



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur des Soins**

*Promotion 2002*

---

**MANAGER L'INNOVATION AU QUOTIDIEN :  
IMPLIQUER LES AGENTS DANS LEUR  
ORGANISATION DE TRAVAIL**

**UN ENJEU DECISIF  
POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**

---

**Catherine MAUGARS VILLATTE**

Catherine MAUGARS VILLATTE - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2002

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 - CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>2</b>
1.1 De la pratique professionnelle au questionnement de départ.....	2
1.2 Un questionnement éclairé.....	4
<b>2 - CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>7</b>
2.1 Du changement à l'innovation .....	8
2.2 La trajectoire de l'innovation .....	9
2.3 L'organisation hospitalière et l'innovation.....	11
2.4 Culture et management de l'innovation.....	14
2.5 L'hypothèse .....	16
<b>3 - MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>17</b>
3.1 Présentation du lieu d'enquête .....	17
3.2 L'enquête .....	18
3.3 Les limites de l'enquête .....	19
3.4 Analyse des situations d'organisation observées.....	19
3.4.1 1 <sup>ère</sup> situation : La centralisation d'une équipe de brancardage .....	19
3.4.2 2 <sup>ème</sup> situation : Restructuration et réorganisation d'une unité de médecine .....	36
3.5 Synthèse comparative entre les situations observées.....	49
3.5.1 La trajectoire de l'innovation .....	49
3.5.2 Les profils des acteurs du processus d'innovation organisationnelle.....	52
3.5.3 Le management de l'innovation organisationnelle .....	53
3.5.4 Validation de l'hypothèse.....	55
<b>4 - MANAGER L'INNOVATION : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS.....</b>	<b>56</b>
4.1 Manager les apprentissages .....	56
4.2 Manager l'identité professionnelle .....	59
4.3 Manager la polyvalence .....	60
4.4 Manager les personnels d'encadrement .....	63
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>66</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

C.O.M. : Contrat d'Objectifs et de Moyens

D.S.S.I. : Direction du Service de Soins Infirmiers

C.S.S.I. : Commission du Service de Soins Infirmiers

A.S.H. : Agent des Services Hospitaliers

## INTRODUCTION

Face aux mutations sociales, techniques et économiques, les entreprises connaissent des bouleversements qui échappent bien souvent à l'emprise des responsables malgré les analyses et les nombreux projets en cours. L'entreprise hospitalière s'inscrit dans ce mouvement d'incertitudes où la gestion des urgences et des aléas semble parfois impossible.

Pourtant les dirigeants hospitaliers doivent comme leurs homologues des autres secteurs affronter cet état de crise permanente, la rigueur économique amène plus que jamais à se questionner sur ces évolutions sociales. Avec une enveloppe de près de 70 % du budget consacrée à l'emploi des hommes et des femmes au service de la santé et des patients, il paraît incontournable de ré-interroger le positionnement du personnel. Depuis plusieurs années les courants managériaux visent à mobiliser et à impliquer ces personnels, alors que le changement permanent déstabilise ces derniers et inhibe leur volonté participative.

Nous comptons développer cette problématique à partir de notre expérience professionnelle mettant en regard des entretiens réalisés lors d'un stage afin d'identifier des situations d'échec ou de réussite en matière d'implication des agents dans leur organisation. Pour appréhender le mouvement permanent du changement le courant d'études et de recherches sur l'innovation nous semble particulièrement utile et concret. Forte de cet appui théorique et ciblant les organisations quotidiennes de travail, nous avons observé et interviewé des personnels d'équipes hospitalières afin de connaître leur vécu et nous l'avons analysé à l'aide des outils fournis par les théories sur l'innovation culturelle, managériale et organisationnelle.

A partir des matériaux réunis lors de ces observations, nous mènerons une analyse comparative afin de dégager des perspectives et des propositions possibles pour mettre en œuvre ce management moderne auquel nous serons confrontée comme directeur des soins.

