le futur

Il revient au directeur des soins d'avoir une vision stratégique et prospective pour élaborer le projet de soins en réponse à l'évolution des besoins de prise en charge des patients.

Le diagnostic initial, fondamental, doit intégrer des données incontournables telles que les données épidémiologiques locales, l'attente des usagers, l'évolution réglementaire et les éléments de la politique de l'établissement. Il se base également sur le bilan de l'existant avec l'identification des forces et des faiblesses des différents secteurs d'activités ainsi que l'analyse des dysfonctionnements ou des manques. Tous les rapports d'accréditation, d'audit, de qualité et d'évaluation sont autant d'éléments à intégrer et à prendre en compte pour déterminer et orienter les axes du projet de soins. Ainsi, la considération de tous ces facteurs externes et internes permettent de comprendre le présent afin de se projeter dans le futur.

Les établissements de santé se caractérisent par la multiplicité des projets institutionnels, dont les zones d'intersection ou de convergence ne sont pas toujours authentifiées. Il s'agit d'identifier au préalable les axes communs de ces projets afin de donner du sens et de la cohérence, et de ne pas faire ce qui déjà est en train de se construire par ailleurs.

La prise en compte des « ressources » est fondamentale. Nous sommes convaincus que les établissements de santé sont détenteurs de « richesses », notamment en « ressources humaines » qui sont souvent méconnues ou inexploitées. Il s'agit de savoir reconnaître, valoriser, mobiliser des expériences ou des expertises dans un but de capitalisation des savoirs dans une logique de synergie. Cette valorisation est très « manager dépendant ». En effet, c'est tout l'art du manager et son mode de management auprès de son équipe et auprès de chacun de ses membres, qui est mise là en relief. Le projet de soin apparaît pour le directeur des soins comme une opportunité à saisir afin d'enraciner une dynamique dans la capacité des professionnels à se projeter

collectivement dans l'avenir. En ajoutant les talents des uns et des autres, le directeur des soins vise à rendre la coordination plus souple et plus adaptable grâce à une multiplication des modes de collaboration.

Dans le même esprit de « production » ou de « productivité », qui ne nous apparaît pas à l'heure actuelle comme un contre-sens (dans le contexte actuel de mesure de l'activité, de T2A et de EPRD), nous avons vu que tout projet représente un coût en budget, en temps et en énergie. Dans notre expérience, nous n'avons pas vu de projet de soins ayant fait l'objet d'une mesure de coût. Nous pensons que les résultats seraient certainement impressionnants. Dans le cas étudié, 150 professionnels ont collaboré au projet d'établissement, ce qui doit correspondre à un nombre d'heures de travail très important.

Ainsi, la construction du projet de soins du directeur des soins suppose à la base :

- Une analyse contextuelle approfondie,
- Une volonté d'élaboration constructive avec une atteinte de résultats,
- Une capacité à faire confiance et à croire au défi
- Un souci constant d'efficacité qui sous-entend l'idée permanente d'évaluation et d'assurance sécurité.

3.2 Rester pragmatique et réaliste

Il ne s'agit pas pour le directeur des soins de philosopher ou de théoriser, mais bien de concevoir un projet, un plan d'actions qui s'ancre dans le territoire de santé, les réalités des pôles, des services et des unités. Ainsi, nous nous appuyons sur les principes suivants :

- Mettre en place une démarche participative volontariste permettant l'intégration de tous les professionnels participant à la prise en charge
- Elargir la représentativité des groupes en intégrant des collaborateurs non hospitaliers et des représentants des usagers en fonction des thèmes travaillés.
- Retenir des concepts prépondérants et travailler les axes stratégiques (en limitant le nombre).
- Privilégier la simplicité pour une compréhension par tous.
- Concevoir ou utiliser des outils méthodologiques, faciles d'utilisation et rapides à remplir.
- Assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet de soins sous la vigilance d'un comité de pilotage permanent.
- Etablir un projet année par année dans une perspective de 5 ans (et non pas un projet sur 5 ans) et avancer dans une démarche progressive qui prévoit l'évaluation, le réajustement, voire un changement d'orientation.
- Faire une évaluation des coûts.

