



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : **2007**

Date du Jury : **septembre 2007**

**Le rôle du directeur des soins dans un
projet de construction d'un hôpital :
L'intérêt d'une approche
pluri professionnelle**

Muriel COLOMBO

Remerciements

Je remercie, tout particulièrement,

Pour la richesse de nos échanges ayant conforté mon projet professionnel,
Géraldine Drevet.

Pour son écoute et la qualité d'animation des ateliers « mémoire »,
Karine Chauvin.

Pour leurs précieux conseils restitués lors des notes d'étape du mémoire,
Monique Ache et Bertrand Germain.

Pour leur disponibilité, leur accueil,
Tous les professionnels rencontrés, lors de notre formation, lors de nos entretiens.

Pour leur soutien sans faille tout au long de cette année,
Ma famille, Pierre, Sylvie, Huguette, Charles.

Mes amis, Louis et Gilles.

Mes compagnons de route tout au long de cette formation.

*« Dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche :
Il faut les créer, et les solutions suivent ».*
Antoine de Saint – Exupéry.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'hôpital en mouvement perpétuel	5
1.1 L'hôpital et son environnement dans un contexte évolutif.....	5
1.1.1 La recomposition du paysage hospitalier au niveau des territoires.....	5
1.1.2 La place de l'usager au sein et en dehors de l'hôpital	6
1.1.3 L'organisation de l'hôpital en pôles d'activités.....	8
1.1.4 Les politiques qualité, gestion des risques et sécurité sanitaire.....	10
1.2 La conception et l'architecture de l'hôpital de demain	11
1.2.1 Les plans de modernisation de l'hôpital	11
1.2.2 Du projet d'établissement au projet architectural	13
1.2.3 Les choix fondamentaux qui conditionnent les organisations.....	15
1.3 Les professionnels de santé au coeur des organisations.....	17
1.3.1 Les conditions de travail et la satisfaction au travail.	17
1.3.2 L'ergonomie et l'analyse des situations de travail.	18
1.3.3 Les conséquences managériales de l'évolution de l'hôpital.....	20
2 A la rencontre des acteurs de terrain	23
2.1 La méthodologie d'enquête	23
2.1.1 Le mode d'échantillonnage et le guide d'entretien.....	23
2.1.2 Le déroulement de l'enquête et la méthode d'analyse	25
2.2 Les logiques et les enjeux des acteurs.....	26
2.2.1 Les acteurs du sommet stratégique	26
2.2.2 Les acteurs de la ligne hiérarchique.....	27
2.2.3 Les acteurs de la technostructure	30
2.2.4 Les acteurs du support logistique.....	31
2.2.5 Les acteurs du centre opérationnel	31
2.2.6 Les représentants des usagers	32
2.2.7 Les entretiens complémentaires.....	32
2.3 L'analyse globale et la mise en perspective des résultats.....	34
2.3.1 D'une approche prescriptive des résultats à une lecture compréhensive des actions.	34
2.3.2 Le construit collectif du changement	36
2.3.3 La confrontation à nos hypothèses.....	38

3	La stratégie managériale du directeur des soins.....	41
3.1	Organiser et manager	42
3.1.1	Distinguer et articuler des logiques différentes	43
3.1.2	Centraliser et décentraliser	44
3.1.3	Eviter les pièges du « tout participatif »	44
3.2	Transformer les évènements environnementaux en conditions favorables du changement.....	45
3.2.1	Gérer des temporalités	46
3.2.2	Développer l'apprentissage de la « connaissance d'une nouvelle réalité »	46
3.3	Renoncer à la recherche d'un état idéal, et accepter l'idée d'évolution permanente.....	48
3.3.1	Manager l'innovation : un processus complexe à expérimenter	48
3.3.2	Arbitrer entre des approches volontaristes et négociées	49
3.3.3	Nouer des alliances pour créer un leadership collectif	51
	Conclusion.....	53
	Bibliographie	55
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS	Aide soignante
BEH	Baux Emphytéotiques Hospitaliers
CA	Conseil d'Administration
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
CLACT	Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPOM	Contrat Pluri annuel d'Objectifs et de Moyens
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CRS	Conseil Régional de Santé
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation, Médico-Techniques
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DHOS	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DMP	Dossier Médical Personnel
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
MAINH	Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
ORPI	Objectifs Régionaux Prévisionnels d'Investissements
PRESS-	PRomouvoir en Europe Santé et satisfaction des Soignants au travail
NEXT	Nurses'early EXit studiT
SFSP	Société Française de Santé Publique
SIH	Système d'Information Hospitalier
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifification à l'Activité

Introduction

L'histoire de l'hôpital fait la démonstration que celui-ci est en constante évolution. Souvent présenté comme le miroir d'une société, il occupe une place particulière, car c'est là que l'on naît, souffre, guérit et meurt. La mise en œuvre de réformes successives du système de santé vise à gérer un paradoxe, assurer la qualité et la sécurité des soins, permettre l'équité et l'accessibilité au système de soins tout en tentant de maîtriser les dépenses de santé.

Ces orientations engendrent des bouleversements dans l'organisation hospitalière qui doit s'adapter aux contraintes de gestion, à l'évolution environnementale, à l'évolution des technologies médicales, aux nouvelles modalités de prise en charge des patients avec la diminution des durées moyennes de séjour, le développement des systèmes alternatifs à l'hospitalisation et des réseaux de soins. Aussi, les établissements de santé au cœur de la cité, voient leurs choix stratégiques de développement orientés en référence à un territoire de santé, dans un contexte où, l'usager - citoyen en lien avec l'évolution de ses droits et de sa place au sein de l'hôpital exprime ses attentes.

Notre réflexion s'inscrit au regard de ces premiers constats environnementaux et enjeux qui conditionnent le devenir d'un hôpital. En l'occurrence, notre projet professionnel nous conduit à une fonction de coordonnateur général des soins dans un établissement de santé ayant un projet de construction d'un hôpital. Son ouverture est prévue à l'horizon 2011. Aussi, nous nous sommes interrogés sur la conduite d'un tel projet. Comment se définit l'orientation des activités d'un établissement ? Quels sont les impacts sur la conception et l'organisation de celui-ci ? Quels sont les acteurs impliqués et mobilisés dans ce type de projet ?

En outre, nous avons étayé notre raisonnement sur l'évolution de l'hôpital, par des constats en lien d'une part, avec la mise en œuvre du plan Hôpital 2007 et d'autre part notre expérience professionnelle.

Le plan Hôpital 2007 a été conçu comme un plan de modernisation et d'accompagnement de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière rendue nécessaire. Cela s'est traduit par le choix délibéré de soutenir la politique de santé publique nationale ainsi que les politiques de regroupement et de recomposition régionales à travers quatre volets :

La simplification de la planification hospitalière¹ :

Concilier l'organisation territoriale des soins et la qualité est un objectif clairement affiché par le dispositif.² La mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) est fondée sur la recherche d'une meilleure réponse aux besoins de santé, sur un maillage territorial et une graduation des soins, sur le développement de complémentarités et de coopérations, sur la concertation au sein de conférence sanitaire, en relation avec l'agence régionale d'hospitalisation (ARH), entre représentants d'établissements, élus, associations d'usagers, professionnels libéraux et représentants du secteur médico-social.

La tarification à l'activité :

Elle a pour objectif de rénover et d'harmoniser les modes de financement des établissements publics et privés tout en respectant leurs spécificités. Ce nouveau mécanisme de financement, plus incitatif, repose sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu aux patients.

La modernisation de la gouvernance hospitalière³ :

Elle vise à donner davantage d'autonomie et de capacité d'initiative aux établissements publics de santé dans l'exercice de leurs responsabilités. A cette fin, elle réorganise d'une part les structures de décision au sein de l'hôpital, et d'autre part rénove l'organisation interne de l'hôpital en pôles d'activité.

La relance de l'investissement hospitalier :

En juin 2003, un vaste chantier indispensable à la rénovation du patrimoine hospitalier a été lancé afin d'accompagner la recomposition du paysage hospitalier, soutenu par la Mission nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH). Ce plan de

¹ Ordonnance N°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

² PODEUR A. *Territoires de santé : Objectifs quantifiés et projet médical de territoire..* Revue Hospitalière de France, Mai - Juin 2006, p14.

³ Ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

modernisation renforcé récemment par le plan Hôpital 2012, couvre tous les types d'investissement, immobilier, équipements lourds et systèmes d'informations.

En référence à notre expérience professionnelle, dans le cadre d'un projet de construction d'un nouvel hôpital, la fragilité du pilotage du projet n'a pas intégré les attentes des différents acteurs, professionnels de santé et usagers.

Cette absence d'anticipation notamment pour certaines options déterminantes en lien avec le processus de prise en charge des patients et les interfaces avec les fonctions logistiques, a généré des dysfonctionnements à l'ouverture de l'hôpital. Des incidences sur la prise en charge des patients et sur les conditions de travail des professionnels ont été relevées. Le programme capacitaire en lits était inadapté à l'activité. La conception des locaux demandait la réorganisation des flux et des lieux de stockage, ce qui n'a pas été réalisé. En conséquence, l'intégration dans les nouveaux locaux a eu un impact sur la motivation et l'implication au travail des professionnels de santé et entraîné l'augmentation de l'absentéisme.

Par ailleurs, les cadres de santé de proximité au plus près de l'organisation et à l'interface des logiques gestionnaires et soignantes ont subi des pressions fortes de la part des professionnels de santé et des usagers. Dans l'urgence, ils ont été amenés à réajuster les organisations.

Au regard de ces constats, la conception et l'organisation d'un nouvel hôpital représentent un enjeu majeur en terme d'efficience. Il doit s'adapter aux modes de prise en charge des patients et répondre à leurs attentes. En parallèle, les organisations mises en œuvre doivent améliorer les conditions de travail des professionnels.

Ceci nous conduit à formuler la question de départ suivante :

En quoi pour le directeur des soins, la conception d'un nouvel hôpital est une réelle opportunité, pour repenser l'organisation des soins?

C'est pourquoi, nous orientons notre étude selon deux axes. Le premier s'attache à clarifier les tendances lourdes qui conditionnent la conception et l'organisation d'un hôpital. Le deuxième identifie les acteurs multiples et leur niveau d'implication. Nous excluons de notre réflexion les aspects techniques liés à la conduite d'un tel projet d'investissement. Ce préalable, ne signifie pas que nous ne mesurons pas les enjeux financiers d'une telle opération. Nous nous positionnons en tant que futur directeur des soins, membre de l'équipe de direction. Nous serons amenés en liaison avec le corps médical, l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et

techniques a participé à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services et des activités de soins.⁴ En outre, notre objectif est de définir une stratégie pour accompagner les cadres de santé⁵ dont nous assurons l'animation et l'encadrement dans la mise en oeuvre d'un projet de conception et d'organisation du nouvel hôpital.

En conséquence, nous retenons les hypothèses de travail :

- La conception d'un nouvel hôpital est une opportunité pour repenser l'organisation autour des usagers et des professionnels de santé.
- L'apport de l'ergonomie et de l'analyse des situations de travail permet d'éclairer les choix de conception.
- Les cadres de santé de par leur position de proximité sont les éléments moteurs du nécessaire processus d'appropriation du changement organisationnel.

Notre première partie trace les perspectives d'évolution de l'hôpital dans un contexte en mouvement. Puis, nous confrontons notre cadre théorique et nos hypothèses de recherche à la réalité de terrain. Enfin, l'analyse des résultats et leurs mises en perspectives nous permet de proposer des orientations stratégiques en matière de management des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé dans la gestion d'un projet d'un nouvel hôpital.

⁴ Décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, article 3.

⁵ Lire cadres supérieurs de santé et cadres de santé.

1 L'hôpital en mouvement perpétuel

1.1 L'hôpital et son environnement dans un contexte évolutif

1.1.1 La recomposition du paysage hospitalier au niveau des territoires.

L'ordonnance du 4 septembre 2003⁶ rénove la planification hospitalière. L'objectif est d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales indépendamment des limites administratives. Aussi, le territoire de santé remplace le secteur sanitaire. La conférence sanitaire se substitue à la conférence sanitaire de secteur. La constitution de celle-ci est élargie, en plus des représentants des établissements de santé actuels, aux représentants des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des élus et des usagers du territoire concerné. Par ailleurs, le législateur a modifié le régime des autorisations. Ces dernières sont déconcentrées au niveau des ARH. La notion d'autorisation d'installation disparaît au profit des autorisations d'activités de soins et d'équipement. Elles sont délivrées sur la base du SROS, en cohérence avec le projet médical de territoire.

En conséquence, le SROS devient l'outil de la planification sanitaire globale au sens où il prévoit l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs. Il se doit de prendre en compte d'une part les objectifs de santé publique définis dans le cadre du programme régional de santé publique (PRSP) et d'autre part l'articulation entre médecine hospitalière et médecine de ville, entre le sanitaire et le médico-social. Aussi, il fixe les grandes orientations stratégiques de l'évolution de l'offre de soins, en fonction de l'évaluation régionale et territoriale de l'adéquation de l'offre existante, aux besoins de santé physique et mentale. En annexe, sont stipulés par territoire, la répartition des activités de soins, les objectifs quantifiés des différentes activités de soins, les créations, transformations, regroupements et coopérations nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Son élaboration constitue donc, une véritable démarche d'aménagement du territoire et de graduation de l'organisation des soins en quatre niveaux⁷.

Les territoires de proximité : Ils constituent le niveau de soins de premier secours ; ils impliquent, outre l'hôpital, le généraliste, le spécialiste, l'infirmière et le pharmacien ; ils

⁶ op.cit. : p2.

⁷ MARIN P. *SROS et projets médicaux de territoires*. Revue Hospitalière de France, Mai - Juin 2006, pp26-27.

comportent, en général, une première offre d'hospitalisation en médecine, en soins de suite et en soins de longue durée ; ils constituent le niveau privilégié de l'articulation avec l'offre de services médico-sociaux, notamment pour la prise en charge des personnes âgées.

Les territoires intermédiaires : Territoires de premier plateau technique Médecine–Obstétrique–Chirurgie, ils sont en mesure d'assurer la prise en charge des urgences, de la médecine polyvalente, de la chirurgie viscérale et orthopédique, de l'obstétrique et de l'imagerie (radiologie conventionnelle, échographie, scanner).

Les territoires de recours : Ceci sont les territoires des soins spécialisés. Ils correspondent au besoin de desserte actuel de l'hôpital pivot de secteur. Ils disposent d'un plateau technique 24h/24, notamment pour les spécialités chirurgicales (hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie hyper spécialisée), pour les disciplines interventionnelles, en sus des disciplines du plateau technique de territoire intermédiaire.

Les territoires d'influence régionale et/ou interrégionale : Ils comprennent les prestations qui ne sont pas assurées par les autres niveaux.

D'où l'importance que revêt le projet médical de territoire. Celui-ci est d'une part garant de la pertinence du SROS et d'autre part met en cohérence les volets thématiques du SROS et les niveaux de soins par territoire. Il doit apporter la garantie de l'accès à des soins globaux, sûrs, de qualité et efficaces.

Elaboré sur la base d'une démarche participative des acteurs à la mise en œuvre de la politique de santé publique sur le territoire, dans le cadre des conférences sanitaires, il en découle des propositions d'actions pour mettre en place des réponses cohérentes. Les coopérations nécessaires entre les établissements de santé et les réseaux indispensables à la mise en œuvre des actions de santé publique sont explicitement précisées.

Nous pouvons donc avancer que le projet médical de territoire et les objectifs quantifiés sont à considérer comme les instruments de pilotage territorial de l'offre de soins participant au dialogue entre ARH et établissements de santé. En effet, la réforme intègre la notion d'efficacité des soins soit le rapport résultats/moyens, d'où la nécessité d'une organisation des soins graduée.

1.1.2 La place de l'utilisateur au sein et en dehors de l'hôpital

Les attentes de plus en plus fortes des usagers, le contrôle accru du juge et l'attention soutenue des médias constituent trois facteurs d'évolution du cadre de l'activité hospitalière appelés à se renforcer.

Le patient tend à s'imposer comme acteur du système hospitalier, en tant qu'utilisateur mais aussi comme citoyen.

Ce mouvement trouve son origine dans le développement du consumérisme médical et dans les grandes crises sanitaires des années 80⁸, qui a abouti à l'émergence d'un tissu associatif revendiquant le droit de participer aux décisions et une meilleure prise en compte des besoins des usagers.

Dès lors, la contribution des usagers à la définition des politiques sanitaires, a été encouragée. Dans les régions, la présence de représentants des usagers est prévue dans les Conseils Régionaux de Santé (CRS) et les Commissions Régionales de Conciliation et Indemnisation⁹(CRCI). Au sein des établissements, les usagers sont représentés au conseil d'administration, au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)¹⁰. L'obtention d'un agrément accordé aux associations d'usagers par les pouvoirs publics contribue à asseoir leur légitimité au sein de ces instances.

De plus, la loi du 4 mars 2002¹¹, dans son titre II intitulé « Démocratie sanitaire », affirme les droits des personnes malades, accentue la portée du devoir d'information du patient, confirme la nécessité de recueillir l'expression de sa volonté, et fait évoluer la relation médecin - malade afin que l'utilisateur de santé en devienne un véritable acteur¹².

Aussi, une prise en charge plus humaine et mieux adaptée à la spécificité de certaines pathologies, particulièrement des maladies chroniques, représente une attente prioritaire des usagers. Elle dépend en outre, du développement des alternatives à l'hospitalisation et la constitution de réseaux de soins. Par ailleurs, l'exigence croissante de qualité ne se

⁸ Crises sanitaires liées entre autre au SIDA, à l'affaire du sang contaminé, canicule.

⁹ Le Collectif Interassociatif Sur la Santé a édité un guide du représentant des usagers en commission régionale de conciliation et d'indemnisation en 2007. Preuve que les associations sont actives et ont le souci de former leurs représentants. Par ailleurs, un guide pour les représentants des usagers du système de santé a été réalisé par la SFSP.

¹⁰ Le décret 2005-213 du 2 mars 2005 modifiant le code de la santé publique pris en application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que « dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge ».

¹¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

¹² Cette notion a été renforcée par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

traduit pas uniquement à travers l'investissement réel des établissements à satisfaire aux procédures de certification. L'attention portée aux conditions d'accueil et de séjour notamment à la qualité des services d'hôtellerie et de restauration, est un indicateur de satisfaction des usagers.

Enfin, le juge est devenu un acteur incontournable de l'activité hospitalière.