# 1 - CONSTRUCTION DE LA PROBLEMATIQUE

## 1.1 DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE AU QUESTIONNEMENT DE DEPART

Depuis la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, et tout particulièrement au cours de la dernière décennie, l'hôpital se caractérise comme une entreprise en constante évolution. La législation se fait de plus en plus prescriptive notamment dans la maîtrise des dépenses médicalisées de santé. Depuis les réformes hospitalières de 1991<sup>1</sup> et de 1996<sup>2</sup>, la nécessité de restructurer le fonctionnement des services de soins est devenue une priorité de la politique des établissements publics de santé. Le projet d'établissement articule les orientations médicales, soignantes, logistiques et sociales, dans une vision qualitative, concrétisée par l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité.

Sur le plan humain, le positionnement des acteurs de soins suit les modifications en lien avec les changements de comportements sociaux. Le travail hospitalier est fondé sur le travail en équipe, l'interdisciplinarité et la complémentarité entre expertise et polyvalence. Les perspectives annoncées avec le passage aux 35 heures que ce soit dans le plan Aubry<sup>3</sup> ou dans le protocole d'accord national de 2001<sup>4</sup> invitent les établissements de santé à revoir les organisations de travail en suscitant notamment la créativité et l'innovation.

Cependant le bilan de notre pratique professionnelle nous amène à observer l'émergence de signes de souffrance chez le personnel hospitalier. Ainsi l'année dernière en exerçant notre fonction de cadre supérieure de santé nous avons mené de nombreux entretiens (57 cadres infirmiers, 33 infirmiers, 35 aides-soignants, 7 agents des services hospitaliers) et participé à des rencontres avec des équipes de soins, ces temps d'échanges nous ont amenée à deux constats. Les agents hospitaliers se sentent individuellement plutôt en adéquation avec leurs compétences au travail, ils expriment une certaine satisfaction dans leur exercice de soignants surtout dans leur relation à la personne soignée.

---

<sup>1</sup> Loi hospitalière 91-748 du 31 juillet 1991

<sup>2</sup> Ordonnance 96-246 du 24 avril 1996

<sup>3</sup> Plan Aubry pour l'amélioration des conditions de travail dans la fonction publique hospitalière du 14 mars 2000

<sup>4</sup> Protocole national E. Guigou du 14 mars 2001

Néanmoins ils évoquent un malaise important dans leur vie professionnelle en équipe. Soit par incapacité à mettre en pratique leurs idées personnelles, soit par des interrelations jugées difficiles entre les différents membres de l'équipe de soins.

Parallèlement le constat d'un absentéisme croissant est formalisé par la direction des ressources humaines de notre établissement. Dans le bilan social, il est fait état de 19,6 jours d'arrêt par an et par agent en 1999, de 20,5 jours en 2000 et de 22,5 jours en 2001. Les cadres infirmiers font remonter des difficultés qu'ils recensent sous la forme d'expression de souffrance individuelle ou collective, de perte de motivation ou d'implication, d'absentéisme justifié ou non parmi les personnels.

L'ensemble de ces faits nous conduit à avancer l'existence d'un paradoxe entre l'expression d'un sentiment individuel positif sur l'activité professionnelle et un ressenti collectif d'insatisfaction sur les conditions de réalisation de cette activité. Cette opposition de sentiment d'efficacité individuelle inhibée dans une mise en œuvre de l'efficacité collective nous interpelle dans notre future fonction de directeur des soins. En effet au-delà des nombreux apports en matière de management (par objectifs, participatif, par projet...) il semble toujours difficile et aléatoire d'introduire des idées personnelles et novatrices au sein d'une équipe de soins.

Lors de leurs entretiens les cadres nous ont fait part de leur fort sentiment d'isolement et d'un manque de communication au sein du groupe cadre conduisant à une position peu dynamique à l'égard de l'encadrement du personnel.

Ainsi nous interrogeons-nous plus particulièrement sur le management initié par les cadres infirmiers :

- ✓ Quelle est la place réservée à l'introduction des idées novatrices émises par les agents ?
- ✓ Comment faire évoluer le management en faveur de la créativité des agents ?
- ✓ Comment s'effectue l'évaluation de l'efficacité personnelle et collective des agents ?