3.3 Evoluer vers un projet de prise en charge des patients

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé préconise d'ores et déjà un projet de prise en charge des patients dans le projet d'établissement. Dans le cadre du CH, malgré la volonté initiale de mener un projet médico-soignant en organisant des groupes pluridisciplinaires, celui-ci n'a pu être poursuivi en réalité. Très rapidement sont apparues des divergences d'opinions et de pouvoirs, incompatibles à une bonne gestion de la conduite du projet. Nous sommes persuadés que la coopération avec l'équipe médicale est à rechercher, et, à trouver. Il s'agit, dès l'analyse de l'existant, d'identifier et de négocier avec le corps médical les axes prioritaires, qui feront l'objet d'une réflexion et déclinaison commune à travers le projet de prise en charge des patients. Ce désir d'évolution qui correspond à un changement culturel se heurtera sans aucun doute, dans un premier temps, à des freins et à des résistances sous la forme de non adhésion des médecins, mais aussi, peut-être des cadres de santé. Toute une réflexion est à mener et à approfondir auprès de ces derniers, en ce qui concerne notamment l'amélioration et l'évaluation des pratiques professionnelles, qui sont à la fois médicales et paramédicales. De plus, pour favoriser l'évolution culturelle de ce changement, l'intégration même partielle des usagers, par leur regard critique et leur légitimité désormais reconnue, peut constituer une aide, voire un atout.

3.4 Inscrire le projet de soins dans la nouvelle gouvernance

La multitude des projets et la difficulté à identifier les frontières, mais aussi les responsabilités sont souvent dénoncées. Il convient à terme de se détacher d'une logique d'appartenance à une logique de clarification afin de déterminer qui fait quoi. Il s'agit de privilégier le registre de la compétence et l'atteinte des résultats et non celui du pouvoir. Les jeux de pouvoir et les rapports de force, prégnants à l'hôpital, puisent leurs fondements dans une culture marquée par des corporatismes affirmés. La mise en place de la nouvelle gouvernance vise à atténuer, voire lisser ces différences dans un objectif convergent (médical, paramédical et administratif) de qualité de prise en charge dans un contexte économique encadré et limité. Ainsi, le projet de pôle « *élaboré par le praticien responsable, avec le conseil de pôle, qui prévoit l'organisation générale d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins* »³⁸ rejoint la philosophie du projet de soins en retenant les mêmes modalités. Le projet de pôle fait l'objet d'une contractualisation interne entre le directeur de

³⁸ Art L.9146-6 CSP

l'établissement, le président de la CME et le responsable médical de pôle. Le contrat définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi ainsi que les modalités annuelles d'évaluation.

Déléguer la mise en œuvre du projet de soins à l'équipe d'encadrement supérieur s'inscrit également dans le cadre du regroupement des activités par pôles. Le positionnement des CSS permet de favoriser la déclinaison des axes du projet de soins au sein des pôles. Il est possible d'envisager la même contractualisation du projet de soins entre le directeur des soins et le CSS en fonction des axes prioritaires retenus et les résultats escomptés au sein du pôle.

De plus, un réel travail de mise en cohérence et de coordination entre les pôles permet de maintenir une transversalité du projet de soins. Ainsi, comme le préconise la circulaire de la DHOS de juin 2006, sur la présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière : « *la mise en pôle ne doit pas aboutir à de nouveaux cloisonnements* »³⁹.

3.5 Etablir une politique de communication

La communication autour du projet de soins constitue un registre essentiel. Dans l'absolu, elle doit se faire à tous les niveaux et concerne l'ensemble des personnels paramédicaux. Ceux-ci, individuellement ou collectivement, peuvent jouer un ou plusieurs rôles, quel que soit leur grade ou leur fonction : animateur, participant à un groupe, pilote, vecteur d'informations, secrétaire, responsable du compte-rendu, animateur relais... Mobiliser les acteurs du soin, garantir la qualité de la production, créer les conditions favorables à l'expression, instaurer un climat de confiance sont autant de principes forts à mettre en actions. Préparer un calendrier permet de concevoir les temps de préparation, de réflexion, de formalisation et de diffusion. Outre l'information qui s'appuie sur un dispositif de pilotage et sur les instances institutionnelles, il est important de développer tout un plan de communication sur le suivi du projet, les résultats et les actions des personnels au cœur des unités. La communication des résultats, vis-à-vis desquels les professionnels sont très sensibles, est à optimiser par des sources différentes et à des temps réguliers : CSIRMT, rapport d'activité, notes d'informations internes, intranet, journal interne, réunions ...