Depuis, le début des années 90, le champ de la responsabilité médicale n'a cessé de s'élargir au bénéfice des patients. Le Conseil d'Etat reconnaît la possibilité d'engager la responsabilité d'un établissement non pas à raison d'une faute, mais en dédommagement d'un risque encouru par le patient. Aussi, la judiciarisation de la relation au patient a nécessité de protéger l'exercice médical, en généralisant l'obligation d'assurance pour les établissements de santé publics. Ce dispositif a été complété par la prise en charge partagée par la solidarité nationale et par les assureurs des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.¹³

Aussi, l'intérêt croissant des médias pour l'hôpital exerce des effets paradoxaux. La couverture médiatique n'a jamais été aussi importante, que ces dernières années. Elle contribue à une plus grande transparence du système hospitalier et à une meilleure connaissance des difficultés rencontrées. Toutefois, les médias projettent une image ambivalente de l'hôpital, à la fois lieu d'excellence, avec des réussites médicales fortement médiatisées, et système en crise¹⁴. Ceci peut engendrer la méfiance des usagers à l'égard de l'hôpital.

1.1.3 L'organisation de l'hôpital en pôles d'activités.

Faire évoluer l'organisation et la gouvernance hospitalière dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁵ répond à la nécessité de lutter contre les rigidités et cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'hôpital.

Par l'assouplissement des organisations et la clarification des responsabilités, elle a pour ambition de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions.

La gouvernance hospitalière, fondée sur les valeurs communes de missions de service public, permet à chaque établissement, de repenser son organisation autour du patient.

¹³ En référence à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et à la loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale.

¹⁴ Pour exemple, dans le journal Le Point du 21 juin 2007, deux dossiers aux titres évocateurs, « Hôpitaux, le palmarès » ; « Amiante : du poison à l'hôpital ».

¹⁵ Ordonnance N°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Elle repose sur une nouvelle organisation des instances, la mise en place des pôles d'activités et la contractualisation interne.¹⁶

Le conseil d'administration voit ses fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle renforcées. Le conseil exécutif, nouvelle instance paritaire, présidée par le directeur, associe les praticiens désignés par la commission médicale d'établissement (CME) et les membres de l'équipe de direction autour de l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). La CME trouve ses compétences élargies à l'évaluation des pratiques professionnelles. Les autres commissions¹⁷ peuvent être constituées pour partie en sous-commissions de la CME. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT) voit son champ d'action étendu aux soins médico-techniques et de rééducation. Elle est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles. En conséquence, ces instances renouvées trouvent leurs compétences clarifiées et leurs responsabilités accrues.

Par ailleurs, la mise en place des pôles d'activité va dans le sens d'une gestion déconcentrée, fondée sur le principe de subsidiarité¹⁸. Les activités médicales et/ou médico-techniques sont regroupées en pôles selon une certaine homogénéité médicale et structurelle. En fonction des établissements, l'organisation en pôles suit des logiques différentes : logique architecturale, de mutualisation de ressources, clinique et médico-technique, processus de prise en charge, prestataire de service (client/fournisseur). Le pilotage du pôle est assuré par un triumvirat, le responsable médical de pôle, un cadre de santé et un administratif assistant du pôle. Le conseil de pôle se substitue au conseil de service. De taille limitée, ses membres sont élus (et non plus tirés au sort comme dans les conseils de service) afin d'assurer la représentativité de l'ensemble des personnels. Il a pour but d'associer les personnels à la gestion et à l'élaboration des projets du pôle en cohérence avec le projet d'établissement.

Aussi, la mise en œuvre de la contractualisation interne, entre le pôle et le conseil exécutif définit les objectifs, les moyens, les indicateurs de suivi et de résultats. Cette réorganisation en lien avec la réforme de la tarification à l'activité (T2A) doit permettre de dégager de nouvelles marges de manœuvre en redistribuant les moyens aux pôles.

¹⁶ DOMIN J.P. *La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital entreprise*. Gestions hospitalières, n° 452, Janvier 2006, pp27-28.

¹⁷ CLIN, Commission des vigilances...

¹⁸ CLERY MO. *Délégation de gestion et contractualisation interne*, Bordeaux, Etudes Hospitalières, 2003, pp22-23.

La gestion administrée qui prévalait, laisse donc la place à une gestion dynamique, autonome et responsabilisante. Elle instaure une culture du résultat centré sur l'activité, la production et l'évaluation des soins au sein des pôles.

1.1.4 Les politiques qualité, gestion des risques et sécurité sanitaire

Dans un contexte de transparence vis-à-vis des usagers et de recherche continue d'efficacité et d'optimisation des moyens, garantir la qualité des soins constitue un objectif ambitieux. En effet, la complexité des processus de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continue des connaissances, l'amélioration des technologies médicales et la nécessité de maîtriser les risques des pratiques ont suscité une réglementation complexe. Elle s'attache à développer une politique globale de la qualité, d'une part avec la certification des établissements de santé et l'évaluation des pratiques professionnelles et d'autre part avec le renforcement des normes sécuritaires.

La mise en œuvre de la certification et de l'évaluation des pratiques professionnelles sous tend le renforcement de la dimension politique et du rôle des dirigeants à tous les niveaux de responsabilités de l'établissement, cible les fonctions transversales majeures, développe les exigences liées au processus de prise en charge du patient et accentue les démarches d'évaluation et de dynamique qualité.

Le manuel V2007¹⁹ s'articule autour de quatre chapitres :

Politique et qualité du management : Il concerne les orientations stratégiques, la place du patient au cœur du dispositif, la politique qualité et gestion des risques.

Ressources transversales : Il s'attache à la qualité et à la gestion des risques liés aux soins, à la gestion des ressources humaines et aux fonctions supports, hôtelières, approvisionnement, environnement et système d'information.

Prise en charge patient : Il cible tous les types de prise en charge

Evaluations et dynamiques d'amélioration : Il regroupe les actions d'évaluation et d'amélioration mises en œuvre et les références portant sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ce dispositif d'évaluation et de certification est renforcé par une réglementation exigeante en matière de sécurité du patient et de sécurité de fonctionnement et de développement durable des établissements de santé.

Son application relève du contrôle de la sécurité sanitaire appliquée aux établissements de santé. Les inspections réalisées dans ce cadre permettent de contrôler le respect des textes législatifs ou réglementaires garantissant la sécurité des patients, les bonnes

¹⁹ HAS. *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*. Edition 2007, www.has-sante.fr, pp11-12.

pratiques professionnelles, la qualité des soins, le droit à l'information des patients. A la demande des experts visiteurs et pour aider les établissements à se mettre en conformité, la DHOS a élaboré un référentiel²⁰ régulièrement actualisé recensant les textes applicables en matière de sécurité sanitaire. Celui-ci est rédigé sous forme de fiches thématiques en référence à la sécurité d'utilisation des produits et vigilances, à la gestion du risque infectieux, aux activités de soins, à la sécurité des personnes et des locaux, à la sécurité alimentaire, à la sécurité des fluides, à la gestion des déchets.

En conséquence, la gestion globale et intégrée des risques et de la qualité est un enjeu d'actualité et d'avenir pour un établissement. Elle tend à faire de la sécurité un objectif partagé par chaque acteur de l'établissement, objectif qui doit ensuite se décliner au quotidien dans la pratique de chacun. « ...elle participe de cette volonté de favoriser un état d'esprit nouveau face aux risques et de promouvoir une culture de sécurité et de vigilance. »²¹

1.2 La conception et l'architecture de l'hôpital de demain

1.2.1 Les plans de modernisation de l'hôpital

Les axes majeurs du Plan Hôpital 2007 engagé en 2003, T2A, gouvernance interne des établissements et planification régionale sont toujours en cours de développement. L'horizon court jusqu'à 2010-2012. Aussi, le volet investissement s'achève sans avoir couvert tous les besoins. C'est pourquoi, le Ministre de la Santé²² a souhaité poursuivre cette dynamique par le lancement du Plan Hôpital 2012.

Alors que 6 milliards d'euros avaient été envisagés lors du lancement du plan en 2003 au niveau des 26 plans régionaux, l'effet levier a permis de générer au total 10 milliards d'euros d'investissements. L'état d'avancement des opérations immobilières à fin 2006 atteint 85% des opérations en cours ou terminées. Le nombre de projets en baux emphytéotiques hospitaliers (BEH)²³ et de marchés conception - réalisation²⁴ se

²⁰ Ministère de la santé et des solidarités, DHOS. *Sécurité sanitaire des établissements de santé : réglementation applicable*. version n°5, juillet 2005, 119p.

²¹ CASTEX J. *Sécurité sanitaire des établissements de santé : réglementation applicable*. version n°5, juillet 2005, p1.

²² Discours de Monsieur BERTRAND Xavier à la Conférence Nationale sur l'Investissement Hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012, le 13 février 2007.

²³ Baux Emphytéotiques Hospitaliers : contrat global portant sur la conception, le financement, l'exploitation maintenance de bâtiments hospitaliers.

²⁴ Marché unique pour la conception, la construction et éventuellement la maintenance.

développe. 180 projets sont en cours ou réalisés. 423 opérations relatives au système d'information hospitalier (SIH) ont été éligibles au Plan Hôpital 2007. Par ailleurs, le soutien aux programmes régionaux de santé publique²⁵ a été pris en compte dans les objectifs régionaux pluriannuels d'investissement (ORPI). Enfin, le plan a accéléré la recomposition régionale de l'offre de soins. Cela s'est traduit par le regroupement de sites géographiques ou de bâtiments pavillonnaires permettant la mise aux normes de sécurité des établissements. Ce bilan positif se doit d'être renforcé.

Le plan « Hôpital 2012 »²⁶ se déploie autour de trois priorités :

Achever la mise aux normes des établissements notamment au regard des risques incendie, sismique, amiante mais aussi adapter l'hôpital aux crises sanitaires.

Mettre à niveau le système d'information hospitalier en lien avec les besoins croissants de maîtrise de l'information dans les établissements et entre les établissements avec le développement de la télémédecine, la mise en œuvre du dossier médical personnel, l'utilisation d'un dossier médical partagé, la sécurisation du circuit du médicament.

Poursuivre la recomposition hospitalière et les schémas régionaux pour impulser des coopérations et des dynamiques entre les établissements hospitaliers sur un même territoire avec la mise en place de filières garantissant la continuité des soins.

Aussi, le plan intègre trois critères d'éligibilité :

La mesure de l'efficience par la mise à disposition des ARH d'outils de calcul de retour sur investissement et l'appréciation plus qualitative du service médical rendu afin d'éviter le « sur investissement ou le sur dimensionnement »

Le critère social : Au niveau du personnel, l'associer à l'élaboration des projets et prendre en compte les conditions de travail. Au niveau des représentants des usagers et des familles, créer des espaces de rencontre et d'hébergement pour les accompagnants.

Le critère environnemental : Les nouveaux bâtiments hospitaliers doivent être construits dans une logique de développement durable et de réduction des dépenses énergétiques. Le plan repose sur un financement de 10 milliards d'euros d'investissements. Une enveloppe unique régionale est déléguée aux ARH. L'affectation des aides est de la responsabilité des ARH, elle se fera selon un cahier des charges national. En effet, aucun projet ne sera soutenu s'il n'est pas appuyé par une maquette d'organisation prévisionnelle, son impact économique, les résultats attendus en terme quantitatif et qualitatif.

²⁵ Plan cancer, périnatalité, urgence, santé mentale.

²⁶ Dossier de presse, MAINH, Conférence Nationale sur l'Investissement Hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012, 13 février 2007.

Pour réussir ce deuxième programme, et intégrer pleinement cette nouvelle approche d'efficience, la MAINH²⁷ et la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH)²⁸ fusionneront en une agence nationale. Ce centre d'expertise devra amplifier ses travaux et la production d'outils à destination des hospitaliers et engager une réflexion prospective sur la conception hospitalière afin de faire coïncider le rythme de construction et de vie des bâtiments avec le rythme du progrès médical et les nouvelles modalités de prise en charge des patients.

1.2.2 Du projet d'établissement au projet architectural

Notre propos s'appuie sur l'outil d'aide à la décision traitant de l'organisation et de l'architecture des établissements édité par la DHOS²⁹. Après avoir abordé les éléments stratégiques présidant à la conception d'un établissement de santé, sont déclinées les étapes de mise en œuvre d'un projet de construction.

La stratégie globale : Le projet stratégique de l'établissement de santé s'inscrit dans le cadre de la politique de santé nationale. Il se développe en cohérence avec les orientations régionales déclinées au sein du projet médical de territoire. Il doit répondre aux besoins locaux en développant des modes innovants de coopérations dans les domaines sanitaires et médico-sociaux, techniques et logistiques, en participant à des réseaux. Aussi, le projet médical et le projet de soins et notamment leur articulation, sont les éléments fondateurs d'un projet de prise en charge du patient, s'appuyant sur la mise en œuvre des pôles d'activité en lien avec les filières de soins. En conséquence, la notion de «regrouper, mutualiser, rationaliser, améliorer la prise en charge globale du patient en maîtrisant les coûts »³⁰ est au cœur de la réflexion stratégique. Le système d'information participe à l'atteinte de ces objectifs et permet la détermination de la performance médico-économique attendue. Sur ces bases et l'analyse de faisabilité, le plan pluriannuel d'investissement sera élaboré.

²⁷ A élaboré des outils méthodologiques, entre autres : guide sur la mise en oeuvre du BEH, guide de dynamisation hospitalier, observatoire de la construction hospitalière, Kits déploiements DMP.

²⁸ A élaboré des outils sur l'organisation de certains secteurs, entre autres : imagerie médicale, urgences, bloc opératoire.

²⁹ DHOS. *Nouvelles organisations et architectures hospitalières*, ouvrage élaboré par un groupe de travail, représentant un échantillon de treize établissements publics, privés, PSPH, ayant une activité MCO, récemment ouverts ou en cours de projets. Des experts de la MEAH, de la MAINH et de cabinets architecturaux ont été associés.

³⁰ Ibid, p29.

La stratégie d'organisation en pôles :

L'organisation fonctionnelle d'un pôle doit être en cohérence avec l'activité développée. Aussi, son implantation spatiale globale au sein de l'établissement tient compte des objectifs de fonctionnement dictés par les proximités induites par l'activité en interne et les collaborations avec les réseaux de soins en externe.

La mise en œuvre du projet architectural :³¹

La phase de programmation représente un enjeu primordial pour la réussite du projet. Les principes stratégiques précités sont les éléments fondateurs du programme. Ce document est élaboré par un programmiste ou une équipe d'assistance à maître d'ouvrage, chargé de recueillir les besoins, les attentes des structures et des usagers. A partir des objectifs identifiés du maître d'ouvrage, le programme fait état de ces besoins hiérarchisés et transversaux de l'ensemble de l'établissement en prenant en compte les contraintes techniques et économiques. Il précise notamment des éléments structurants comme la gestion des flux, patients, personnels, matières, les logiques organisationnelles et leurs impacts techniques. En complément, il détermine le phasage, le délai et les coûts de l'opération. Au regard de ces exigences, le but est de passer commande à une équipe de maître d'œuvre. La notion de « programme type » n'existe pas et dépend du mode de montage du programme choisi. Les orientations du Plan Hôpital 2007 et 2012 offrent la possibilité de montages classiques, en conception - réalisation ou en partenariat public privé^{32 33}. Différentes étapes sont communes, l'avant projet sommaire (APS), l'avant projet définitif (APD), la phase de finalisation des études avec l'élaboration des dossiers projets et de consultations des entreprises et enfin l'ordonnancement, le pilotage et la coordination du projet. La qualité d'un programme s'évalue à la prise en compte de la stratégie globale de l'établissement, des exigences fonctionnelles et de son caractère évolutif aux organisations de soins.

Aussi, le rôle du maître d'ouvrage dans la réalisation et le suivi du projet, de la phase de conception au déménagement, est primordial au niveau de la gestion de l'information interne et externe, au niveau de la gestion des groupes de concertation et au niveau de l'arbitrage et des prises de décision. Il doit notamment intégrer que la réussite de la conduite d'une opération d'investissement hospitalier ne se limite pas au seul projet de construction mais tient compte de l'articulation de tous les projets complémentaires du

³¹ Annexe 1 : Les étapes indispensables d'un projet d'investissement.

³² Annexe 2 : Les procédures de montage et de conduite d'une opération de construction.

³³ Annexe 3 : Les définitions.

projet d'établissement³⁴, du niveau d'implication de tous les acteurs, médecins, architectes, ingénieurs, directeurs et personnels hospitaliers.

Par ailleurs, nous retenons que le projet de prise en charge patient, le cadrage des capacités et la définition des organisations doivent être finalisés au plus tard pour l'avant projet sommaire.

1.2.3 Les choix fondamentaux qui conditionnent les organisations

Depuis une vingtaine d'années, l'hôpital n'apparaît plus comme coupé du monde extérieur mais au contraire en fait parti. Lieu de soins, il répond aussi à des exigences d'accueil, d'information et de prévention. Conçu comme un bâtiment urbain à part entière, Il doit respecter des impératifs de proximité, d'accessibilité et d'optimisation de l'espace. Ces exigences conjuguées aux évolutions technologiques médicales et aux contraintes d'ordre économique et organisationnel entraînent l'apparition d'une nouvelle génération de bâtiments médicalisés.

Par nécessité d'adaptation aux besoins futurs, la recherche d'extensibilité, de flexibilité et de modularité est retrouvée dans toutes les nouvelles conceptions architecturales. Pour exemple, au niveau des hébergements, chaque unité standardisée conserve une disposition similaire des locaux de soins et de logistique facilitant les repérages pour le personnel ou un maximum de chambres aux normes handicapées favorise une flexibilité d'occupation supplémentaire. Par ailleurs, identifier et organiser tous les flux internes et externes par nature : flux des urgences, flux des patients couchés, flux des consultants, flux des matières, flux des visiteurs, flux des personnels, s'inscrit dans une démarche transversale d'amélioration des processus et de la qualité. Il paraît essentiel d'optimiser globalement les flux au profit des unités de soins et protéger les flux de patients dans des circuits dédiés.

En conséquence, la localisation, les interfaces et les organisations du plateau médico-technique³⁵ constitué par les urgences, l'imagerie médicale, les laboratoires de biologie médicale, les blocs opératoires, la chirurgie ambulatoire et les consultations programmées doivent faire l'objet d'études spécifiques. En ce qui concerne la pharmacie à usage intérieur, la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments est l'opportunité pour revoir la gestion des stocks, la préparation, la dispensation, la traçabilité des médicaments et des dispositifs médicaux. Quant à la stérilisation, il est opportun de mener une réflexion préalable sur l'intégration ou l'externalisation de celle-ci en fonction

³⁴ Annexe 4 : Les projets complémentaires (projets social, économique, logistique, sécurité...).

³⁵ Collectif. *Les enjeux du plan Hôpital 2007 sur le mode d'organisation et de fonctionnement des services techniques et logistiques*. Techniques Hospitalières N°685, Mai – Juin 2004, pp28 – 42.

du contexte local. Enfin, mutualiser les infrastructures logistiques produits et matières (quais, galeries, monte charges) au service de la production des soins demandent de s'interroger sur l'automatisation de la manutention et la standardisation des équipements et matériels de transports et sur la nature des prestations hôtelières³⁶.