## 1.2 UN QUESTIONNEMENT ECLAIRE

Ce questionnement initial nous amène à approfondir les situations exposées par les agents. Sans pour autant généraliser à outrance la part d'initiative et d'innovation revendiquée par les agents, beaucoup d'entre eux souffrent d'un sentiment de manque de reconnaissance et d'un désir de contribuer à l'évolution du service.

Nous avons identifié les domaines évoqués par les agents (les organisations, les pratiques professionnelles et la communication) en les synthétisant sous forme de tableau :

<b>Organisation</b>	<b>Pratiques professionnelles</b>	<b>Communication</b>
<i>Planning</i> : propositions de modification du roulement (meilleure répartition des jours de congés et des dimanches).	<i>Soins techniques</i> : mise en œuvre d'un savoir-faire ou de connaissances acquises par l'expérience sur le déroulement d'un soin.	<i>Dialogue social</i> : souhaits de faciliter les relations formelles et informelles entre les divers membres de l'équipe.
<i>Planification et organisation des soins</i> : suggestions d'amélioration des conditions de travail (séquencement des soins et articulation avec les autres professionnels).	<i>Soins relationnels, éducatifs et préventifs</i> : introduction d'un savoir-faire spécifique (rôle propre infirmier plus particulièrement).	<i>Démocratie</i> : recherche d'une position d'équité entre les différents membres de l'équipe notamment dans la répartition des charges de travail.

Dans le contexte actuel où les organisations hospitalières sont très sollicitées (restructurations, démarche qualité, passage aux 35 heures...), nous envisageons donc d'étudier les innovations quotidiennes proposées par les agents sur leurs organisations de travail.

Pour approfondir notre réflexion nous avons mené une dizaine d'entretiens exploratoires lors d'un stage en février 2002. Ces entretiens ont été conduits sans guide particulier si ce n'est d'animer un échange permettant aux agents de présenter des situations vécues en lien avec notre questionnement. Entre notre pratique professionnelle et cette phase exploratoire, plusieurs situations d'innovation quotidienne viennent illustrer notre propos que ce soit en termes d'échec ou de réussite :

# ÉCHEC

Innovation	Réalisation	Résultats	Facteurs d'influence
<p>Changer l'organisation des soins notamment par une amélioration de l'orientation et de la circulation des patients.</p> <p>Qui : Un groupe pluridisciplinaire d'infirmiers, kinésithérapeutes et aides-soignants de 8 unités de soins</p>	<p>Le groupe est à l'origine d'une proposition originale visant à renommer chaque unité de soins au nom d'une île de la région. Chaque unité aurait une décoration en lien avec cette île ainsi qu'une couleur adaptée. Le personnel est très investi, une enquête et un vote ont été réalisés dans l'ensemble des lieux de soins.</p>	<p>Lors du conseil de service l'ensemble du groupe vient présenter le projet. Ce dernier est soumis au vote des membres du conseil et rejeté par le personnel médical. Ce dernier craint une perte d'identification de leur spécialité préjudiciable au recrutement des patients adressés par les praticiens des autres services du centre hospitalier.</p>	<p>Le directeur de la fédération s'est pourtant positionné favorablement. Cependant la lourdeur des travaux et la difficulté à faire adhérer le personnel médical et administratif n'a pas permis la réalisation de ce projet créatif.</p> <p>Les personnels concernés sont très déçus par la perte du temps de réflexion et par une implication non prise en compte.</p>
Innovation	Réalisation	Résultats	Facteurs d'influence
<p>Intégrer dans l'organisation des soins la prise en charge de la douleur par une consultation infirmière spécialisée dans les unités de chirurgie.</p> <p>Qui : un infirmier IADE (infirmier aide-anesthésie) titulaire d'un diplôme universitaire en douleur.</p>	<p>L'infirmier IADE propose d'aller régulièrement dans les unités de chirurgie pour aider les infirmiers à réaliser des pansements non douloureux.</p> <p>Il suggère aussi d'intégrer cette dimension dans l'organisation des prises en charge en bloc opératoire lors de l'installation des patients et en salle de réveil.</p>	<p>L'infirmier développe son projet et le présente aux responsables médicaux et à son encadrement infirmier. Il offre au besoin de travailler bénévolement (il accepterait de faire du temps supplémentaire) pour expérimenter son projet.</p>	<p>Cet infirmier IADE est recruté dans un établissement de santé dont le projet d'établissement et le C.O.M.<sup>5</sup> développent des axes sur la lutte contre la douleur. Néanmoins l'application de cette politique contre la douleur ne prévoit pas des initiatives aussi personnalisées. L'infirmier est très déçu de cet écart qui inhibe toute créativité.</p>