Si le directeur des soins est un acteur prépondérant dans la communication du projet de soins, il n'en demeure pas moins qu'elle est l'affaire de tous et surtout de l'équipe d'encadrement. Il convient d'adapter au mieux la nature et les modalités de l'information en fonction des professionnels concernés, tout en tenant compte de leur hétérogénéité, de leurs niveaux de connaissance et d'implication dans le projet. Comme nous l'avons

³⁹ Circulaire DHOS Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, DHOS, juin 2006, p.82

observé précédemment, « *la communication ne s'improvise pas. Elle nécessite des connaissances particulières pour COMMUNIQUER A...* ». La communication du projet de soins ne peut être un contenu à dupliquer et à répéter. Il doit être adapté au public et à l'environnement. Ainsi, c'est le cadre qui, par sa connaissance de l'équipe et sa capacité à faire les liens avec les pratiques du service, rend le projet de soins compréhensible et accessible en lui donnant du sens pour les soignants.

3.6 Le projet de soins outil de management

L'étude menée démontre l'importance de l'engagement du directeur des soins dans le management du projet de soins et de la conduite des autres projets. Nous considérons que le projet de soins, en fonction de la manière dont il est conçu et élaboré, est une opportunité en termes d'objectif managérial. Il constitue quant à lui, « la pierre angulaire », « la colonne vertébrale » de l'activité paramédicale. Il s'appuie sur une mobilisation volontariste des professionnels soignants. Le projet de soins, en fonction de sa construction, peut représenter un référentiel au service du management de chaque cadre. A travers des objectifs prospectifs d'amélioration de qualité et de sécurité des soins et des résultats attendus, il décline la politique et la philosophie des soins infirmiers, de rééducation et médico - techniques. Le directeur des soins peut fédérer l'encadrement soignant, en l'inscrivant dans une démarche de conduite de projet et en développant un management positif et responsabilisant.

Reconnaître les CSS, c'est miser sur leur potentiel et sur leur engagement. C'est aussi respecter leur champ d'autonomie, en définissant des règles du jeu (temps de concertation, de négociations ou d'arbitrages).

Nous avons vu précédemment que l'encadrement occupe une place prépondérante quant à la mise en actions du projet de soins. Il est en prise directe avec le terrain. Renforcer si besoin leurs compétences en conduite de projet pour parvenir à une réelle expertise peut s'avérer nécessaire.

En exprimant ses convictions et ses valeurs, le directeur des soins peut exprimer son soutien et son accompagnement de la mise en œuvre du projet auprès des responsables soignants. Par son positivisme et son dynamisme exprimé en termes de suivi et de progression, il s'engage et engage l'ensemble de la communauté paramédicale. En ce sens, il utilise le projet de soins comme un outil, un support de son management, ce qui valide notre hypothèse de départ.

3.7 Une nécessaire évaluation

Dans toute conduite de projet, l'évaluation constitue une étape essentielle. Un projet sans résultat n'est pas, ou n'est plus un projet, avec le risque encouru de démobilisation des

acteurs. Ceci implique de définir, dès sa conception, la politique d'évaluation et la manière dont sont restitués les résultats. Cette évaluation doit être réfléchie en amont afin que les professionnels sachent à l'avance ce qui est attendu : les critères, la périodicité, les modalités. Les grilles d'évaluation doivent être construites avec les professionnels concernés et basées sur le principe de la lisibilité et de la simplicité. Cela signifie pour le directeur des soins d'être vigilant sur la clarté des résultats attendus et sur les réajustements à opérer ou à poursuivre, tout en tenant compte des moyens. Dans ce cadre, il appartient aussi au directeur des soins de négocier et d'argumenter auprès de la direction les moyens qui s'avèrent nécessaires.

L'évaluation met souvent en évidence des besoins en formation des personnels, qui seront pensés dans une logique globale et pluriannuelle. Ainsi, la mise à plat et la négociation du dispositif de formation inhérent au projet de soins est à mener par le directeur des soins dans le cadre du plan annuel de formation institutionnel, dans un souci de faisabilité et cohésion. Il peut également être envisagé à plus long terme dans le cadre de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

CONCLUSION

Le but de ce travail de recherche était d'approfondir notre réflexion et de développer nos questionnements quant à la conduite du projet de soins.