Pour accompagner ces évolutions, les établissements s'attachent à développer leur système d'information.³⁷ Le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) dans tous les services permet d'une part le partage des informations, notamment avec la mise en place progressive du dossier patient informatisé et d'autre part, contribue à la maîtrise des flux, outil fondamental permettant d'optimiser la gestion des activités de soins.

La clef de voûte de tout projet de construction d'un hôpital est la prise en compte des évolutions technologiques, organisationnelles.

Pour J.P Boutinet, le projet architectural se rapproche du projet de développement et du projet d'aménagement spatial.

Le premier comprend trois aspects indissolublement liés :

- « l'aspect technique de réalisation d'un nouvel aménagement.
- l'aspect social de valorisation tant des acteurs qui participent au projet que des destinataires de ce projet ...
- un aspect économique de plus-value apportée sous formes d'avantages, de production de nouveaux moyens, de nouveaux biens ou services, en contrepartie des coûts engagés et hypothéqués par le projet³⁸. »

Pour le second, l'aménagement relève d'une activité collective de maîtrise progressive d'un espace donné pour le domestiquer. Cela implique la prise en compte de trois paramètres centraux :

- « la négociation permanente entre les différentes instances de la collectivité qui cherche à maîtriser son espace.
- le temps avec ses délais, son horizon indéterminé qui disqualifie tout ce qui est de l'ordre du ponctuel et de l'immédiat.
- l'espace avec l'identification de contraintes, de possibles et de tout ce qui constitue sa singularité³⁹. »

³⁶ Les prestations hôtelières incluent l'alimentation, le linge, les fournitures non médicales, la gestion des déchets.

³⁷ GOUGET B. *Système d'information en santé, vers l'émergence de standards et de réseaux inter opérables*. Techniques Hospitalières N°696, Mars Avril 2006, pp11-15.

³⁸ BOUTINET JP. *Anthropologie du projet*. Paris, PUF, 2005, p96.

³⁹ Ibid p95.

Au regard de notre analyse documentaire, il semble que la conduite d'un projet de construction d'un hôpital relève de ces deux niveaux de complexité. En effet, ils mettent en lumière tous les enjeux qui s'y jouent au niveau organisationnel, qualitatif, économique et social.

1.3 Les professionnels de santé au coeur des organisations

1.3.1 Les conditions de travail et la satisfaction au travail.

Deux récentes études font état des conditions de travail et de la satisfaction des soignants au travail. La première a été réalisée par la DREES⁴⁰ et la deuxième par PRESS-NEXT⁴¹. Les contraintes liées au rythme de travail sont fortement perçues notamment par les infirmières estimant manquer de temps pour faire correctement leur travail. Les contrôles hiérarchiques sont ressentis comme plus fréquents. Les personnels médicaux et soignants se distinguent par une plus grande inquiétude sur les conséquences d'erreurs éventuelles sur la qualité du service. Les relations de coopération restent étroites malgré le manque de personnel évoqué. A cela, se rajoutent les troubles musculo - squelettiques en lien avec une charge physique importante et des postures de travail inconfortables, des temps de chevauchements trop brefs et suscitant des manques d'information, des horaires atypiques incompatibles avec la vie personnelle, le manque de perspectives professionnelles pour certains agents.

Des pistes de réflexion ont été abordées et notamment, améliorer le travail en équipe, intégrer davantage des critères de sécurité et d'ergonomie lors de choix de matériels, de revêtements de sols moins glissants et absorbant phonique, faciliter la transmission des informations entre médecins et paramédicaux, développer l'aide au logement, les crèches, encourager la pratique sportive. Toutes ces propositions participent à éviter les arrêts de travail et les départs prématurés de la profession. Sachant que d'ici 2015, 50 % du personnel hospitalier sera renouvelé. Rendre les hôpitaux attractifs pour les professionnels de santé est une des priorités du Plan Hôpital 2012. C'est pourquoi dans tout projet de construction et d'aménagement de locaux, l'ergonomie et les conditions de travail devront être pris en compte avec la participation des professionnels.

⁴⁰ DREES. *Les conditions de travail perçus par les professionnels des établissements de santé.* Etudes et Résultats, N°335, août 2004. Etude réalisée auprès de 5000 salariés des établissements publics ou privés.

⁴¹ Enquête Press-Next. *Santé et satisfaction des soignants au travail.* SOINS CADRES supplément n°52, Novembre 2004, pp1-40. Enquête réalisée auprès de 7000 soignants en France.

En effet, les dispositions qui concourent à de bonnes conditions de travail ne sont pas disjointes de celles qui assurent une bonne fonctionnalité. Elles concernent entre autre la limitation des déplacements, l'accès à la lumière naturelle, la présence d'une salle de repos commune à tous les professionnels de santé, le confort postural au niveau des postes de soins permettant le travail coopératif lors des transmissions.

Par ailleurs, la réduction de la manutention et son assistance ont une incidence sur la charge physique de travail. Cela suppose une logistique adaptée, qui amène les produits au plus près des soignants. En outre, l'utilisation de systèmes d'aide à la manutention des patients doit être encouragée. La réduction de l'usure au travail (physique, psychologique) passe également par un bon équilibre entre les contraintes imposées et les ressources fournies. C'est pourquoi une logistique efficace a aussi un impact sur les conditions de travail. Le système d'information est une autre ressource qui ne doit pas être négligée dans un processus de restructuration, en terme de rapidité, fiabilité et lisibilité.

Enfin, la prévention des risques professionnels doit être prise en compte. L'évaluation a priori des risques constitue un levier de la démarche de prévention des risques professionnels au sein de l'hôpital. En l'occurrence, tout employeur est tenu de consigner par écrit les résultats de l'évaluation des risques auxquels sont exposés les salariés. Ils doivent être transcrits sur un document unique⁴².

Aussi, le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) de par ses missions de sécurité, de contrôle et de prévention est l'instance privilégiée pour accompagner tout projet de construction et d'aménagement de locaux.

La construction d'un hôpital est donc une réelle opportunité. Ergonomie et amélioration des conditions de travail préviennent l'usure au travail et participent à une meilleure qualité de vie au travail. Tous les professionnels sont de plus en plus attachés à cette notion. Elle a un impact sur la motivation au travail. Cela se traduit par un accord gagnant – gagnant entre les professionnels et l'hôpital⁴³. En effet, bien-être au travail et efficience peuvent alors se concilier.

1.3.2 L'ergonomie et l'analyse des situations de travail.

L'ergonomie porte un autre regard sur le travail. « Par ses méthodes et sa démarche, elle permet une autre intelligibilité du fonctionnement de l'entreprise à partir de la compréhension de l'activité de travail de l'homme. Cette compréhension est nécessaire

⁴² Décret n°2001-1016 du 5/11/2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

⁴³ Weill M, Heude G. *La qualité de vie au travail : l'affaire de chacun, le bien être de tous*. Travail et changement, ANACT, N°spécial mai/juin 2007, pp4-7.

pour concevoir des situations dont l'opérateur ait la maîtrise, pour son équilibre physique, mental, et psychique, et pour une meilleure fiabilité du système »⁴⁴.

En outre, par les connaissances⁴⁵ qu'elle développe et l'action qu'elle mène, elle vise à ce que la nécessaire évolution du travail réponde tout à la fois aux exigences d'efficacité, de fiabilité, et aux exigences de confort, de sécurité, de satisfaction au travail des acteurs qui assurent le fonctionnement des systèmes. Elle associe donc, une dimension préventive des risques professionnels au niveau individuel et collectif.

Intégrer en amont du projet, la prévention prend en compte le rôle du professionnel, dès les premières étapes du processus de conception, afin de favoriser à court et à long terme le projet entrepris. Il est admis que quatre dimensions, technique, économique, humaine et sociale, dont l'interdépendance et le poids sont largement démontrés, sous-tendent les projets de conception de travail. Souvent les deux dernières sont soit négligées soit envisagées en dernier lieu, parfois dans la précipitation. Cela conduit à des retards ou à des échecs du projet induisant des conséquences sur l'efficacité du nouveau système et sur la santé des professionnels, qui elle-même entraînera des coûts pour l'hôpital.

Afin d'éviter de tels problèmes, l'intervention de l'ergonome cherche à placer le plus tôt possible les dimensions humaines et sociales au cœur du projet, à rapprocher le travail de sa réalité et à faire se rencontrer des logiques et valeurs différentes⁴⁶. Dans le cadre d'un projet architectural, l'ergonome mène une analyse de l'existant et une analyse des sites de référence, toutes deux centrées sur l'activité. Elles sont effectuées en s'attachant principalement aux cinq dimensions suivantes et à leurs conséquences en termes de sécurité et de santé : processus, équipements, flux, acteurs impliqués, organisation du travail. De ce fait, le programme architectural est enrichi « d'informations descriptives, prescriptives et procédurales »⁴⁷. Quatre questions essentielles sont à se poser : Pour quels professionnels construit-on ces locaux ? Quels types d'organisation du travail, de compétences et de qualification veut-on favoriser dans les nouveaux locaux ? Quels aspects relatifs aux conditions du travail ou à la gestion des risques veut-on améliorer ? Le projet va-t-il être l'occasion de nouvelles formes d'activités, d'association de personnes ? Il s'agit d'enclencher une démarche prospective.

⁴⁴ NOULIN M. *Ergonomie*. Toulouse, Editions Octares, 2002, p25.

⁴⁵ INRS. *Conception des lieux et des situations de travail*. Janvier 2006, p11.

⁴⁶ GROSJEAN JC, NEBOIT M. *Ergonomie et prévention en conception des situations de travail*. Cahiers de notes documentaires – Hygiène et sécurité du travail – N°179, INRS, 2000, p35.

⁴⁷ Ibid p36.

Aussi, la simulation du travail futur⁴⁸ permet de valider les hypothèses de conception, de réinterroger la conception du point de vue du travail futur des professionnels, de pronostiquer le fonctionnement du service, de mettre en évidence une évolution technologique et son impact sur les savoirs faire et les organisations, toute évolution à plus ou moins long terme. En conséquence, l'identification des besoins en formation permet d'anticiper les plans de formation professionnelle nécessaire et accompagner le changement.

1.3.3 Les conséquences managériales de l'évolution de l'hôpital

Deux des enjeux de la mise en œuvre des réformes de l'hôpital sont d'une part la transformation de sa gestion en s'inspirant de celle de l'entreprise⁴⁹ et d'autre part son évolution structurelle en terme d'environnement technologique et humain. Dans ce contexte d'adaptation, les organisations et les pratiques professionnelles évoluent, ayant un impact sur la fonction managériale. Aussi, « tous les acteurs sont remis en question, directeurs, médecins, cadres, organisations syndicales...Nous avons donc à repenser les stratégies et les outils. A commencer par concevoir une organisation réactive...Dans le même temps, il est nécessaire d'adapter de nouvelles postures pour être responsables et travailler avec d'autres, et pas seulement s'interroger sur qui a le pouvoir à l'hôpital...Enfin, les fonctions cadres sont à redessiner »⁵⁰.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière décrit trois niveaux de management (proximité, intermédiaire, stratégique)⁵¹. Le management de proximité s'exerce au plus près du « terrain ». Les décisions se prennent à court terme et relèvent du fonctionnement quotidien du service. « La finalité est de produire une prestation de soins en temps, qualité et coût optimaux »⁵². Le management intermédiaire se positionne dans le cadre de la mise en œuvre des pôles. Au côté des chefs de pôles, les décisions de ces cadres relèvent à la fois « d'une fonction de régulation (contrôle, arbitrage des unités) et d'une fonction plus stratégique. Ils sont à même d'intégrer une vision plus systémique de l'hôpital avec la mise en œuvre du projet d'établissement, le développement d'organisations innovantes en réseaux et une structuration plus

⁴⁸ Par l'utilisation de plans, de croquis, de schéma, de maquettes.

⁴⁹ DOMIN J.P., op-cit, p8.

⁵⁰ ROMATET J.J. *La nouvelle gouvernance hospitalière du procès à la métamorphose*. Entreprise Santé, N°57, Mai - Juin 2005, p15.

⁵¹ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Rennes, Editions ENSP, 2004.

⁵² COUDRAY M.A., BARTHES R. *Le management hospitalier à la croisée des chemins*. Gestions hospitalières, N°452, Janvier 2006 p18.

transversale des démarches qualité, gestion des risques, organisation des prestations en autres. Ce nouveau métier demande des modalités de formation et d'accompagnement différents de ceux utilisés pour les cadres de proximité. Enfin, le niveau stratégique est celui occupé par le directeur des soins. Aujourd'hui, au travers des difficultés de positionnement exprimés, la place et le rôle du directeur des soins interrogent. En effet, la nouvelle organisation polaire fonctionne en structures matricielles et déplace le centre de décision. La fonction de directeur de soins doit sans doute s'orienter d'une part vers une fonction plus stratégique avec l'impulsion d'une politique des soins, le renforcement des liens avec le projet médical, le développement de réseaux de soins et d'autre part vers une fonction de conseil auprès des responsables et cadres de pôles.

En l'occurrence, dans un contexte de construction d'un hôpital, le directeur des soins doit s'interroger sur sa pratique managériale, évoluer vers un management porteur de sens et « développeur » de cohérence. La réussite du changement passe d'abord par l'implication des cadres eux mêmes qui doivent le conduire⁵³. En effet, la qualité de la réponse apportée aux évolutions organisationnelles, structurelles dépend de leurs capacités à travailler ensemble sur les processus de prise en charge des patients, les interfaces, les organisations du travail, à impliquer eux mêmes leurs équipes.

⁵³ Ibid p19.

2 A la rencontre des acteurs de terrain

A partir de notre questionnement de recherche « en quoi, pour le directeur des soins, la conception d'un nouvel hôpital est une opportunité pour repenser l'organisation ? », nous avons fait le choix de conduire notre réflexion par une approche macroscopique de l'hôpital, dans un premier temps. Aussi, au travers de notre revue de littérature, nous notons que l'hôpital acquiert une nouvelle dimension et se forge une nouvelle image. Construire un hôpital, c'est penser un outil de travail, un outil de soins, un bâtiment de vie. Nous retenons cinq idées fortes qui sous tendent l'organisation et la conception d'un hôpital.

Les orientations stratégiques de l'hôpital traduites dans le projet d'établissement, relèvent du niveau du territoire. A la recherche d'efficience, il devient un centre de production des soins ouvert sur le secteur médico social et les réseaux de soins.

Les organisations en pôles d'activité visent à améliorer les modes de prise en charge du patient en terme d'accueil, de confort, de soins de qualité. Un système d'information et une logistique performante sont à considérer comme des leviers de facilitation des échanges et participe à une organisation pensée globalement.

L'hôpital tend à devenir un lieu de vie d'une part pour le patient en quête de transparence, d'exigence et d'autre part pour les professionnels de santé à la recherche d'une qualité de vie au travail.

L'approche managériale de l'hôpital se transforme avec la prise en compte de la place des usagers, la pratique d'un management de subsidiarité.

Le projet organisationnel est le fondement du projet architectural de l'hôpital.

En l'occurrence pour poursuivre notre étude, notre seconde partie a pour objectif d'apporter une vision microscopique de l'hôpital du point de vue des acteurs qui le composent, confrontés ou ayant été confrontés à la gestion d'un projet de construction d'un hôpital. La finalité de notre étude est d'une part d'approfondir notre analyse et d'autre part, de rapprocher notre questionnement et nos hypothèses à une réalité de terrain.

2.1 La méthodologie d'enquête

2.1.1 Le mode d'échantillonnage et le guide d'entretien

En référence à nos constats, nous avons fait le choix d'orienter notre enquête selon deux aspects, d'une part, l'identification des acteurs multiples impliqués et d'autre part l'identification de deux établissements.

Pour définir notre panel d'acteurs, nous nous sommes référés au modèle de la structure organisationnelle d'une entreprise selon Henri Mintzberg⁵⁴, appliqué à l'organisation hospitalière par Michel Cremadez⁵⁵. En effet, il nous est apparu essentiel d'avoir une vision systémique des acteurs et des métiers représentés afin de concentrer nos investigations plus spécifiquement sur l'encadrement intermédiaire⁵⁶ relevant de la direction des soins. Les acteurs interviewés relèvent donc du sommet stratégique, de la ligne hiérarchique, de la technostructure, du support logistique et du centre opérationnel. Par ailleurs, en lien avec l'évolution du fonctionnement de l'hôpital autour du dialogue social, il semblait pertinent de recueillir les points de vue des représentants des usagers et d'un représentant syndical. Les entretiens complémentaires menés auprès d'un directeur d'hôpital, d'un médecin du travail et d'un responsable d'un cabinet d'études architecturales ont permis d'affiner notre analyse globale. Le tableau de répartition de nos entretiens figurent en annexe 5.

Par ailleurs, deux établissements ont été choisis⁵⁷. Le premier est en cours de construction. Son ouverture est prévue pour l'été 2009. Le deuxième est un établissement qui avait ouvert depuis six mois au moment des entretiens. Il vient s'adosser à un bâtiment principal, en restructuration. Il fait parti d'un CHR. Il nous semble important pour la compréhension de l'analyse de préciser que les deux établissements ont été confrontés à des mouvements d'équipe de direction et de cadres intermédiaires ayant des incidences sur les modalités de pilotages et la durée des projets.

Compte tenu de ces données, nous avons fait le choix de conduire des entretiens semi-directifs. Nous avons pris le parti de formuler une consigne initiale et de structurer l'entretien autour d'un guide thématique⁵⁸. Celui-ci a été élaboré pour que les données produites puissent être confrontées aux hypothèses. Notre objectif poursuivi était l'expression libre et ouverte quels que soient les acteurs interviewés. Au cours des entretiens, nous avons utilisé les techniques d'écoute active, de reformulation et de relance.

Les deux consignes initiales ont été les suivantes :

Votre établissement est actuellement engagé dans la construction d'un nouvel hôpital.
Son ouverture est prévue pour 2009. J'aimerais que vous me parliez de ce que cela

⁵⁴ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris, Editions d'organisations, 1982

⁵⁵ CREMADEZ M. GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris, 2^{ème} édition Masson, 1997, p21.

⁵⁶ Cadres de santé filière infirmière, filière rééducation et filière médico-technique

⁵⁷ Annexe 5 : La répartition des entretiens.

⁵⁸ Annexe 6 : Le guide thématique d'entretien et d'analyse de contenu.

représente pour vous. Par ailleurs, pourriez-vous me préciser votre degré d'implication dans la mise en œuvre de ce projet ? Que pouvez-vous m'en dire aujourd'hui ?