<sup>5</sup> C.O.M. : Contrat d'Objectifs et de Moyens



# R É U S S I T E

<b>Innovation</b>	<b>Réalisation</b>	<b>Résultats</b>	<b>Facteurs d'influence</b>
<p>Utiliser l'écran de veille de l'ordinateur du service comme support organisationnel.</p> <p>Qui : infirmière de l'unité</p>	<p>L'idée est d'optimiser les capacités en organisation liées à l'utilisation de la bureautique. Au lieu d'être décoratif, l'écran de veille est utilisé par l'innovateur comme support aux informations et aux changements organisationnels.</p>	<p>L'idée est reprise par l'ensemble de l'équipe infirmière et aide-soignante. Elle plaît aux personnels des autres unités qui l'utiliseront à leur tour.</p>	<p>L'idée est appuyée par le cadre de santé de l'unité. L'innovation est valorisée et commentée positivement lors des transmissions orales entre équipes de soins. L'équipe est satisfaite et continue sa réflexion créatrice.</p>
<b>Innovation</b>	<b>Réalisation</b>	<b>Résultats</b>	<b>Facteurs d'influence</b>
<p>Intégrer un chien éduqué dans l'organisation du projet de vie de personnes âgées dépendantes en institution.</p> <p>Qui : groupe de travail avec un kinésithérapeute, une infirmière et une aide-soignante</p>	<p>L'idée de départ est de dynamiser des personnes âgées fortement handicapées et d'améliorer leur intégration dans l'institution.</p> <p>L'organisation des soins tient compte de la présence du chien tout en respectant les critères d'hygiène hospitalière. Ainsi un atelier est animé toutes les semaines soit par le kinésithérapeute soit par l'aide-soignante animatrice.</p>	<p>Les personnes âgées libèrent des émotions très vives en présence du chien (rires, pleurs de joie et ressenti affectif très positif). Le personnel redécouvre la dimension émotionnelle des personnes âgées cachée sous l'apathie habituelle. Les familles sont accueillies par le chien avec beaucoup de plaisir.</p>	<p>Le projet de vie est soutenu par les cadres infirmiers de chacune des trois unités, par la cadre supérieure de santé et le chef de service. L'institution valide le projet. De nombreux articles<sup>6</sup> et reportages viennent appuyer cette image positive des personnes âgées, du personnel et des soins en unité de soins de longue durée. Les personnels en sont satisfaits.</p>

<sup>6</sup> Article en annexe 1

Ces situations font apparaître la richesse des réflexions des personnels hospitaliers à l'égard de leurs organisations quotidiennes de travail. Cependant le circuit d'une idée novatrice évolue ou non selon les conditions de sa mise en application.