L'élaboration de la première partie consacrée à la partie réglementaire et conceptuelle nous a montré la constante évolution de la place du projet d'établissement et du projet de soins depuis une quinzaine d'années. La dimension politique et stratégique de ces projets s'est trouvée progressivement affirmée et renforcée à travers les différents textes de lois. Les dernières réformes hospitalières témoignent d'une volonté des législateurs de décloisonner l'organisation interne des établissements et de favoriser l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur avec le développement du travail en coopération et en réseau.

L'étude réalisée dans le CH nous a permis d'étudier une méthodologie, d'identifier les éléments en faveur et en défaveur de l'opérationnalité du projet de soins au regard du contexte et des discours des professionnels interrogés.

Pour autant, la connaissance et l'appropriation du projet de soins par les soignants se sont révélées très hétérogènes, limitant par là-même la mobilisation des acteurs. Il revient donc au directeur des soins de s'engager pleinement pour promouvoir le projet de soins en le rendant « intelligible » auprès des soignants, en le faisant décliner à chaque niveau ou à chaque strate par un langage simple et approprié. Ceci, afin de donner du sens aux actions attendues ou déjà engagées. Il convient donc d'avoir un regard transversal, de construire un projet porteur de valeurs et de références et de le rendre pragmatique.

Il s'agit également de l'articuler au mieux avec les autres démarches institutionnelles. Le positionnement du directeur des soins au sein de l'équipe de direction lui permet de bénéficier d'informations relatives à différents domaines prépondérants. Il peut ainsi faire des liens et des recoupements, étudier leur faisabilité selon le principe de réalité et favoriser une bonne coordination. La dimension technique, culturelle et sociologique du projet prend ici tout son sens. Nous sommes convaincus de la présence de forts potentiels humains au sein de l'hôpital. La responsabilité du directeur des soins est de développer auprès de l'équipe d'encadrement un management participatif et positif, qui valorise chacun des acteurs, individuellement et/ou collectivement. Il s'appuie non seulement sur les expériences et les acquis des professionnels, mais surtout sur le développement de leurs compétences.

Nous sommes conscients des difficultés et des limites inhérentes à la fonction de directeur des soins, qui s'inscrit dans un contexte singulier d'enjeux et de pouvoirs, où les négociations, voire les arbitrages des règles du jeu vont s'imposer. Il nous appartient également de transformer si possible ces difficultés en opportunités, en décodant les

réformes engagées, en les adaptant au mieux à notre futur contexte et en identifiant les obstacles et les freins.

En conclusion, il appartient au directeur des soins de « dynamiser sans dynamiter », en acceptant les différences de chacun, et en comptant sur la variété de tous.

Bibliographie

OUVRAGES

- ASQUIN A., FALCOZ C., PICQ T., *Ce que manager par projet veut dire*, Editions d'organisation, 2005
- ALTER N., *L'innovation ordinaire*, Vendôme, Editions PUF, 2001, 278p.
- BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Cahors, Editions PUF, janvier 2005.
- BOUTINET J.P., *Psychologie des conduites de projets*, Vendôme, Editions PUF, *Que sais-je ?* avril 2004.
- CREMADEZ M. GRATEAU F, *Le management stratégique hospitalier*, Paris, 2^{ème} édition, Masson, avril 1997.
- DERENNE O. et PONCHON F., *L'utilisateur et le monde hospitalier*, Dijon, Editions ENSP, janvier 2005.
- DUBAR C., *La socialisation*, Paris, Editions Armand Colin, 2000, 255 p.
- DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*, Paris, Editions Armand Colin, 1998, 256p.
- HART J, LUCAS S., *Management hospitalier*, Paris, Editions Lamarre, 2002, 180 p.
- HONORE B., *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Toulouse, Editions Privat, 1992, 203 p.
- HONORE B. et SAMSON B., *La démarche de projet dans les établissements de santé*, Paris, Editions Privat, septembre 1994.
- MARC E. et PICARD D., *L'école de Palo Alto*, Dreux, Editions Retz, juin 2000.
- MONTOUSSE M. et RENOUARD G., *100 fiches pour comprendre la sociologie*, Poitiers, Editions Bréal, août 2006.