Vous avez participé à un projet de construction d'un nouvel hôpital, et/ou accompagné son ouverture. Il est en fonctionnement aujourd'hui depuis 6 mois. J'aimerais que vous me parliez de ce que cela a représenté pour vous. Par ailleurs, pourriez-vous me préciser quel a été votre degré d'implication dans ce projet ? Que pouvez-vous m'en dire aujourd'hui ?

2.1.2 Le déroulement de l'enquête et la méthode d'analyse

Dans l'établissement A, où nous avons enquêté le panel le plus large d'acteurs, nous avons procédé en amont à une analyse documentaire. Nous avons pu consulter notamment le projet d'établissement et projets attenants, tout document en lien avec le projet de construction plus ou moins technique, des comptes-rendus de réunions à l'attention des cadres de santé, l'explication de la philosophie de conception des plans architecturaux. En outre, nous avons pu assister à des réunions de travail ayant pour objet l'organisation des prestations de ménage au sein de l'établissement. Ce recueil de données nous a permis d'appréhender d'autant mieux le contexte d'établissement. Par ailleurs, tous les entretiens menés ont fait l'objet d'une prise de rendez-vous préalable et d'anticipation des conditions matérielles de réalisation. Ils ont été conduits sur la période de mai à fin juin. Pour la majorité des professionnels, les entretiens ont été réalisés sur leur lieu de travail à l'exception des représentants des usagers, du médecin du travail et du représentant syndical qui ont été interviewés par téléphone. Ils ont fait l'objet d'une prise de notes et d'une retranscription intégrale. Les conditions de recueil des informations ont été satisfaisantes. En préalable, le traitement anonyme des données a été garanti. La durée des entretiens a été en moyenne de 1h00 à 1h30. Nous pouvons affirmer que cette enquête a été toujours très bien reçue par l'ensemble des acteurs. Certains nous ont dit explicitement, à la fin de l'entretien, que le fait de répondre à nos questions les avait aidés de façon significative à mesurer les enjeux managériaux et organisationnels liés à la construction d'un hôpital.

En ce qui concerne la méthodologie d'analyse retenue, elle a pour objectif principal d'identifier les leviers en matière d'intégration des changements organisationnels lors de la conception d'un hôpital. Aussi, notre grille d'analyse⁵⁹ émane directement du cadre contextuel exposé en première partie et des thèmes et sous thèmes explorés lors des entretiens.

⁵⁹ Annexe 6 : Le guide d'entretien et d'analyse de contenu.

Dans un premier temps, notre étude cherche à identifier les logiques et enjeux des acteurs. A travers leurs buts et leurs attentes, nous recherchons la place qu'ils accordent à un tel projet. En outre, nous tentons d'identifier leurs interrelations, leurs implications respectives, leurs contributions à l'évolution du projet. Nous nous attachons à développer plus particulièrement la posture adoptée par le directeur des soins et les cadres de santé⁶⁰. Dans un deuxième temps, l'analyse porte sur la compréhension globale du changement. Elle a pour ambition de détecter les obstacles et/ou les freins dans la gestion d'un projet d'une telle envergure mais aussi de faire la démonstration de l'intérêt d'une approche pluri professionnelle pour en extraire des préconisations dans notre exercice futur de directeur des soins.

2.2 Les logiques et les enjeux des acteurs

2.2.1 Les acteurs du sommet stratégique

Le directeur d'établissement en tant que maître d'ouvrage a la responsabilité légale de la conduite de projet de construction de l'hôpital. Il lui appartient de coordonner l'ensemble des équipes projet. Son objectif est de respecter l'engagement pris avec les tutelles concernant l'autofinancement du projet et le respect des délais de construction et d'emménagement. A un an de l'ouverture, il souhaite vivement « que les cadres de santé s'approprient les plans définitifs », que les équipes médicales et paramédicales « sachent où elles vont travailler » afin de faire « émerger les problèmes le plus en amont possible ». Il attend une implication forte de la direction des soins pour coordonner cette démarche et décliner les organisations. Le directeur des ressources humaines, détenteur des règles institutionnelles relatives au statut de la fonction publique, a enclenché une démarche prospective relative à l'évolution des effectifs en matière de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) d'ici 2009. Son objectif est d'évaluer les besoins en personnel au niveau quantitatif et qualitatif dans la nouvelle structure, « estimer les nouveaux comportements des agents par rapport au départ en retraite », « anticiper sur les besoins en formation ». Par ailleurs, sa préoccupation est de mesurer l'impact de l'organisation logistique avec la mise en œuvre de tortues pour le transport des matières⁶¹ et de pneumatiques pour le transport de petits objets avec peut être l'émergence de nouveaux métiers, comme des aides soignantes hôtelières ». En lien avec les organisations établies, il souhaite engager « une politique de pré affectation », « de préparation de plan de formation en lien avec les activités développées ». En outre, il

⁶⁰ Lire ici cadres supérieurs de santé et cadres de santé.

⁶¹ Livraison de matériel lourd mais aussi des chariots repas.

compte s'appuyer sur le plan social en cours d'élaboration pour développer ses axes et travailler avec les partenaires sociaux sur l'amélioration des conditions de travail.

Le directeur de la clientèle de la logistique et des achats, coordonne tous les ateliers relatifs à la logistique. En étroite collaboration avec l'ingénieur biomédical et les cadres de santé, elle pilote le projet d'équipement hôtelier et biomédical. En ce qui concerne l'entretien des locaux, elle souhaite déterminer « qui fait quoi entre l'équipe dite « intérieure » et les aides soignantes des services ». Elle travaille plus particulièrement en collaboration avec l'ingénieur en organisation et méthodes et le directeur des soins.

Le président de CME représente la communauté médicale et fait partie du conseil exécutif. Il a participé à toutes les phases du projet, de la négociation des orientations stratégiques de l'établissement avec l'ARH à la constitution des pôles. « J'ai cru que cet hôpital ne verrait pas le jour, les premières discussions ont commencé en 1999 » « Nous avons connu deux directeurs. A chaque fois, il faut établir une relation de confiance » Il a développé des alliances fortes avec tous ses collègues pour défendre le projet médical. Par ailleurs, il a des attentes importantes envers les cadres supérieurs de santé du pôle. « C'est avec eux que nous devons travailler pour prendre en charge le mieux les patients, nous allons devoir tout réorganiser ». Aussi, l'articulation entre le projet médical et le projet de soins lui semble essentielle et en conséquence la collaboration avec le directeur des soins.

Le directeur des soins fait parti du comité de pilotage du projet. Toute la démarche de conception a été élaborée avec les professionnels de santé. Les principes fondamentaux organisationnels ont été élaborés durant cette phase. Elle a plus spécifiquement en charge la mise en œuvre d'ateliers relatifs à l'organisation des soins et du plateau technique. Elle précise que l'établissement a préparé en parallèle la visite de certification. Au moment de notre entretien, elle n'avait pas engagé de démarche spécifique. Elle dit « je compte m'appuyer sur l'organisation en pôles », « c'est à eux à définir leur organisation avec la participation des chefs de pôles ». Elle se trouve dans une position attentiste et dit « vouloir s'appuyer sur l'élaboration du projet de soins qui va être lancé en septembre pour impliquer les cadres de santé ».

2.2.2 Les acteurs de la ligne hiérarchique

Les cadres supérieurs de santé (CSS) de l'établissement A :

L'une d'entre elles, en tant que représentante de la direction des soins, a été impliquée tout au long des différentes phases du programme. Elle a participé aux groupes de travail pluridisciplinaires, représentatifs de tous les métiers de l'hôpital. « Nous avons travaillé plus particulièrement sur la conception des chambres, les postes de soins, les offices ». Ce travail a été enclenché en 2002 et 2003. Depuis, « nous n'avons plus été sollicités, et

nous arrivons à la phase où le directeur nous demande de travailler sur les plans et les organisations avec les équipes ». Ceci est source d'inquiétude. Tous les cadres supérieurs ne sont pas en possession des plans. Un CSS nommé sur le pôle du plateau technique⁶² l'exprime « je suis quelqu'un de terrain, j'ai déjà besoin de m'approprier les organisations actuelles, je n'ai pas d'expérience professionnelle dans ces domaines ». Pour le cadre supérieur sage-femme, la mise en place des pôles lui a permis de débiter une réflexion organisationnelle avec les équipes. Elle a l'appui du chef de pôle. Aussi, elle a constitué des groupes de travail thématiques en maternité et en pédiatrie. Tous les CSS expriment qu'à ce jour, elles n'ont pas de vision transversale du projet et notamment l'articulation avec les autres projets logistiques ayant un impact sur l'organisation des services. Le cadre supérieur sage femme souligne qu'elle a une formation universitaire en logistique et « qu'elle n'est pas utilisée ». Cependant, elles reconnaissent, le partenariat qui s'est instauré plus particulièrement avec l'ingénieur biomédical. Par ailleurs, la mise en œuvre des pôles apparaît comme une difficulté et une source d'inquiétude. En effet, elles intègrent « qu'être cadre supérieur, c'est un nouveau métier, avec de grandes responsabilités » et qu'elles doivent mener de front la mise en œuvre des pôles et leurs organisations opérationnelles en perspective du nouvel hôpital, sans aucune formation pour les accompagner. Elles disent « être isolées » et attendent un soutien du directeur des soins.

Les cadres de santé (CS) de l'établissement A :

Elles ont toutes participé aux phases de conception de l'hôpital dans différents groupes de travail. En dehors des CS de médecine, et de radiologie, elles ont toutes été réaffectées. Le cadre de réanimation avait travaillé sur la conception du bloc opératoire. Le cadre des urgences avait travaillé sur les secteurs d'hospitalisation de chirurgie. Elles sont comme les cadres supérieurs confrontées à la mise en œuvre des pôles. A ce jour, les cadres des secteurs d'hébergement expriment des inquiétudes « nous n'avons pas vus les plans, c'est tellement d'inconnu et angoissant ...il y a un service d'hospitalisation de semaine, de jour et les consultations ... je ne sais pas quelles décisions ont été prises pour les organiser... les personnels nous posent des questions et je ne peux y répondre ». Elles expriment des attentes fortes pour travailler avec les cadres supérieurs de santé sur les organisations. Le CS diététicienne de par sa position transversale dans l'hôpital, dit avoir peu d'informations sur l'organisation et notamment des fonctions hôtelières. Elle dit « pour l'instant, on aurait des postes aménagés AS hôtelières...qui feraient la prise de commande des repas, c'est un bruit qui court. ». A leur prise de poste, les CS de réanimation et des urgences ont travaillé sur l'organisation de leur secteur avec

⁶² Pôle urgences, blocs opératoires, réanimation, soins intensifs.

leurs chefs de service respectifs. Le CS de réanimation dit « Il faut travailler sur le concept de prise en charge avant de travailler sur les besoins en matériel...j'ai demandé des transformations de poste AS en IDE...nous avons travaillé sur la base des plans ». Ces deux CS ont mis en place des groupes de travail avec leurs équipes. Dans un deuxième temps, elles ont impliqué les équipes dans le choix de matériels. Elles ont travaillé en partenariat avec l'ingénieur biomédical et les médecins. Les CS de stérilisation et de radiologie ont procédé de manière équivalente. Elles ont travaillé les organisations internes. Cependant, elles émettent quelques inquiétudes quant aux interfaces avec les autres secteurs d'activité. (Transport du matériel entre le bloc et la stérilisation, transport patients entre la radiologie et les services)

Les cadres supérieurs de santé de l'établissement B :

Elles n'étaient pas en poste en tant que cadres supérieurs de santé au moment de la conception de l'hôpital. Le projet avait été lancé en 2001. Aucune réflexion organisationnelle n'avait été engagée en lien avec de fortes incertitudes quant à la concrétisation du projet. « Cela a été très difficile de se projeter dans la mesure où nous n'avions aucune trace de ce projet...seul l'ingénieur nous a donné le programme technique détaillé, ce qui ne nous a pas beaucoup aidé ». En collaboration avec les médecins chefs de service et la direction des soins, elles se sont attachées à définir les organisations. Cependant, les locaux ont dû être réajustés en lien avec les changements d'orientations médicales. Les locaux ont été modifiés d'une part pour accueillir sur un secteur des services de pédiatrie dans des locaux conçus pour la prise en charge d'adultes et d'autre part pour transformer des locaux en zone de stockage. L'organisation de la logistique n'a pu être revue.

Les cadres de santé de l'établissement B :

Sur les fondements de l'organisation définie, ils ont participé avec l'ingénieur des travaux et l'ergonome à la reconfiguration des locaux. Par ailleurs, ils ont mis en place des groupes de travail. Certains ont visité des structures pour choisir du matériel notamment de manutention, ou des chariots repas. «L'ergonome nous a permis de revoir les situations de travail...les circuits...le responsable de la logistique nous a aidé pour que la dotation de linge soit livrée en armoire ». Compte tenu de l'urgence de la situation, elles ont mené un vrai travail de partenariat avec l'ergonome et tous les services logistiques. Malgré ce travail préparatoire, « cela a été très difficile pour les agents au moment de l'ouverture... ils ont dû s'adapter à la configuration des locaux plus vastes...même les familles avaient le sentiment que les patients étaient moins bien surveillés ».

2.2.3 Les acteurs de la technostucture

L'ingénieur des travaux fait parti du comité de pilotage. Aussi, il a participé à toutes les étapes de conception de l'hôpital. Il est plus intervenu en tant qu'expert et conseil auprès du maître d'ouvrage pour établir les liens avec le maître d'œuvre. Il a participé aux groupes de travail sur les secteurs très techniques que sont les blocs opératoires, la réanimation, les urgences, l'imagerie médicale. « J'ai en charge toute la partie technique du dossier de construction en références aux normes sécuritaires et au suivi du chantier ».

L'ingénieur biomédical insiste sur les modalités de gestion de la programmation. Pour lui, la phase essentielle est l'animation des groupes en vue de l'élaboration de l'APS puis de l'APD. Il dit « Il faut garder la trace des relevés de conclusion...ce qui n'a pas toujours été fait...cela a généré des remises en cause ». Aussi, il estime que le directeur des soins est la personne « en capacité d'arbitrer...elle a la connaissance des activités médicales et des implications organisationnelles ». En outre, il précise que son domaine d'expertise l'amène à travailler avec les médecins et les cadres de santé pour le choix des matériels et investissements en équipements lourds. Il a anticipé tout changement de matériel en fonction des activités du nouvel hôpital et négocié tous les contrats de maintenance. Il a proposé au directeur des finances un plan prévisionnel d'investissement des matériels.

L'ingénieur en organisations et méthodes est arrivé une fois le projet de conception élaboré. Il est le coordonnateur d'ateliers de travail en référence à cinq thèmes⁶³. Il pilote plus spécifiquement les ateliers liés au transport et aux prestations de ménage. L'ensemble est explicité en annexe 7. Il anime des groupes avec des soignants et dit « je trouve qu'ils disent toujours que chaque service est spécifique...on a du mal à avoir des réponses claires sur leur organisation ».

L'ingénieur informaticien dit « suivre le schéma directeur...son développement se fera au sein du nouvel hôpital au lieu de l'ancien ». L'informatisation du dossier patient se poursuit. Une réflexion plus spécifique est en cours avec la pharmacie pour envisager les modalités de prescription et de délivrance des médicaments.

Quant à l'ingénieur qualité, elle s'est impliquée dans la préparation de la certification V2. Elle vient en soutien des cadres de santé pour élaborer des procédures.

Enfin, l'établissement A n'a pas fait appel à un ergonome pour travailler sur la conception de l'hôpital. Le directeur des soins nous a précisé que lors de l'élaboration des groupes

⁶³ Le directeur adjoint en charge du projet a quitté l'établissement et sera remplacé en juillet. En attente, l'ingénieur en organisation a pris le relais de la coordination.

pluridisciplinaires, ont été associés des professionnels formés en ergonomie et manutention de base. Au niveau de l'établissement B, le rôle de l'ergonome a été déterminant dans l'analyse des situations de travail « nous avons pu avec les cadres et les équipes revoir la conception des locaux et notamment les postes de soins et l'adaptation des chambres... j'ai pu traduire auprès de l'ingénieur des travaux les besoins ». Elle a été l'élément fédérateur entre les soignants et les services techniques.

2.2.4 Les acteurs du support logistique

Dans l'établissement B, le responsable logistique nous a fait part de ses réflexions. Il regrette de n'avoir pas été impliqué au moment des phases de programmation. Le programme technique détaillé (PTD) précisait « il faut revoir la logistique ». Revoir dans sa globalité les circuits logistiques demande une phase de diagnostic. « Nous nous sommes retrouvés dans l'impossibilité de le faire... cela demandait également de travailler les organisations avec les convoyeurs et d'investir en matériel ». Compte tenu de l'impact social et financier, la décision a été prise d'améliorer uniquement la prestation de livraison du linge.

Dans l'établissement A, nous avons assisté à une réunion⁶⁴ ayant pour ordre du jour l'évaluation du temps des prestations ménage. Il s'agissait de définir qui des soignants ou de l'équipe de ménage intérieure, assurerait cette prestation aux blocs opératoires, en fonction des zones. La réunion était animée par l'ingénieur en organisation. C'était la première fois que l'infirmière hygiéniste et les aides soignantes (AS) des blocs prenaient connaissance des plans. Au cours des échanges, les AS ont clairement dit que les procédures de nettoyage n'étaient pas toujours respectées. Elles étaient très contentes d'avoir été sollicitées alors qu'elles avaient été prévenues la veille. Par ailleurs, nous avons été étonné de l'absence du CS et du CSS des blocs alors que les pratiques professionnelles étaient discutées.

2.2.5 Les acteurs du centre opérationnel

Nous avons rencontré deux infirmières (IDE)⁶⁵ ayant participé aux groupes de travail notamment sur la conception d'une chambre. Elles se montrent enthousiastes à l'idée d'intégrer un nouvel hôpital. Cependant, les plans ne leur ont pas été présentés. Elles ne

⁶⁴ Etaient présents les responsables des équipes de ménage, un cadre supérieur de santé représentant le directeur des soins, deux AS des blocs opératoires, l'infirmière hygiéniste, le directeur de la clientèle et de la logistique.

⁶⁵ Une IDE travaille en médecine, l'autre en chirurgie.

savent pas où elles iront travailler. Par contre, un AS brancardier travaillant en radiologie fait parti d'un groupe de travail piloté par le CS. Il a participé à l'identification des circuits dans le service de radiologie. Il a élaboré avec ses collègues AS des procédures d'hygiène sur la maintenance des brancards et la prise en charge des patients. Cependant, il exprime ses inquiétudes et s'interroge « quand, allons-nous travailler sur le brancardage ? Resterons-nous en radio ou y aura-t-il un pool ? ». Aucune réflexion transversale sur le transport interne des patients n'a débuté.