En synthèse ces divers entretiens éclairent notre questionnement professionnel :

- ✓ Sur l'identification des conditions ou préalables pour favoriser l'expression individuelle d'idées novatrices
- ✓ Sur la connaissance des contraintes et sources de difficultés dans la mise en œuvre d'idées novatrices
- ✓ Sur la valorisation de variables contribuant à influencer l'expression d'idées novatrices

Nous souhaitons donc étudier des situations quotidiennes et comprendre les mécanismes d'introduction de l'innovation afin de répondre à la préoccupation qui nous intéresse. En effet l'hôpital évolue comme toute entreprise vers de nouvelles organisations, quelles que soient ces évolutions les acteurs de soins se caractérisent par un travail collectif au bénéfice de la personne soignée. Obtenir l'adhésion des personnels, mobiliser leur efficacité sont des objectifs majeurs pour contribuer à l'équilibre de l'organisation hospitalière et maintenir un niveau de satisfaction des personnels et des usagers.

Dans le cadre de sa mission<sup>7</sup> de gestion des personnels infirmiers, aides-soignants et des agents des services hospitaliers, le directeur des soins a un rôle majeur de conception d'une politique stratégique de management afin que les cadres de santé s'inscrivent dans la conduite de l'innovation et de la créativité des individus.

## **2 - CADRE CONCEPTUEL**

L'éclairage théorique s'appuie sur un champ sociologique, nous étayerons notre réflexion sur l'innovation et sa conception moderne dans les organisations du travail notamment à partir de la dynamique de changement et du développement du processus novateur en terme de trajectoire. Nous transposerons cet éclairage sur l'organisation hospitalière, cette dernière largement étudiée ces dernières années relève d'une vision systémique et complexe au regard de nombreux auteurs. Nous développerons à la suite le management et les organisations en faveur de l'innovation, puis nous appuierons ces

---

<sup>7</sup> Décret 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière

concepts sur les enjeux de l'intégration de l'innovation dans la culture des professionnels. Enfin nous concluons sur l'hypothèse générale qui conduira notre recherche pragmatique.

## 2.1 DU CHANGEMENT A L'INNOVATION

N. Alter<sup>8</sup> identifie le changement en terme de processus, il représente ce dernier comme la transformation d'un élément d'organisation du travail voire de l'organisation dans son entier, permettant ainsi de comparer un état initial à un état final après le changement.

De nombreux phénomènes d'interdépendances systémiques sont mis en évidence entre les effets observables du changement. Toute transformation de l'une des dimensions d'un processus (production, organisation...) a des effets sur l'ensemble des composantes du système.

N. Alter propose trois perspectives d'analyse du changement :

☞ La première vise *l'évolution générale des organisations* par la rationalisation du travail. Le changement se traduit en général par une amélioration possible de cette rationalité sans jamais toutefois atteindre un niveau de perfection.

☞ La seconde s'attache à *définir le changement*, ce dernier est conçu à partir de la comparaison entre deux états stables. Le moment particulier du passage de l'un à l'autre n'est pas considéré dans cette définition. Le changement est en lien avec ce qui a changé et non ce qui est en train de changer.

☞ La troisième s'intéresse à la *survenue du changement*, au questionnement du pourquoi un état de stabilité a évolué vers un autre état.

Or N. Alter souligne que dans le contexte actuel, le changement est devenu permanent et ordinaire dans les entreprises. Le problème soulevé réside dans ce mouvement dû au changement non abouti et à l'absence d'un nouvel état de stabilité du système. Ainsi selon l'auteur les travailleurs ne « *résistent pas* » au changement en tant que tel mais en raison de l'absence d'un nouvel état de stabilité. Ils vivent ce mouvement incessant sans en comprendre le sens. D'ailleurs ce constat a été fait dans d'autres cultures comme le commente l'anthropologue R. Bastide<sup>9</sup> « *Tout ce qui résiste est un autre rationnel* ». N. Alter pose l'analyse du changement dans le champ de la complexité, le mouvement peut perdurer notamment quand le changement est l'aboutissement de l'innovation.

Ainsi l'auteur propose-t-il d'intégrer l'instabilité (ce mouvement continu de l'organisation) avec le concept d'innovation.

---

<sup>8</sup> N. Alter - L'innovation ordinaire - Paris, Edition Presses Universitaires de France, 2001, 269 p.

<sup>9</sup> R. Bastide – Anthropologie appliquée – Paris, Edition Payot, 254 p., p. 56.