REVUES

- ALTER N., *Organisation et innovation une rencontre conflictuelle*, Sciences humaines, Mars/avril 1998, hors série N° 20, pp 56-59.
- BELLIER-MICHEL S., *L'individu et le système*, Sciences humaines, mars/avril 1998, hors série n° 20, pp 44-47.
- BOUTINET JP., *Intérêts et limites du management par projet*, Soins cadres, février 2006, n°57, p 61-64
- IESCH, *Cahiers des mémoires et travaux – les formations de l'AP -HP*, Lassay-les-châteaux, n°6 1993, n°9 1996, n°10 1997, n°11 1998, n°12 1999

MEMOIRES

DELAMARE P., La commission des soins infirmiers, médico-techniques, de rééducation, un outil de management pour soutenir la politique de soins, Mémoire de directeur des soins, ENSP Rennes, 2004

INTHAVONG K., Du projet de soins infirmiers au projet de soins médico -soignant, Mémoire de directeur des soins, ENSP Rennes, 2006.

LE BORGNIC C., Le projet de soins par les professionnels, pour les soignants, Mémoire de directeur des soins, ENSP Rennes, 2006.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

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

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la fonction d'infirmier.

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier au corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire DHOS, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière, DHOS, juin 2006.

ELECTRONIQUE

Wikipédia, l'encyclopédie libre : <http://fr.wikipedia.org>
http://fr.wikipedia.org/wiki/Conduite_de_projet

Liste des annexes

Annexe 1 Guide d'entretien

Annexe 2 Exemple de fiche de plan d'actions du projet de soins du CH

Annexe 1

Guide d'entretien

Thème : projet de soins, de rééducation et médico-techniques

Quel est votre parcours professionnel ?

Comment s'est passée votre arrivée dans l'établissement ?

Quelle expérience aviez-vous concernant l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins, de rééducation et médico-techniques (SRMT) avant votre arrivée dans l'établissement ?

Pour vous, que représente le projet de SRMT en général ?

Pouvez-vous me parler du projet de soins de votre établissement ?

Comment a-t-il été initié ? Quelle méthode a été retenue pour sa réalisation ?

Quelles thématiques vous paraissent essentielles et pourquoi ?

Quelles sont les modalités de communication autour de ce projet ?

Comment sont mesurés les résultats ? Quelle évaluation et quel suivi en sont faits ?

Quel est le rôle du directeur des soins dans la mise en œuvre de ce projet ?

Quel est le rôle des cadres ?

Quels sont les principaux acteurs pour sa mise en œuvre ?

Quel bilan faites-vous à ce jour ?

Quelles différences essentielles faites-vous entre le projet médical, le projet de soins et le projet social ?

Comment s'articule le projet de soins avec le projet médical en particulier, et avec les autres projets en général ?

Comment pensez-vous introduire les projets de pôles ?

Quels liens faites-vous entre le projet de soins avec la certification et l'évaluation des pratiques professionnelles ?

Comment voyez-vous évoluer ce projet ?

Comment envisagez-vous le prochain projet ?

Annexe 2

Exemple de fiche de plan d'actions du projet de soins 2006-2010 du CH

Fiche 4 : Thème 3 et actions

RAPPEL DU PROJET : projet de soins

RAPPEL DU THEME : Améliorer la prise en charge de l'utilisateur lors de sa sortie

PLAN D' ACTIONS N°1 : Collaboration et réseaux

COORDONNATEUR : Direction des soins

N° action	Identifiant	Contenu	Responsible	Personnes impliquées	Réunions à prévoir	Date de début	Date de fin	Avancement	Commentaires
A1	Optimiser la collaboration et le travail en réseau avec les interfaces externes ou internes	Créer et/ou renforcer les équipes de liaison Développer et/ou renforcer les interfaces externes: CLIC, SSIAD, HAD Rencontrer annuellement les responsables de chacune des structures et connaître les missions et contraintes de chacun.		Médecins Cadres de santé Paramédicaux Partenaires externes	Par mois	2006			Rencontre formalisée avec HAD en 2006
A2	Accompagner la mise en place du projet de sortie au domicile	Evaluer la pertinence de la mise en place des actions de sortie par la rencontre des partenaires, les plaintes et réclamations, évaluation de la satisfaction et mettre en place des actions correctives Elaborer des tableaux de bord de suivi		Médecins Cadres de santé Paramédicaux Partenaires externes		2007			