2.2.6 Les représentants des usagers

Ils sont impliqués dans les instances de l'établissement⁶⁶. Cependant, ils ont développé des relations plus informelles avec le directeur, le directeur de la clientèle et le directeur des soins et ont été sollicités dans le cadre de la visite de certification de l'établissement. Ils expriment « une grande fierté que cet hôpital voit enfin le jour » et sont attachés à la notion de service public. Au sein du conseil d'administration (CA), ils se sont exprimés sur les orientations de l'établissement. « Notre région a besoin de cet hôpital de proximité ». Ils ont donné leur avis sur l'aménagement de zones d'accueil des patients, la signalisation et sur les prestations hôtelières. Par ailleurs, ils accordent un crédit particulier aux missions de la CRUQPC. « En fonction des problèmes évoqués, nous voulons comprendre et débattre...notre objectif est de trouver des solutions pour améliorer la prise en charge des patients ». Ils précisent qu'ils font partie d'un collectif associatif et suivent des formations. Ils disent « nous voulons être des interlocuteurs crédibles pour les dirigeants de l'hôpital, même si nous sommes des bénévoles ». Par ailleurs, ils souhaitent bénéficier d'un local dans le nouvel hôpital.

2.2.7 Les entretiens complémentaires

Le représentant syndical

Comme les représentants des usagers, il insiste sur l'opportunité que suscite la construction de ce nouvel hôpital « pour la ville, et pour la qualité d'accueil des patients dans de nouveaux locaux ». Par ailleurs, de par sa participation aux instances⁶⁷, il se montre vigilant à propos de l'évolution des conditions de travail. Pour lui, la prise en compte des risques identifiés dans le document unique devrait permettre de mettre en œuvre des mesures de prévention et d'adaptation des locaux, « notamment par rapport à la charge physique, l'achat de matériels, la formation des personnels ». Il craint des

⁶⁶ CLIN, CA, CRUQPC.

⁶⁷ CHSCT, CTE, CA.

conditions de travail dégradées «avec la multiplication des surfaces par rapport aux locaux actuels... l'augmentation des chambres individuelles, l'augmentation des surfaces des plateaux techniques qui génèreront des déplacements conséquents ». Les membres du CHSCT, le médecin du travail, la direction des ressources humaines et la direction des soins doivent « travailler dans ce sens ». « Nous devons pouvoir nous appuyer sur les orientations du projet social et sur la préparation de contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ».

Le médecin du travail

Il relève de nombreux facteurs déstabilisants dans la conduite d'un projet de construction d'un hôpital pour tous les professionnels, équipe paramédicale, équipe médicale et personnel administratif. Ces facteurs sont liés principalement à des zones d'incertitude, des pertes de repères, principalement dû à la difficulté de se projeter dans de nouveaux locaux plus spacieux. «Les agents ont conscience qu'ils doivent intégrer des espaces mais aussi des nouvelles organisations». Il discerne deux types de réactions. «Les agents hyper enthousiastes à l'idée d'intégrer un nouvel hôpital...et les autres, qui craignent d'être réaffectés, que leur équipe soit éclatée ». Il insiste sur la gestion de l'information. La communication dans les instances lui semble « insuffisante » dans la mesure où l'information « est descendante ». « Les professionnels au plus près du terrain n'ont pas forcément d'informations très claires ...ceci est aussi exprimé par les cadres ». Il note une résurgence d'un sentiment de mal être au travail pour ses derniers.

Le responsable du cabinet d'études de programmation et d'architecture :

Au regard des orientations stratégiques et des activités médicales déclinées dans le projet d'établissement, « le fil conducteur de toute la démarche de construction, doit être l'organisation de la prise en charge du patient ». La réussite du projet est liée à la capacité des acteurs de «mettre au centre du triangle, coût, performance, qualité, le patient ». Pour se faire, il faut élargir « le champ des possibles et laisser construire par les acteurs eux-mêmes une vision globale du projet ». Il s'agit dans un premier temps de repérer les processus de prise en charge existants et dans un deuxième temps, les transformer, pour les adapter au futur. Une relation de confiance doit s'établir entre le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre. Il s'agit de démontrer toutes leurs capacités « à mobiliser les bonnes personnes dans les groupes de travail afin de structurer les interfaces, gérer la productivité, déclencher des actions d'optimisation ». Aussi, le maître d'ouvrage et son équipe ont un rôle essentiel d'arbitrage sur les choix conceptuels, organisationnels et leurs incidences financières.

En synthèse, le discours des acteurs fait la démonstration de la multiplicité des regards portés sur un projet de construction d'un hôpital, regards croisés, où divergence et

convergence se mêlent. Aussi, nous allons poursuivre notre analyse dans une vision globale pour tenter de porter un autre regard sur le management.

2.3 L'analyse globale et la mise en perspective des résultats

2.3.1 D'une approche prescriptive des résultats à une lecture compréhensive des actions

La mise en œuvre stratégique du projet de construction :

Dès l'origine du projet, un comité de pilotage a été mis en œuvre composé du directeur d'établissement, du directeur des finances, du président de la CME, du médecin du département d'information médicale (DIM), du directeur des soins, de l'ingénieur des travaux. L'établissement a engagé une démarche prospective au sein du territoire de santé afin de répondre au SROS en cours d'élaboration. Par ailleurs, une étude d'attractivité a été menée auprès de la population et auprès des professionnels libéraux. Sur la base de ces données, le projet médical a été élaboré. Concomitamment, le directeur a souhaité que l'établissement se propose d'être site pilote dans la mise en œuvre des pôles. Toutes les phases du projet ont été scrupuleusement respectées tel que nous avons pu l'aborder dans notre première partie⁶⁸. Le projet architectural a été conçu en référence aux orientations médicales du projet d'établissement, et sur la base des conclusions des travaux de groupes lors de la phase de programmation. Par ailleurs, la déclinaison opérationnelle du projet est structurée autour de projets thématiques articulés avec des ateliers⁶⁹.

Cependant, de l'émergence du projet en 2000, à aujourd'hui, où l'établissement débute sa construction, sept ans se sont écoulés. L'ouverture prévisionnelle est actée pour l'été 2009. Aussi, cela s'est révélé comme un frein dans le discours des différents acteurs dans la continuité du projet, accentué par les départs du directeur d'établissement et du directeur-adjoint, chef de projet des groupes thématiques. La mobilité des CS et les nouvelles affectations des CSS viennent fragiliser les modalités de pilotage du projet organisationnel dont le directeur des soins est chargé. Aussi, la mise en œuvre des ateliers du projet organisationnel sera effective en septembre 2007. Le pilotage opérationnel des ateliers et leurs articulations représente un enjeu majeur pour tenir les délais d'ouverture de l'hôpital.

⁶⁸ Annexe 1 : Les étapes d'un projet d'investissement.

⁶⁹ Annexe 7: Les structures de travail mises en œuvre en préparation de l'ouverture du nouvel hôpital.

L'organisation en pôles d'activités :

Le principe de l'organisation en pôle d'activités a été retenu. Cinq pôles d'activités cliniques et médico - techniques sont créés : Médecines, Chirurgies, Mère/Enfant, Plateaux techniques, Logistique médicale. Dans un pôle clinique, on trouvera sur un même niveau, l'accueil, les consultations, l'hébergement en hospitalisation complète, de semaine ou de jour, et la gestion du pôle avec la logistique d'étage. Les unités de soins comprendront entre 22 et 24 lits, les chambres seront à un lit dans 80 % des cas et certaines pourront accueillir ponctuellement des patients au delà des capacités normales. L'hôtellerie sera améliorée ainsi que l'approvisionnement des services ou l'acheminement des examens et le retour des résultats. En effet, le concept architectural favorise la gestion fluide et efficace des flux. Le principe de la marche en avant a été retenu, différencié pour les patients, les visiteurs, les personnels et les livraisons en matériel. En conséquence, la fonction transport est réorganisée au sein de l'établissement. L'approvisionnement dans les unités de soins sera réalisé par des « tortues » automatisées. Le transport dit « de petits objets » sera assuré par un système de pneumatique. Ces modalités visent à maintenir le personnel soignant au plus près du patient. L'ensemble de ces principes répond aux choix fondamentaux préconisés dans les nouvelles structures hospitalières. Ils tiennent compte de l'évolution des activités médicales et des modes de prise en charge des patients. La déclinaison prévisionnelle de l'organisation tient compte de nouvelles interfaces avec les secteurs logistiques. Cependant, nous avons relevé que cette vision globale n'était pas acquise auprès des CSS et CS et encore moins auprès des professionnels de terrain, alors que certains avaient participé aux groupes de travail pour concevoir les locaux. Nous avons pu constater que les attentes des professionnels étaient plus ou moins satisfaites, en fonction de leur niveau d'implication dans l'appropriation des plans et des organisations. En cela, les secteurs médico techniques sont plus avancés. Aussi, cela génère inquiétude mais aussi frustration pour ceux qui veulent s'impliquer dans les nouvelles organisations. Les CSS mesurent que l'intégration dans les nouveaux locaux va transformer les conditions de travail des agents avec l'augmentation des surfaces et demandent une clarification des organisations par pôle mais aussi inter pôles.

La communication – la concertation - la coordination :

Nous avons relevé que l'organisation des différentes phases de programmation a permis une large concertation. Les groupes de travail thématiques⁷⁰ ont été bâtis en veillant à la représentation des différents métiers. Le président de CME a été très actif pour impliquer le maximum de médecins. Le directeur des soins et les cadres supérieurs de santé ont

⁷⁰ Pour exemples : Hébergement, consultations, postes de soins, distribution des repas.

sollicité les personnels. Les référents en ergonomie – manutention, en hygiène et qualité ont été intégrés dans chaque groupe. Les réunions étaient animées et coordonnées par le programmiste. L'ingénieur biomédical et des travaux y assistaient. Cette phase a débuté fin 2002. L'évolution du projet de conception a fait l'objet de communication à chaque phase, au sein des instances⁷¹ mais aussi par le biais d'amphi-cadres, l'intranet et le journal d'établissement adressé à chaque agent. Pendant, plus de deux ans « il y a eu un grand vide »⁷², propos tenu par le CSS impliqué dans le suivi des groupes. A ce jour, le projet de construction est lancé. Au regard des discours, nous notons que peu de personnes ont accès à l'information sur la poursuite du projet alors que le directeur est intervenu en amphi cadres pour présenter la mise en place des ateliers. Il existe une certaine tension latente entre les CSS et le directeur des soins. En lien avec l'évolution du management en pôles et l'évolution structurelle de l'hôpital, les CSS attendent un soutien méthodologique et psychologique dans l'accomplissement de leurs fonctions. Cet état se répercute dans la relation entre CSS et CS des pôles. Certains CSS ont commencé à réfléchir avec les CS de leur pôle à une charte organisationnelle. Par ailleurs, les premiers ateliers transversaux sont en cours et notamment sur les prestations logistiques. Nous n'avons pas constaté de coordination transversale et de système de transmissions, source d'incertitude auprès des CS des unités de soins.

La formation :

Nos investigations ne nous permettent pas d'évaluer l'impact des organisations sur l'évolution des métiers et leur anticipation en matière de formation. Au-delà des principes organisationnels, il aurait fallu que les organisations soient décrites précisément en tenant compte des interfaces entre services clients/ prestataires et des nouvelles organisations logistiques⁷³. Par ailleurs, l'accompagnement des cadres dans la mise en œuvre des pôles par des formations nous serait apparu pertinent.

2.3.2 Le construit collectif du changement

L'analyse croisée des données issues de nos entretiens et l'analyse globale thématique nous incitent à poursuivre notre réflexion sur les modalités du construit collectif du changement. Le discours des acteurs fait état que le changement organisationnel est dans les interactions⁷⁴. Il se traduit par la création de nouvelles règles, et n'a lieu que par le sens donné à ces nouvelles relations. Partant de cette idée, compte tenu de la

⁷¹ Conseil exécutif, CA, CTE, CHSCT.

⁷² Temps nécessaire pour les appels d'offre, le choix des entreprises, les négociations avec l'ARH.

⁷³ Modalités de transport des matières.

⁷⁴ BERNOUX P. *Sociologie du changement*. Paris : Seuil, 2004. p 47.

multiplicité des acteurs impliqués dans un projet de nouvel hôpital, le changement apparaît comme un processus complexe qui se déploie dans un contexte particulier. Nous l'interprétons selon trois dynamiques, la dynamique d'adaptation, la dynamique de transformation et la dynamique d'invention. La première est en lien avec les contraintes environnementales, la deuxième demande une transformation des pratiques et la troisième demande des démarches innovantes et participatives. Au regard des discours, il semble que les contraintes environnementales ont été bien intégrées au niveau des orientations stratégiques des établissements. En ce qui concerne les dynamiques de transformation et d'invention, elles sont à mesurer.

Au niveau de l'établissement A, toute la phase de programmation s'est construite autour d'une démarche participative et pluridisciplinaire. Les principes organisationnels ont été élaborés avec les utilisateurs. Cependant, à un an de l'ouverture, la réflexion autour des pratiques professionnelles a été enclenchée uniquement sur les secteurs médico-techniques, à l'initiative de l'ingénieur biomédical et des cadres de santé⁷⁵.

Au niveau de l'établissement B, au moment de l'ouverture de l'hôpital, aucune pratiques professionnelles n'ont été modifiées et notamment toute l'approche logistique relative aux flux des matières ce qui a nécessité de modifier des locaux en zone de stockage. L'intervention de l'ergonome dans ces adaptations a été précieuse.

Aussi, il nous paraît pertinent de nous interroger sur le contexte dans lequel prend naissance et se diffuse le processus de changement⁷⁶.

Les caractéristiques de l'environnement :

Les deux situations décrites ont comme caractéristique de s'inscrire dans un environnement au concept non homogène. L'établissement A s'inscrit dans une perspective d'évolution globale de ses activités alors que l'établissement B est dans une démarche de restructuration. Cependant, à travers leurs orientations définies dans le cadre d'une politique régionale, nous relevons des lignes communes, le développement d'activités et de technologies répondant à des besoins et la préoccupation du contrôle des coûts. En outre, la durée de tels projets de construction est soumise à des fluctuations en lien avec le changement d'interlocuteurs au niveau des tutelles ou des élus locaux, l'évolution du prix de l'immobilier et les contraintes liées à la maîtrise d'œuvre, aux entreprises engagées.

⁷⁵ Cadres de santé de radiologie et de stérilisation.

⁷⁶ Nous rapprochons notre analyse de l'étude suivante : MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A.P. *La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?* Revue française de gestion, N°150, Mars 2004. pp29-53

Ces différents aspects liés à leur imprévisibilité influent sur le déroulement du projet entrepris.

L'identité des promoteurs du changement :

Les directeurs d'établissements apparaissent comme les promoteurs et les initiateurs de la conduite de projet. Cela ne signifie pas pour autant l'absence d'autres promoteurs, « initiateurs » ou « porteurs » du projet. Les membres du comité de pilotage constituent le « noyau dur » de la conduite managériale du changement engagé. Ils portent la responsabilité de la réussite ou de l'échec du projet.

Par ailleurs, nos entretiens font la démonstration que tout acteur impliqué dans la démarche de projet peut devenir promoteur du changement. Ce rôle est tenu par les membres de l'équipe de direction, le président de la CME et autres médecins référents, les partenaires sociaux, les représentants des usagers, l'encadrement intermédiaire soignant, les ingénieurs, les professionnels de santé. Enfin, élus locaux et représentants des tutelles sont eux aussi porteurs du projet.

En conséquence, l'identification de tous ces acteurs participe à la construction collective du changement.

2.3.3 La confrontation à nos hypothèses

A l'issue de notre analyse, nous pouvons avancer que nos hypothèses sont partiellement vérifiées. En effet, elle a mis à jour des enjeux déterminants d'ordre managériaux.

La vision partagée et collective du projet permet aux acteurs de se situer par rapport aux modifications organisationnelles et structurelles. En l'occurrence, elle représente un enjeu culturel et social. Le processus de changement engage une dynamique de connaissance d'une nouvelle réalité. Il s'agit d'inventer des relations différentes dans un système où existent déjà certaines pratiques différenciées. A travers l'ajustement des pratiques professionnelles des différents métiers, il s'agira d'en faire un atout pour construire une nouvelle identité au travail entre héritage historique et une nouvelle perspective professionnelle. Nous avons relevé principalement une démarche structurée pour accompagner le changement mais souffrant d'absence de coordination et de transmissions. Il existe un « flou » dans la déclinaison opérationnelle des changements organisationnels. Le projet qui s'étale dans le temps a été perturbé par les départs de directeurs porteurs de projet et par des cadres soumis à une certaine mobilité. Aussi, nous nous rapprochons de notre question initiale.

La mise en œuvre de nouvelles organisations dans le cadre de la construction d'un nouvel hôpital demande au directeur des soins de situer sa mission dans une démarche prospective institutionnelle et de contribuer à l'accompagnement des changements par une approche compréhensive du jeu des acteurs. Comprendre les stratégies des acteurs

du système lui permet de se positionner stratégiquement lui-même et d'être force de proposition au sein de l'équipe de direction. Le directeur des soins doit être en capacité de coordonner un projet organisationnel centré sur les processus de prise en charge des patients. L'approche pluri professionnelle et un management de subsidiarité représentent des atouts pour innover.

3 La stratégie managériale du directeur des soins

Nos propositions que nous allons décliner relèvent de la prudence qui repose sur les limites de notre enquête et sur la teneur même du sujet de notre étude. Nous l'avons construite d'une part sur un nombre restreint d'entretiens et d'autre part dans deux établissements aux missions différentes. Une analyse comparative élargie aux mêmes acteurs des deux établissements aurait sans doute apporté plus de fiabilité à nos propos. Par ailleurs, l'étude a fait émerger les problématiques d'appropriation par les acteurs, de pilotage et de mise en œuvre du projet organisationnel pensé au moment de la programmation. Cela converge avec nos observations effectuées en stage lors de notre formation de directeur des soins. Aussi, il eut été pertinent de bénéficier de retour d'expériences de directeurs d'hôpitaux et directeurs des soins ou tout autre acteur, ayant eu à mener ce type de projet et ayant une prise de recul suffisante de mise en fonctionnement de leur établissement. Cela justifie pleinement notre intérêt pour approfondir cette piste à notre prise de fonction.

Aussi, nos propositions s'appuient sur l'analyse de nos constats et sur la problématique qui s'est ouverte à nous. Entre les grandes orientations organisationnelles affichées au moment de la conception d'un hôpital et leur déclinaison opérationnelle se situe un mouvement d'aller-retour dans lequel se glisse des incertitudes. Les cadres intermédiaires et de proximité⁷⁷ occupent une place capitale dans la régulation quotidienne des rapports sociaux tant du côté des usagers et patients, que du côté des professionnels de santé⁷⁸. Ils apparaissent comme le maillon indispensable entre dirigeants et professionnels pour répondre aux missions institutionnelles⁷⁹. En conséquence, il s'agit pour nous de présenter notre stratégie d'accompagnement des cadres de santé pour qu'il y ait cohérence entre les principes annoncés, les transformations structurelles et les pratiques émergentes.