## 2.2 LA TRAJECTOIRE DE L'INNOVATION

L'innovation associée au progrès économique et à la créativité institutionnelle est vécue comme positive, néanmoins quand ce cheminement est mal géré il peut conduire au désordre et être perçu alors comme un changement douloureux.

N. Alter construit cette trajectoire en s'appuyant préalablement sur les réflexions de J. A. Schumpeter<sup>10</sup> qui s'est attaché à construire le concept d'innovation à partir d'un schéma d'analyse économique. Il décrit l'innovation comme une destruction créatrice, elle détruit dans un premier temps les règles sociales dont la stabilité donne habituellement un sens aux pratiques afin de s'ouvrir à d'autres horizons. En fait, elle permet de dépasser la routine, source d'impuissance, pour découvrir de nouvelles alternatives constructives. L'innovation devient dès lors une création qui enrichit les modes de sociabilité et permet ainsi de donner un nouveau sens au système. N. Alter oppose ainsi l'innovation à l'organisation en la définissant en tant que phénomène systémique entre les deux états de stabilité décrits précédemment avec le concept de changement. La problématique en lien avec l'innovation vise son caractère non programmable, ni planifiable. L'innovation détruit un ordre établi et peut perturber certaines pratiques professionnelles qui paraissent normatives à un certain moment.

Cependant ces règles formelles sont pourtant autant de freins à l'évolution des pratiques. Nous vivons dans un contexte dont la modernité se traduit par une variation constante des environnements. Chaque système est en interaction avec ceux qui l'entourent, cette complexité systémique se traduit par des efforts adaptatifs nécessaires pour maintenir la cohérence de l'ensemble. Dans le monde du travail, beaucoup d'individus prennent conscience de l'obsolescence de l'ordre établi sans toutefois passer le cap d'agir autrement, c'est-à-dire d'utiliser le mouvement, les incertitudes et les aléas comme des opportunités et non des contraintes. En ce sens raisonner par l'innovation c'est aussi envisager le monde du travail sous un aspect positif, dynamique dans lequel chaque travailleur se positionne en tant qu'acteur. Dans un pays où le système éducatif est conçu à partir des valeurs cartésiennes, où l'ordre et l'organisation visent à éliminer l'incertitude, l'innovation est un véritable changement culturel.

N. Alter poursuit le cheminement de son raisonnement en expliquant le passage de l'invention à l'innovation. Il décrit l'invention comme une composante ponctuelle de l'innovation. En fait l'innovation englobe l'utilisation de l'invention jusqu'à sa mise sur le marché et son intégration sociale. Pour l'auteur l'inventeur se situe en dehors des contraintes externes alors que l'innovateur s'attache à intégrer l'innovation dans la vie

---

<sup>10</sup> In N. Alter - La gestion du désordre en entreprise – Paris, Edition L'Harmattan, 1993, 207 p.

quotidienne. Ainsi l'invention n'est pas suivie systématiquement de l'innovation et peut rester en cela inachevée alors que l'innovation représente le processus créatif dans sa globalité.

Quatre dimensions dissocient l'invention de l'innovation :

① **La temporalité**, l'innovation est circonscrite dans le temps alors que l'invention est liée à l'histoire de son utilisation.

② **Le bénéfice**, l'invention est considérée en terme de bien, l'innovation est appréhendée pour donner du sens à ce bien.

③ **La qualité**, l'invention et sa diffusion n'ont pas de lien direct avec la qualité en revanche l'innovation se caractérise par l'usage qu'on en fait dans une démarche qualitative.

④ **Le résultat**, l'invention vise l'efficacité en terme de productivité, l'innovation correspond à une combinaison entre les ressources mises en œuvre, le rapport au marché et l'usage social.

N. Alter construit le processus d'innovation comme un « séquençement social » :

☞ Passage par des « **marginiaux** », sorte de pionniers de l'action, de l'utilisation de combinaisons routinières à des combinaisons à risque.