Trois orientations se dessinent : Organiser et manager, transformer les événements environnementaux en conditions favorables du changement, renoncer à la recherche d'un état idéal et accepter l'idée d'évolution permanente.

⁷⁷ Cadres supérieurs de santé et cadres de santé.

⁷⁸ Médecins et tous professionnels de santé.

⁷⁹ BERTAUX R / ed. *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social*. Paris : Seli Arslan, 2006. p11.

3.1 Organiser et manager

De l'analyse des données recueillies, nous avons retenu les attentes dominantes de la part de tous les professionnels, dans la contribution du directeur des soins au pilotage du projet d'organisation du nouvel hôpital. Il apparaît comme l'interlocuteur privilégié entre professionnels soignants et les autres métiers. Par sa double appartenance gestionnaire et soignante, il représente un relais au regard de la pluralité des logiques hospitalières. Ceci représente un atout de nature à favoriser l'interdisciplinarité dans la mise en œuvre des organisations. Aussi, en tant que coordonnateur des soins et en interface permanente avec le comité de pilotage et le conseil exécutif, ont été soulevés de manière récurrente le soutien méthodologique et l'accompagnement du projet. En conséquence, nous pensons que la dimension managériale du directeur des soins se traduit au niveau stratégique par son adéquation avec les objectifs du projet d'établissement. Il doit développer un partenariat facilitant le décloisonnement et l'interdisciplinarité. En outre, la mise en valeur des compétences existantes et la contribution individuelle à l'effort collectif au sein de l'établissement participent à l'harmonisation des pratiques et des modes organisationnels. Aussi, il s'agit de construire un projet dans une vision partagée s'appuyant sur des valeurs humanistes fédératrices, fortes et partagées par les professionnels de santé. Le respect, la confiance et la transparence se traduisent à travers la posture managériale du directeur des soins auprès de tous ses collaborateurs et autres acteurs⁸⁰. En tant que responsable porteur de sens, il crée les conditions d'adhésion et de partage en permettant à ses collaborateurs de donner du sens à leurs propres actions. Il agit sur le triptyque suivant :

- Le contenu : Quoi ? Qui ? Où ? à savoir repérer ce qui doit évoluer.
- Le sens : Pour quoi ? Pourquoi ? à savoir les finalités, les enjeux.
- Le processus : Comment ? à la recherche de solutions d'amélioration et de mise en œuvre.

Au niveau opérationnel, cela se traduit par une lisibilité des actions individuelles et collectives, par une prise en charge pluridisciplinaire répondant aux besoins des patients visant la sécurité et la qualité des soins, par la mobilisation des compétences individuelles et collectives des professionnels de santé.

Enfin, le directeur des soins développe une communication claire et adaptée face à ses interlocuteurs. Il respecte les différences de points de vue et s'interroge sur les hypothèses possibles. En outre, ses capacités pédagogiques lui permettent de faire comprendre les choix préconisés.

⁸⁰ Représentants des usagers, partenaires sociaux.

3.1.1 Distinguer et articuler des logiques différentes

Selon M.Cremadez⁸¹, une réflexion stratégique, préalable et impliquant les différents niveaux de l'organisation, conduit à dégager une vision claire et objective des missions et engage les différents acteurs à poursuivre les mêmes buts. Aussi, nous pensons que la reconnaissance des spécificités, l'articulation de logiques différentes des différents métiers tels que nous les avons identifiés, doit remplacer le réflexe d'exclusion qui ampute une partie de la richesse.

En préalable, nous retenons le modèle de structuration des groupes de travail tel qu'il est présenté en annexe 7. Aussi, nous positionnons le directeur des soins en tant que pilote du projet organisationnel. La structure du projet est organisée en ateliers thématiques. Ceux-ci s'appuient sur la logique des pôles cliniques et des pôles relevant des plateaux techniques.

Afin d'appréhender toutes les dimensions de la prise en charge des patients, nous postulons que l'analyse des processus de prise charge des patients doit être réalisée. Cette méthodologie permet de mettre en évidence toutes les interfaces, tout au long de la prise en charge du patient de son accueil à sa sortie. Elle intègre la logique client/fournisseur, la dimension organisationnelle interne du pôle mais aussi les interfaces entre pôles. Les experts que nous avons identifiés dans notre étude sont à solliciter en fonction des thématiques menées par les ateliers.

Les propositions organisationnelles doivent pouvoir intégrer différents modes de prises en charge des patients en fonction des besoins et intègrent l'articulation avec les structures externes à l'hôpital (professionnels libéraux, réseaux, hospitalisation à domicile). Par ailleurs, elles s'appuient sur les projets institutionnels, projet médical, projet de soins, projet qualité et gestion des risques. En outre, elles définissent les impacts sur les conditions de travail et/ ou sur l'évolution des métiers.

Le directeur des soins par sa vision transversale peut intervenir dans les ateliers en tant que régulateur et pour apporter un soutien méthodologique. Les prises de décisions relèvent du comité de pilotage composé du directeur d'établissement, du président de CME, du directeur des ressources humaines, du directeur de la logistique, de la clientèle et des achats et de l'ingénieur en travaux. Il nous semblerait opportun d'envisager avec le directeur d'établissement comment associer les usagers à ce projet ? De trouver un espace de rencontre ou même les faire participer à des ateliers.

⁸¹ CREMADEZ M, GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : 2^{ème} édition, InterEditions, 1997. p12.

3.1.2 Centraliser et décentraliser

Afin de garantir une vision transversale du projet organisationnel, d'assurer un suivi permanent des ateliers, il nous paraît pertinent de mettre à disposition de chaque chef de projet, des outils :

- La lettre de mission adressée au chef de projet :

Elle définit l'objectif de sa mission, le contexte et les enjeux. Elle précise les niveaux de délégation en terme de moyens et/ou de prises de décisions.

Elle stipule les référents techniques, soignants et/ou administratifs à qui il peut faire appel dans l'exercice de sa mission.

Par ailleurs, elle décline les modes de transmissions d'informations au directeur des soins et au comité de pilotage.

Elle décrit les ressources que l'établissement lui met à disposition : documents, matériel informatique.

- Le diagramme de Gantt

Le chef de projet s'engage sur la base d'un échancier où sont décrites toutes les étapes intermédiaires du projet.

- Les fiches types projets

Chaque fiche identifie l'objectif global et les objectifs opérationnels, les échéances, le pilote et le groupe de travail. Les indicateurs de résultats et notamment la prise en compte de la satisfaction des usagers et la satisfaction des professionnels de santé au regard des conditions de travail.

- Le relevé de conclusion

Toutes les réunions de travail doivent faire l'objet d'un relevé des décisions prises. Le nom de tous les participants doit y figurer.

Ces outils constituent la « mémoire » des travaux engagés, assurent le relais du projet en cas de départ du chef de projet et permettent de garantir la continuité des actions.

Par ailleurs, il nous semble judicieux de mettre en place des revues de projets une fois par mois, afin de faire un point de l'état d'avancement des projets et/ou des difficultés à faire remonter au comité de pilotage.

3.1.3 Eviter les pièges du « tout participatif »

En référence à notre expérience, nous pensons que créer des ateliers stéréotypés constitue une erreur et ne relève pas, en fait, du modèle du management participatif.

Dans notre enquête, nous avons relevé qu'une cadre supérieur sage femme avait une formation universitaire en logistique et qu'elle n'était pas sollicitée. Aussi, nous pensons qu'il appartient au directeur des soins avec les CSS de pratiquer un management de la connaissance et un management constructiviste. La mobilisation et l'intégration d'un projet passent par la reconnaissance des compétences. En outre, il semble opportun de décliner quelques principes lorsqu'on constitue les ateliers :

- S'assurer de la représentation des métiers en fonction de la thématique traitée.
- Les personnes sollicitées ont un minimum de connaissance sur le sujet. Si ce n'est pas le cas, elles risquent de se mettre en retrait.
- S'assurer de leur volonté de travailler dans ces ateliers.

Par ailleurs, d'autres professionnels peuvent être associés comme les référents hygiène, qualité ou hémovigilance, les fonctions experts.

Nous pensons qu'il appartient aux CSS, chefs de projet, de faire des propositions au directeur des soins sur la composition des ateliers.

En synthèse, mener un projet organisationnel dans le cadre de l'ouverture d'un nouvel hôpital demande une forte mobilisation des personnels. Aussi, il paraît judicieux de s'appuyer sur les travaux des commissions que sont le CLIN, le CLUD, la CSIRMT et le CHSCT ou les missionner sur des travaux spécifiques.

3.2 Transformer les événements environnementaux en conditions favorables du changement

Au travers du discours des CSS et CS, nous avons perçu le « mal être » exprimé et le « sentiment d'abandon ». L'articulation de projets multiples, la certification, la mise en œuvre des pôles, la préparation de l'ouverture du nouvel hôpital avec l'activation des ateliers, sont autant de temporalités à croiser. Les CSS ont conscience qu'ils sont dans l'apprentissage d'un autre métier. François Dupuy analyse ce phénomène relevant d'un processus de « déprotection »⁸² des cadres. Il explique « le client, ... est une contrainte permanente pour les organisations et leurs membres, et les collègues avec lesquels il faut désormais « faire équipe » et « coopérer », une source de stress et de pression... cette double confrontation que les organisations modernes⁸³ imposent à leurs membres avec

⁸² DUPUY F. *La fatigue des élites*. Paris : Seuil et La République des Idées, 2005. p9.

⁸³ La logique taylorienne avait résolu le problème de l'exposition directe aux autres par la parcellisation du travail.

« leurs structures matricielles », leurs fonctionnements en projets » ou leurs impératifs de coopération. » Il appartient au directeur des soins d'accompagner ce processus au travers de la gestion des temporalités et de venir en soutien des CSS et CS par l'apprentissage d'une nouvelle réalité.

3.2.1 Gérer des temporalités

Nous avons constaté la longévité d'un projet de construction d'un hôpital, de sa genèse à son ouverture. Aussi, tout l'art réside dans la conduite d'un projet dans l'harmonisation ou au moins la conciliation de temporalités paradoxales⁸⁴. En effet, le déroulement temporel du projet a un impact politique, social et économique. Il a généré en alternance incertitude et enthousiasme de la part de tous les acteurs internes et externes. Le respect de l'échéancier global et des échéances propres à chaque étape⁸⁵ représente un enjeu majeur pour le respect du plan d'investissement et pour la réalisation des travaux. Parallèlement, le temps de ce projet s'articule avec d'autres temporalités. L'établissement s'est investi d'une part dans la démarche de certification et d'autre part dans la mise œuvre des pôles d'activités. Le projet lui-même de construction s'articule avec d'autres projets, dont le projet organisationnel. Aussi, la gestion des temporalités suppose pour le chef de projet, un travail d'agencement négocié de ces différentes temporalités et d'anticipation de leur impact sur le déroulement global du projet de construction. Pour le directeur des soins, il s'agit de connaître les échéances précises lui permettant d'engager les travaux d'ateliers et d'établir un calendrier prévisionnel. La gestion du temps consiste à adopter un rythme alterné, entre temporisation et accélération en fonction de l'état d'avancement global du projet. Le temps représente en effet une valeur différente selon les acteurs⁸⁶. Aussi, l'accompagnement des CSS et CS par le directeur des soins consiste à construire le changement à un rythme approprié.

3.2.2 Développer l'apprentissage de la « connaissance d'une nouvelle réalité »

L'apprentissage de la connaissance d'une nouvelle réalité ne se décrète pas. Afficher que les réflexions organisationnelles impliquent tous les acteurs au sein d'un pôle nous paraît judicieux et relève du principe de subsidiarité. Cependant, nous avons identifié dans notre analyse, la nécessité de prendre en compte une vision transversale des différents projets organisationnels et de leurs interfaces. D'autant que le fil conducteur

⁸⁴ Op-cit Boutinet p133

⁸⁵ Annexe 1 : Les étapes indispensables d'un projet d'investissement.

⁸⁶ Directeurs, médecins, cadres de santé, ingénieurs, élus, représentants des usagers.

relève des processus de prise en charge des patients. Aussi, il paraît illusoire de faire croire qu'il suffit aux CSS et CS d'animer des groupes de travail pour être créatif et innovant. En conséquence, le directeur des soins doit promouvoir la connaissance d'autres pratiques organisationnelles. Pour ce faire, il peut agir d'une part, en mettant à disposition des CSS et CS, de la documentation et d'autre part en favorisant le retour d'expériences auprès d'équipes ayant eu à gérer ce même type de projet.

Il nous semble essentiel que les orientations organisationnelles déclinées dans la phase de programmation et les plans soient mis à disposition de chaque CSS et CS. L'affichage des plans en permanence dans les secteurs d'activité doit faire l'objet de discussions formelles ou informelles entre tous les professionnels de santé.

Par ailleurs, la constitution d'une base documentaire accessible aux CSS et CS peut apporter une aide méthodologique à la gestion du changement. Nous pensons plus particulièrement à toutes les études réalisées par la MEAH⁸⁷ et la MAINH⁸⁸, toutes les publications de la Haute Autorité en Santé (HAS) en lien avec les pratiques professionnelles, les référentiels de prise en charge des patients. Les cadres eux-mêmes peuvent alimenter cette base de données en fonction de leurs domaines d'expertises.

En outre, l'apprentissage d'une nouvelle réalité passe par la confrontation à d'autres réalités mises en œuvre. Aussi, un des objectifs du directeur des soins est de favoriser des échanges entre équipes, d'organiser des visites dans d'autres établissements ayant un certain recul dans la mise en œuvre de leurs organisations. Ces visites doivent faire l'objet de comptes rendus au sein des groupes de travail et/ou instances. En effet, nous pensons que le partage développe des savoirs collectifs. Il permet aux différents acteurs de mieux appréhender l'évolution du contexte institutionnel. De la compréhension de leurs interactions, ils peuvent envisager de nouveaux modes d'organisation de la prise en charge des patients.

Dans ce contexte, il revient au directeur des soins d'impulser cette dynamique d'apprentissage auprès des professionnels, constituant un facteur-clé dans la conduite du changement organisationnel.

⁸⁷ Etudes sur le transport interne du patient, sur les blocs opératoires, sur l'imagerie médicale.

⁸⁸ Les nouvelles organisations et architectures hospitalières

3.3 Renoncer à la recherche d'un état idéal, et accepter l'idée d'évolution permanente

Adapter les organisations en lien avec l'évolution des modes de prise en charge des patients renvoie à de multiples turbulences en lien avec l'environnement de l'hôpital. « Le changement serait devenu la norme et la stabilité l'exception »⁸⁹. Aussi, si le changement devient permanent, en tant que donnée objective de l'environnement, il nous appartient de l'intégrer dans notre pratique professionnelle. Ce qui a été décidé hier, n'est pas forcément adapté aujourd'hui et le sera encore moins demain. Car, nous l'avons vu précédemment, l'existence de nouvelles capacités cognitives permet de s'adapter à un environnement en transformation rapide afin de répondre aux attentes des usagers.

3.3.1 Manager l'innovation : un processus complexe à expérimenter

La sociologie de l'innovation analyse les processus qui amènent une pratique nouvelle, qu'il s'agisse d'un bien de consommation, d'une technologie de production, d'une représentation du monde à devenir un comportement habituel. Elle représente ainsi l'analyse du passage entre l'avant et l'après⁹⁰. Aussi, la construction d'un hôpital est l'opportunité pour susciter cette logique d'innovation dans la mise en œuvre d'organisations et d'adaptation à de nouveaux modes de prises en charge du patient. Dominique Genelot, évoque le cas particulier de l'innovation dans le domaine des services⁹¹. « Le service est par essence immatériel. Même s'il incorpore des éléments matériels⁹²...ce sont surtout les aspects non tangibles⁹³ qui caractérisent le service. » Le corollaire est la nécessaire co-conception et co-production du service.

En conséquence, l'innovation implique une écoute globale du patient plus large que celle du champ des prestations qu'on lui offre. Elle implique de s'interroger sur ses attentes mais aussi, ses contraintes, ses réactions, ses remarques, son vécu.

⁸⁹ DRUCKER P. *L'avenir du management*, citation de 2nd main, dans COUDRAY M.A., BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins , *Gestions hospitalières*, N°452, Janvier 2006. p18.

⁹⁰ ALTER N. *Sociologie du monde du travail*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006. p265.

⁹¹ GENELOT Dominique. *Management dans la complexité*. Paris : INSEP CONSULTING, 3^{ème} édition, 2001. pp330-331.

⁹² Nourriture, chambre.

⁹³ Accueil, compréhension du besoin, réactivité.

Aussi, cela demande aux professionnels de santé de sortir de leurs préoccupations ou de leurs propres points de vue. Dans un contexte de plus en plus concurrentiel, la relation avec le patient étant une des caractéristiques du service rendu, suppose une inversion complète des habitudes. Ceci est illustré par les propos de Régis Allard⁹⁴, représentant des usagers. « Dans la question de la culture démocratique et celle des nouveaux espaces d'expression, il ne s'agira pas seulement et exclusivement d'obtenir le consentement et l'engagement à participer de l'utilisateur, mais bien plus d'accepter et de prendre en compte le droit au débat, à la contradiction, voire au refus qu'il pourrait exprimer... Créons, ensemble, les conditions positives qui permettront que l'utilisateur dérange ». Pour ce faire, il appartient au directeur des soins de créer avec les CSS et les CS les conditions de l'innovation. Il semble pertinent de s'appuyer sur la démarche ergonomique et les analyses des situations de travail.

En outre, l'analyse des processus de prise en charge des patients doit permettre d'une part, d'identifier les réponses comportementales et techniques adoptées par les professionnels et d'autre part, recueillir l'expression des patients. Le tout peut faire émerger les idées, ouvrir le champ des possibles. C'est l'innovation, comme capacité collective des acteurs à s'approprier et à transformer quelques inventions, à leur conférer du sens, à transgresser et déformer le cadre qui leur est proposé. Cette ouverture relance et exacerbe l'activité organisatrice issue du modèle bureaucratique de l'hôpital. Elle demande au directeur des soins et aux CSS et CS d'adopter un management pédagogique et souple. Cela implique au sein des pôles et des groupes de travail, négociations explicites, apprentissages organisationnels, débat démocratique et fait appel à une coordination des acteurs indispensable. Cette nouvelle donne implique que l'effort de compréhension du social s'inscrive désormais dans une perspective résolument dynamique.

3.3.2 Arbitrer entre des approches volontaristes et négociées

Nous avons perçu au travers de nos entretiens des difficultés de transmissions d'informations et d'absence de vision globale ou partielle du projet.

La communication, la concertation et la coordination participent à la cohérence d'un système. En effet, les processus de connaissance et d'ajustement réciproques permettent la production d'un sens partagé. « Il ne peut y avoir de sens sans projet qui ait une valeur

⁹⁴ ALLARD Régis, représentant des usagers dans le livre AMIEL A / ed. *Hôpital et innovation technologique, le modèle de l'imagerie*. Paris : Médica Editions, 2004.p157.

pour les équipes, dans lequel elles se reconnaissent et littéralement se «projettent », s'intègrent, se positionnent⁹⁵. » Ceci est la véritable source de motivation. En conséquence, il nous paraît essentiel de construire une communication conçue comme un réseau aux voies multiples et non uniquement comme un relais ascendant ou descendant entre un émetteur et un récepteur. Aussi, nous avons pu percevoir dans le discours des CSS un risque de balkanisation des pôles.

En conséquence, le directeur des soins occupe un rôle central dans la mise en œuvre de modalités d'intégration efficace. A l'interface des pôles, il a une vision transversale des organisations. Il peut soit prendre de la distance du fait de sa moindre implication hiérarchique, soit au contraire évoluer vers plus de proximité pour connaître de manière plus approfondie la spécificité des pôles. Aussi, il garde un lien avec les cadres de proximité et les professionnels du centre opérationnel. De manière informelle, il développe des relations de confiance. Cela lui permet d'échanger avec les cadres de proximité et avec les professionnels, sur des modalités organisationnelles, sur leur niveau d'implication dans les ateliers, de mesurer le climat social.

Par ailleurs, il semble important que le directeur des soins puisse recevoir tout agent en entretien individuel le désirant. De plus, il doit se positionner en tant que conseil auprès des CS et des CSS et se montrer disponible et accessible. Aussi, les CSS ou les CS engagés dans le projet organisationnel, sont chargés de présenter l'avancée des travaux des ateliers en CSIRMT et en réunions cadres. Ils assurent le relais d'informations auprès des professionnels de santé dans les conseils de pôle et réunions de service. En outre, le journal de l'établissement et le réseau intranet peuvent être des vecteurs d'informations des étapes du projet. Toute organisation fait l'objet d'une concertation avec le directeur et le directeur des ressources humaines avant présentation en CTE et CHSCT. Les membres du CHSCT peuvent être impliqués dans des ateliers pour traiter de certaines problématiques liées aux conditions de travail.

En synthèse, communiquer au plus près des acteurs implique une cohérence entre les messages délivrés par la communication institutionnelle et ceux délivrés par le management.

⁹⁵ COUDRAY M.A., BARTHES R. *Le management hospitalier à la croisée des chemins*. Gestions hospitalières, N°452, Janvier 2006. pp19.

3.3.3 Nouer des alliances pour créer un leadership collectif

A travers notre étude, la gestion d'un projet de construction d'un hôpital apparaît par nature porteuse d'un rapprochement entre des univers culturels différents. Le projet organisationnel représente des enjeux à différents niveaux :

Au niveau de l'organisation de la prise en charge du patient :

Efficiency et qualité sont recherchées. C'est l'exigence qui s'impose aujourd'hui à tous les acteurs de l'hôpital. Les processus de prise en charge intègrent l'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur avec la mise en œuvre de filières de soins et le développement de réseaux. Les usagers clients expriment leurs attentes dans un univers devenu concurrentiel.

Au niveau social :

L'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail représente un outil de recherche de convergence dans les organisations. Cela devient un facteur d'attractivité pour les hôpitaux s'engageant dans cette démarche.

Aussi, nous avons identifié de nombreux acteurs. La recherche d'alliance pour le directeur des soins est dans ces conditions, une dimension fondamentale dans la gestion du changement. Elle conditionne l'adhésion des CSS et CS au changement, et leur implication à travailler dans des directions qui sont productives et innovantes. L'apprentissage d'une « nouvelle réalité » facilite la convergence vers une vision commune du changement. Le recours à des démarches négociées ou imposées dépend du contexte de résistance au changement et notamment du contexte social.

En conséquence, le directeur des soins doit développer un management pédagogue⁹⁶ auprès des CSS et CS, être en capacité de resituer une problématique dans un contexte plus large, de trouver des consensus, d'arbitrer entre différentes options. La capacité d'obtenir une coalition d'intérêts, de réunir un nombre croissant d'alliés le rend plus légitime et permet aux mentalités des acteurs de changer à mesure que changent les structures. Ces alliances se construisent dans un réseau complexe de relations : l'équipe de direction, le président de CME, les représentants syndicaux, les représentants des usagers, l'encadrement, les ingénieurs, le médecin du travail, les professionnels de santé.

⁹⁶ COUDRAY M.A., BARTHES R. *Le management hospitalier à la croisée des chemins*. Gestions hospitalières, N°452, Janvier 2006 p21.

En l'occurrence, «l'analyse stratégique doit s'affranchir des structures existantes afin d'éviter une vision conformiste et routinière, tout en impliquant les principaux acteurs dans le but de limiter la résistance au changement. Elle doit tenir compte des répartitions de pouvoirs entre les différents groupes d'acteurs, afin d'éviter les blocages institutionnels, tout en permettant à tous d'exprimer leur point de vue, dans le but de valoriser toutes les compétences ; Elle doit s'affranchir des valeurs dominantes de l'organisation, afin d'élargir le champ des « possibles », tout en reconnaissant la dimension irrationnelle des choix stratégiques, dans le but d'en garantir la mise en œuvre.⁹⁷

⁹⁷ CREMADEZ M, GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : 2^{ème} édition, InterEditions, 1997. p11.

Conclusion

Le système hospitalier français est en perpétuel mouvement. Les principaux instruments de la politique hospitalière ont toujours visé la recherche d'un équilibre entre l'adaptation de l'offre de soins aux besoins et la maîtrise des dépenses de santé. La réforme hospitalière du plan Hôpital 2007 a introduit une cohérence nouvelle entre planification sanitaire, autorisations/contractualisation, financement des établissements et gouvernance hospitalière. Le volet investissement s'achève sans avoir couvert tous les besoins. Aussi, le plan Hôpital 2012 vient renforcer cette démarche et se déploie autour de trois priorités : Achever la mise aux normes des établissements, mettre à niveau le système d'information hospitalier, poursuivre la reconfiguration du territoire.

Aussi, la conception et l'organisation d'un nouvel hôpital représentent un enjeu majeur en terme d'efficacité. Il doit s'adapter aux modes de prise en charge des patients. Par ailleurs, les organisations doivent améliorer les conditions de travail des professionnels. Notre étude a mis à jour que le processus de changement engage une dynamique de connaissance d'une nouvelle réalité. Il s'agit d'inventer des relations différentes dans un système où existent déjà certaines pratiques différenciées. Nous avons relevé principalement une démarche structurée pour accompagner le changement mais souffrant d'absence de coordination et de transmissions. Il existe un « flou » dans la déclinaison opérationnelle des changements organisationnels.

Aussi, nos propositions se proposent d'accompagner les cadres de santé pour qu'il y ait cohérence entre les principes annoncés lors de la phase de programmation, les transformations structurelles et les pratiques émergentes. La mise en œuvre de nouvelles organisations dans le cadre de la construction d'un nouvel hôpital demande au directeur des soins de situer sa mission dans une démarche prospective institutionnelle et de contribuer à l'accompagnement des changements par une approche compréhensive du jeu des acteurs. Comprendre les stratégies des acteurs du système lui permet de se positionner stratégiquement lui-même et d'être force de proposition au sein de l'équipe de direction. Le directeur des soins doit être en capacité de coordonner un projet organisationnel centré sur les processus de prise en charge des patients. L'approche pluri professionnelle et un management de subsidiarité représentent un atout pour innover.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie - J.O n° 95 du 23 avril 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - J.O n° 36 du 12 février 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - J.O n° 54 du 5 mars 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°2002-1577 du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité médicale - J.O n° 304 du 31 décembre 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique (MOP) et à ses rapports avec la maîtrise d'oeuvre privée - Texte partiellement abrogé : art. 12 à 16 - J.O "lois et décrets" du 13 juillet 1985.

REPUBLIQUE FRANCAISE - 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, J.O n° 206 du 6 septembre 2003.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Décret N°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, J.O n° 95 du 23 avril 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Arrêté du 5 juin 2007 portant agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique, J.O n° 140 du 19 juin 2007 page 10544 texte n° 37.

Ouvrages :

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417p.

ALTER N. *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF, 2006. 356p.

BARANSKY L. *Le manager éclairé, piloter le changement*. Paris : Editions d'Organisation, 2^{ème} édition, 2001. 353p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 5^{ème} édition, 1990. 382p.

BERNOUX P. *Sociologie du changement*. Paris : Seuil, 2004. 307 p.

BOUTINET JP. *Anthropologie du projet*. Paris : PUF, 2005. 405p.

CLERY MO. *Délégation de gestion et contractualisation interne*. Bordeaux : Etudes Hospitalières, 2003.179p.

CREMADEZ M, GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : 2^{ème} édition, InterEditions, 1997. 448p.

DUPUY F. *La fatigue des élites*. Paris : Seuil et La République des Idées, 2005. 95p.

ESTRYN – BEHAR M. *Ergonomie hospitalière*. Paris : ESTEM, 1996. 568p.

FERMAND C. *Les hôpitaux et les cliniques, architectures de la santé*. Paris : Le Moniteur, 2000. 287p.

GENELOT Dominique. *Management dans la complexité*. Paris : INSEP CONSULTING, 3^{ème} édition, 2001. 357p.

HART J, LUCAS S. *Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres*. Paris : Lamarre, 2007. 180p.

HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir*. Paris : Lamarre, 1993. 236p.

MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'organisations, 1982. 440p.

NOULIN M. *Ergonomie*. Toulouse, OCTARES, 2002. 154p.

SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise*. Paris : Presses de sciences Po et Dalloz, 1997. 476p.

Ouvrages collectifs :

AMIÉL A / ed. *Hôpital et innovation technologique, le modèle de l'imagerie*. Paris : Médica Editions, 2004. 213p.

BERTAUX R / ed. *L'encadrement intermédiaire dans les champs sanitaire et social*. Paris : Seli Arslan SA, 2006. 352p.

BROUN G/ed. *Le plateau technique médical à l'hôpital*. Paris : ESKA, 2002. 617p.

Articles de périodiques :

Collectif. Les enjeux du plan Hôpital 2007 sur le mode d'organisation et de fonctionnement des services techniques et logistiques. *Techniques Hospitalières*, N°685, Mai –Juin 2004, pp28-42.

COUDRAY M.A., BARTHES R. Le management hospitalier à la croisée des chemins. *Gestions hospitalières*, N°452, Janvier 2006 pp18-23.

DOMIN J.P. La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital entreprise. *Gestions hospitalières*, N° 452, Janvier 2006, pp24-28.

GOUGET B, Système d'information en santé, vers l'émergence de standards et de réseaux interopérables. *Techniques Hospitalières*, N°696, Mars Avril 2006, pp11-15.

GROSJEAN JC, NEBOIT M. Ergonomie et prévention en conception des situations de travail, *Cahiers de notes documentaires – Hygiène et sécurité du travail*, INRS, N°179, 2000, pp31-45.

MARIN P. SROS et projets médicaux de territoires. *Revue Hospitalière de France*, Mai - Juin 2006, pp25-28.

MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS A.P. La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ? *Revue française de gestion*, N°150, Mars 2004, pp29-53.

PODEUR A., Territoires de santé : Objectifs quantifiés et projet médical de territoire. *Revue Hospitalière de France*, Mai - Juin 2006, N°510, pp.12-16.

ROMATET J.J. La nouvelle gouvernance hospitalière du procès à la métamorphose, *Entreprise Santé*, N°57, Mai - juin 2005, p15.

Enquête Presst-Next. *Santé et satisfaction des soignants au travail*, SOINS CADRES, supplément n°52, Novembre 2004, pp1-40.

Weill M, Heude G. *La qualité de vie au travail : l'affaire de chacun, le bien être de tous*, Travail et changement, ANACT, N°spécial mai/juin 2007, pp4-7.

Etude du Conseil Economique et Social :

MOLINIE E. *L'hôpital public en France, Bilan et perspectives*. Paris : Conseil Economique et Social, 2005, 264p.

Guides :

Collectif Interassociatif Sur la Santé. *Guide du représentant des usagers en CRCI*, Paris : Dialogues et Stratégies, 2007. 35p.

Société Française de Santé Publique. *Guide du représentant des usagers du système de santé*. www.sante.gouv.fr

Autres documents :

DREES, *Les conditions de travail perçus par les professionnels des établissements de santé*, Etudes et Résultats, N°335, août 2004.

Ministère de la santé et des solidarités, DHOS, *Nouvelles organisations et architectures hospitalières*. 243p. www.sante.gouv.fr

Ministère de la santé et des solidarités, DHOS, *Sécurité sanitaire des établissements de santé : réglementation applicable*, version n°5. juillet 2005. 119p. www.sante.gouv.fr

HAS, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*. Edition 2007. www.has-sante.fr, 180p.

INRS, *Conception des lieux et des situations de travail*. Janvier 2006.152p.

Ministère de la santé et des solidarités, MAINH. *Guide conception – réalisation*. juillet 2004. 28p.

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, Editions ENSP, Rennes, 2004

MAINH, Dossier de presse, Conférence Nationale sur l'Investissement Hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012, 13 février 2007

Cours :

SCHWEYER F.X, *Sociologie de l'hôpital et de l'action collective*, cours ENSP filière directeur des soins, janvier 2007.

Articles de presse

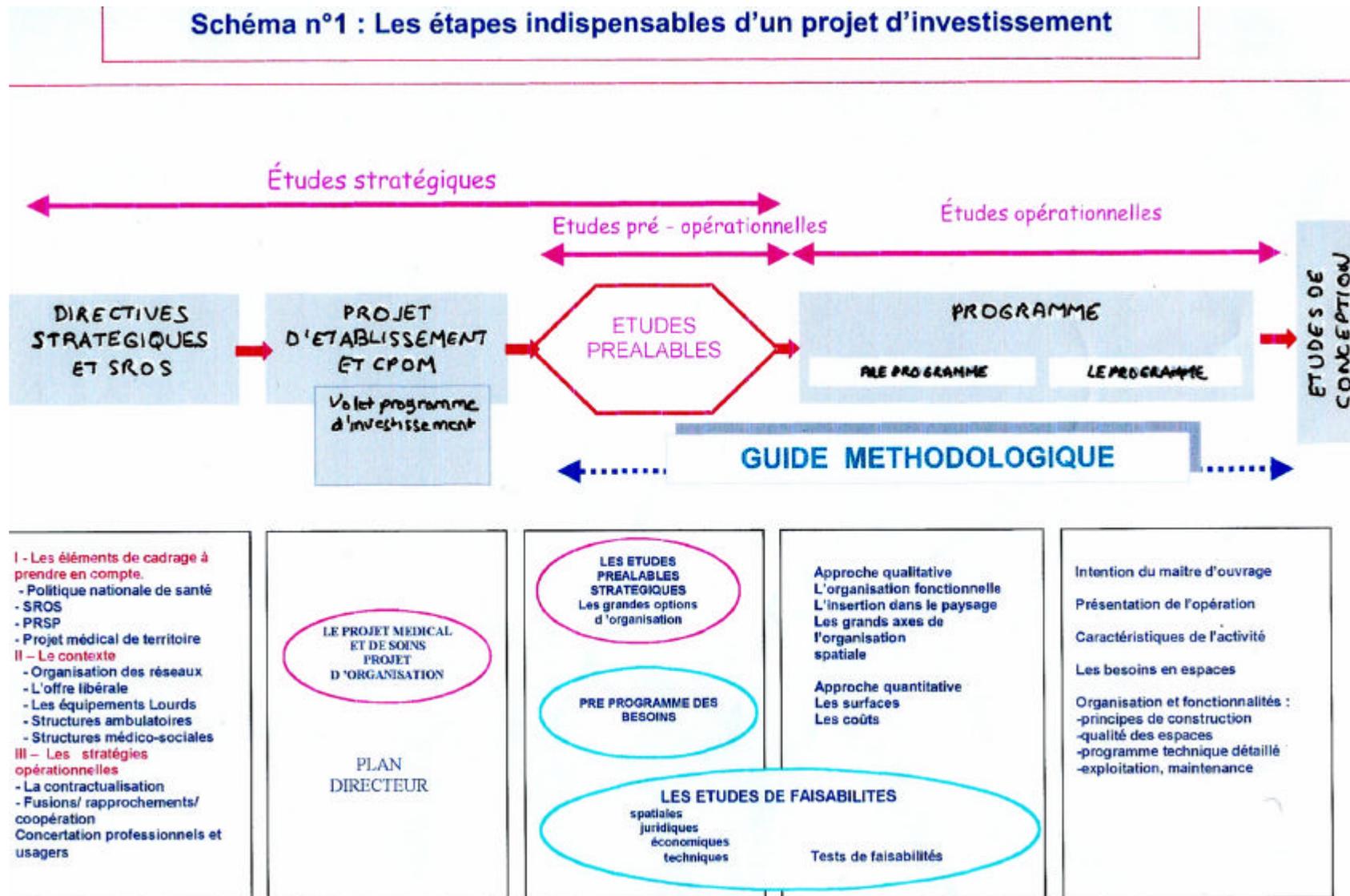
Journal Le Point du 21 juin 2007, pp 82-102, « Hôpitaux, le palmarès » ; « Amiante : du poison à l'hôpital »

Liste des annexes

- Annexe 1** **Les étapes d'un projet d'investissement**
- Annexe 2** **Les procédures de montage et de conduite d'une opération de construction**
- Annexe 3** **Les définitions**
- Annexe 4** **Les projets complémentaires d'une opération d'investissement hospitalier**
- Annexe 5** **La répartition des entretiens**
- Annexe 6** **Le guide thématique d'entretien et d'analyse de contenu**
- Annexe 7** **Les structures de travail mises en œuvre en préparation de l'ouverture du nouvel hôpital**

Annexe 1 : Les étapes d'un projet d'investissement

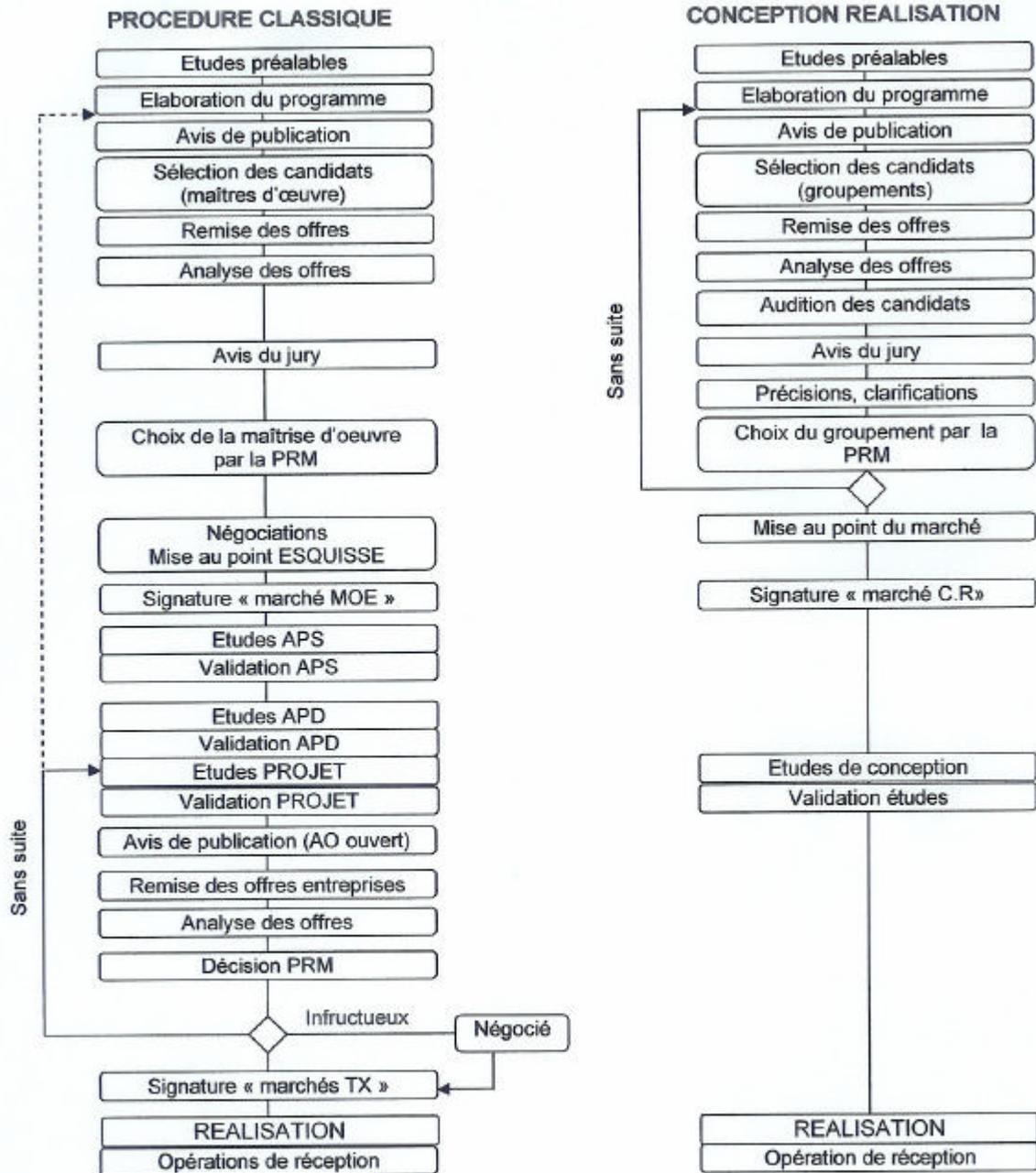
Source : Ministère de la Santé et des Solidarités, DHOS, « Nouvelles organisations et architectures hospitalières »



Annexe 2 : Les procédures de montage et de conduite d'une opération de construction

Source : MAINH, Guide conception – réalisation, juillet 2004

Le déroulement des grandes étapes qui caractérisent les deux types de procédure est rappelée ci-après.⁴



⁴ Ces logigrammes ne préjugent pas d'une comparaison de délai.

La loi MOP⁹⁸, forme de montage classique :

L'élaboration du programme est réalisée par un programmiste qui aboutit au concours d'architecture et ensuite à un contrat de maîtrise d'œuvre. Dans ce cas la personne responsable du marché (PRM) passera un marché ou deux marchés avec des entreprises et des équipementiers pour la réalisation du projet. L'exploitation et la maintenance sont assurées par le maître d'ouvrage.

La conception - réalisation :

Marché passé, après mise en concurrence, avec un groupement formé de l'entreprise mandataire et d'une équipe de maîtrise d'œuvre intégrée. La réalisation de l'opération peut être accompagnée de la maintenance de certaines installations techniques.

Le partenariat public privé :

Il constitue la forme la plus évoluée. A partir d'un programme technique des besoins établi par le maître d'ouvrage et son programmiste, sont mises en compétition les équipes pluridisciplinaires qui pourront assurer une offre incluant un programme technique détaillé, des études de conception et de construction, la réalisation et le bail d'exploitation. La maintenance et l'exploitation sont assurées par le bailleur et pour partie par le maître d'ouvrage.

Maître d'ouvrage :

Le maître d'ouvrage « est la personne morale ...pour laquelle l'ouvrage est construit... Il lui appartient, après s'être assuré de la faisabilité et de l'opportunité de l'opération envisagée, d'en déterminer la localisation, d'en définir le programme, d'en arrêter l'enveloppe financière prévisionnelle, d'en assurer le financement, de choisir le processus selon lequel l'ouvrage sera réalisé et de conclure, avec les maîtres d'œuvre et entrepreneurs qu'il choisit, les contrats ayant pour objet les études et l'exécution des travaux ».⁹⁹

⁹⁸ Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique (MOP)

⁹⁹ Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique (MOP), article 2

Maître d'œuvre :

Le maître d'œuvre est chargé de la réalisation architecturale et technique du projet. Il est un partenaire et un conseil du maître d'ouvrage. Son choix est primordial tant en ce qui concerne la qualité du projet architectural que des relations qu'il entretient avec le maître d'ouvrage et la façon dont il va mener son équipe pluridisciplinaire.

Avant programme projet sommaire : (APS)

Phase de mise au point de l'organisation des locaux où les affectations, les surfaces, les liaisons fonctionnelles sont arrêtées. Il est recommandé de ne plus remettre en cause la distribution des locaux.

Avant projet définitif : (APD)

Phase de mise au point des éléments techniques du projet, de la validation des équipements local par local. Une relecture des fiches par locaux contenues dans le programme est établie sur la base des plans APD. Il est recommandé de ne plus remettre en cause les principes techniques d'équipement des locaux. Le mode de dévolution des travaux doit être arrêté à ce stade ainsi que l'ordonnancement, le pilotage et la coordination pour une opération en corps d'état séparés.

Dossier projet / Dossier de consultation des entreprises : (PRO/DCE)

Phase de finalisation des études. Elle aboutit à l'élaboration des dossiers projet et de consultation des entreprises. Les modifications du programme ne peuvent se faire qu'à la marge pour aller dans le sens de la précision. La mission de base de la maîtrise d'œuvre peut être complétée par une mission de maîtrise d'œuvre d'exécution (EXE) pour réaliser des métrés pour certains lots de façon à inciter les entreprises à répondre à l'appel d'offres.

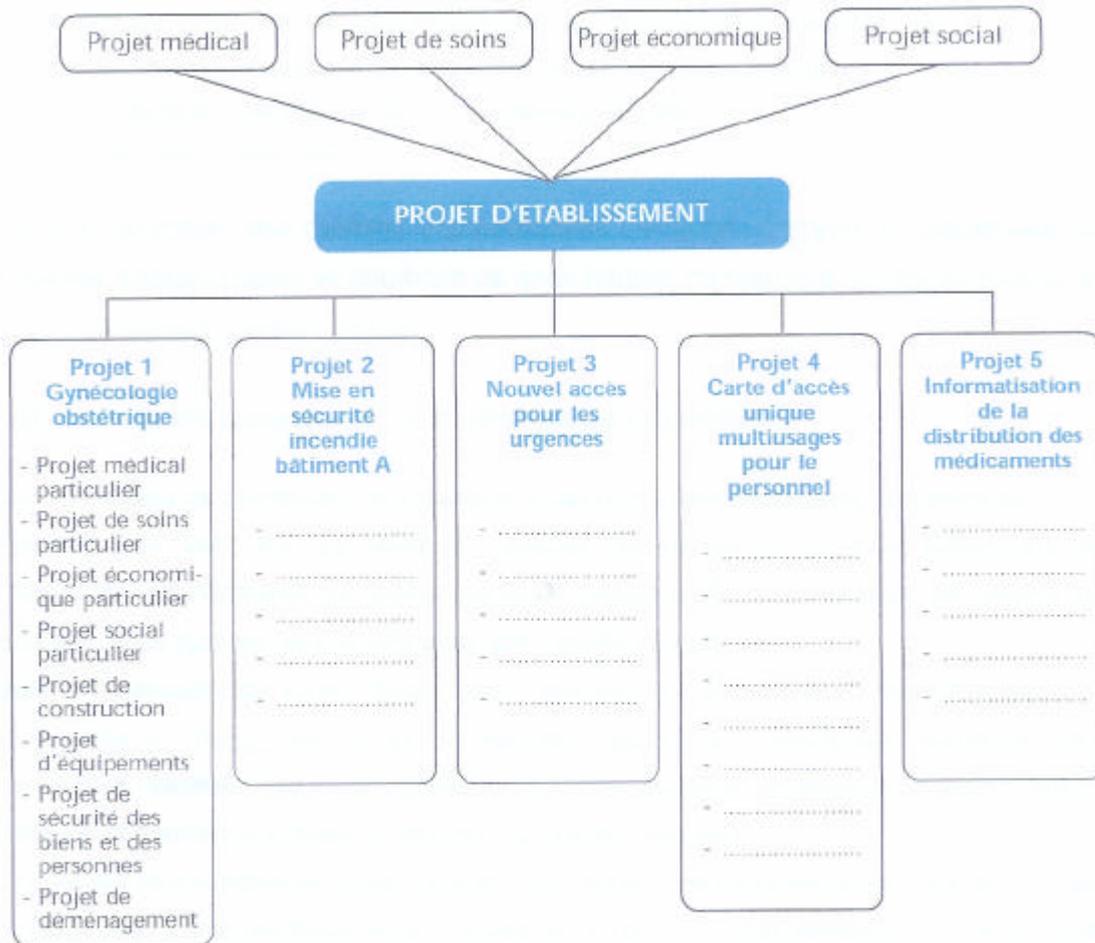
Ordonnancement, pilotage et coordination : (OPC)

Détermination de l'ordonnancement, du pilotage et de la coordination du projet. Il est recommandé de prendre un prestataire indépendant de la maîtrise d'œuvre qui, dans le cas contraire, peut se trouver juge et parti en phase de chantier.

Annexe 4 : Les projets complémentaires d'une opération d'investissement hospitalier

Source : MAINH, Fiches techniques

Le schéma global représentatif de cette démarche est le suivant :



Ce schéma montre bien que le projet de construction n'est qu'un projet parmi d'autres contribuant à la réalisation du projet « gynécologie-obstétrique ». La maîtrise de chaque projet est indissociable de la maîtrise de tous les projets connexes.

La plupart des projets connexes interfèrent entre eux et doivent être ordonnancés de manière rigoureuse pour éviter tout retard ou retour en arrière. Cette prestation indissociable de la maîtrise d'outils spécifiques (diagrammes de Gantt, tableaux de bord, tableaux) incombe au chef de projet.

Annexe 5 : La répartition des entretiens

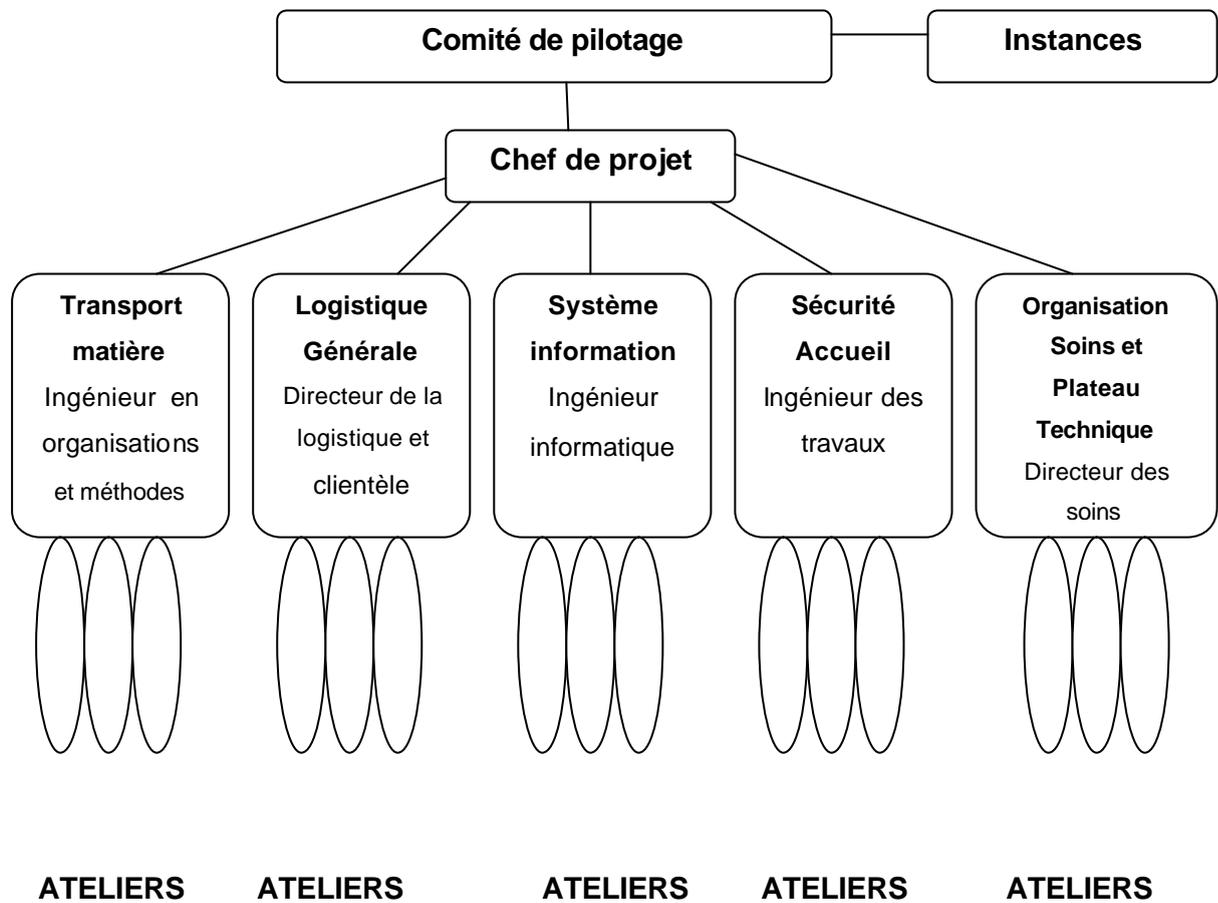
	Etablissement A Construction en cours MCO 430 lits Ouverture été 2009	Etablissement B Ouverture de 120 lits gériatrie et pédiatrie depuis 6 mois	Autres Entretiens
Sommet stratégique (en référence, au conseil exécutif)	1 DH, 1 DRH, 1 DH chargé de la clientèle et de la logistique et achat, 1 Président de CME, 1 DS		
Ligne hiérarchique de proximité	1 CS médecine, 1 CS chirurgie, 1 CS urgences, 1 CS réanimation, 1 CS stérilisation et bloc opératoire, 1 CS manipulateur radiologie, 1 CS diététicienne	1 CS gériatrie 1 CS pédiatrie	
Ligne hiérarchique Intermédiaire (pôles)	1 CSSage-femme, 1 CSS pôle médecine, 1 CSS pôle plateau technique	1 CSS gériatrie 1 CSS pédiatrie	
La technostructure	1 ingénieur des travaux, 1 ingénieur biomédical, 1 ingénieur informatique, 1 ingénieur qualité, 1 ingénieur organisation et méthode	1 ergonome	
Le support logistique		1 responsable des transports logistiques (linge, repas, matériels)	
Le centre opérationnel	2 IDE (service de médecine et service de chirurgie), 2 AS (au bloc opératoire, un brancardier)		
Représentants des usagers	2		
Représentant syndical au CA, CTE et CHSCT	1		
Médecin du travail			1*
Cabinet d'études de programmation et d'architecture			1*
TOTAL	27	6	2

* : Les entretiens complémentaires visent à enrichir la compréhension systémique d'un projet de construction où de nombreux acteurs interfèrent.

Annexe 6 : Le guide thématique d'entretien et d'analyse de contenu

Thèmes	Sous thèmes	Objectifs	Source documentaire
Mise en œuvre stratégique d'un projet de construction d'un hôpital	<p>Identification des modalités de pilotage et des acteurs</p> <p>Les différentes phases du projet et leur déroulement dans le temps</p>	<p>Appréhender la dimension managériale de la conduite de projet au niveau stratégique et opérationnelle</p>	<p>La recomposition du paysage hospitalier au niveau des territoires</p> <p>Du projet d'établissement au projet architectural</p>
Organisation de la prise en charge patient	<p>Evolution des activités et des modes de prise en charge patients</p> <p>Attentes des patients</p> <p>Attentes des professionnels au niveau qualitatif et sécuritaire</p> <p>Conception des locaux et des interfaces</p> <p>Ergonomie</p> <p>Impact sur les conditions de travail des professionnels</p>	<p>Identifier les modalités d'analyse des processus de prise en charge des patients</p> <p>Clarifier les interfaces entre les différents secteurs d'activité (médical, gestion, logistique)</p> <p>Evaluer les choix possibles en terme architectural</p> <p>Spécifier les modes d'analyse des situations de travail</p>	<p>La place des usagers</p> <p>L'organisation de l'hôpital en pôle d'activités</p> <p>Les politiques qualité, gestion des risques et de sécurité sanitaire</p> <p>Les plans de modernisation de l'hôpital, du projet d'établissement au projet architectural, les choix fondamentaux qui conditionnent les organisations</p> <p>Les conditions de travail et la satisfaction au travail, l'ergonomie et l'analyse des situations de travail</p>
Communication – coordination – concertation	<p>Modalités de communication formelles, informelles.</p> <p>Coordination, concertation et prise de décision</p>	<p>Déterminer les modalités de communication, de coordination et de concertation des acteurs</p>	<p>Les conséquences managériales de l'évolution de l'hôpital</p>
Formation	<p>Choix organisationnels, nouveaux métiers</p>	<p>Diagnostiquer l'impact des organisations sur l'évolution des métiers et anticiper des programmes de formation</p>	<p>Les conséquences managériales de l'évolution de l'hôpital</p>

Annexe 7 : Les structures de travail mises en œuvre en préparation de l'ouverture de l'hôpital neuf



Sujets abordés	Nombre d'ateliers	Planning prévisionnel
Organisation logistique et technique	14	FIN 2007
Organisation administrative	5	
Sécurité des bâtiments	3	
Processus équipement hôpital neuf	1	
Organisation des pôles	11	MI 2008
Système d'information	9	
Organisation du transfert	Appel à un prestataire externe	FIN 2008
Mise en place du nouvel hôpital	1	FIN 2009