☞ Reprise par des « **essaims d'imitateurs** » lorsque l'intérêt économique apparaît. Ils reproduisent et aménagent l'innovation qui passe à une seconde génération.

☞ Phase de stabilisation de la poussée créatrice par l'établissement de nouvelles règles.

☞ Utilisation par les individus « **réfractaires** », le mouvement devient définitivement collectif.

L'innovateur est au départ un marginal sécant qui brise les normes, en général cette prise de risque est possible car il possède plusieurs cultures professionnelles. Il devient « *un passeur* » d'une culture à une autre, sorte de pionnier inverseur des normes. L'innovation se décrit à partir d'un processus articulé autour de ces séquences.

L'innovateur s'oppose davantage à la routine qu'au système en lui-même puisqu'il souhaite que l'invention qu'il défend soit intégrée par ce système. Il entre en « *dissidence* » et « *transgresse* » les règles établies, ce qui démontre une distance critique à leur égard.

N. Alter fait le constat que ces marginaux sécants sont souvent plus mobiles d'où leur appartenance à plusieurs cultures de référence.

Enfin l'auteur insiste sur le caractère ordinaire et banal de l'innovation. Il constate à partir de plusieurs observations en milieu professionnel que la créativité ouvrière (l'écart entre le travail prévu et le travail réel) est largement ignorée par les directions.

L'innovation est trop souvent réduite au champ de la recherche et de la découverte et N. Alter pose l'enjeu de l'intérêt à valoriser l'innovation réalisée par les acteurs de la vie quotidienne. Il envisage alors de décaler son champ d'analyse en direction de l'organisation :

☞ Dans un rapport entre l'invention et la capacité collective à la transformer en innovation.

☞ Pour comprendre les raisons et la trajectoire qui amènent l'organisation à donner du sens et de l'efficacité à une innovation managériale.

Cette perspective nous amène à poursuivre notre analyse conceptuelle dans cette direction de l'organisation et du management par l'innovation.

## 2.3 L'ORGANISATION HOSPITALIERE ET L'INNOVATION

Notre conception de l'organisation hospitalière se base sur les travaux d'E. Morin<sup>11</sup> et de J.L. Lemoigne. Ces auteurs situent l'organisation hospitalière dans le champ de la complexité qu'ils définissent en reprenant l'épistémologie tirée de Paul Valéry « *La complexité est une intelligible imprévisibilité* ». L'imprévisibilité s'inscrit dans le sens où aucune modélisation ne peut circonscrire totalement les représentations de l'organisation des soins.

E. Morin souligne l'effort que nous menons tous à comprendre l'organisation dans un mouvement de va-et-vient entre le « *savoir pour faire* » et « *le faire pour savoir* ». Entre le savoir théorique empirique et le savoir pragmatique de l'expérience professionnelle. De la pensée cartésienne qui valorise l'analyse par séparation du tout pour aboutir à une pensée systémique qui envisage aussi le sens du tout dans son environnement. Il résume cette dialogie selon une pensée de Blaise Pascal « *Je tiens pour impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties* ». En suggérant de voir l'organisation des soins dans son ensemble et dans ces différentes parties, E. Morin propose de considérer l'organisation comme une « *organise-action* ». Arrivant ainsi à lier le principe de non-séparation, de regard systémique à celui du principe d'action intelligente.

---

<sup>11</sup> E. Morin, J.L. Lemoigne – Comprendre la complexité dans l'organisation des soins – Lille, Edition ASPEPS, 1997, 85 p.

J.L. Lemoigne complète cette réflexion en intégrant l'évaluation de la richesse organisationnelle dans la recherche de l'effectivité. C'est-à-dire en incluant les buts à atteindre et la manière d'y parvenir.

L'organisation des soins à l'hôpital paraît à ces deux auteurs complexe par :

☞ *La compartimentation en spécialisations.* A l'origine la médecine s'est développée à partir de l'étude des différents organes pour aboutir à une prise en charge par disciplines somatiques et psychologiques.

☞ *La hiérarchisation des relations* à l'hôpital à tous ses niveaux : administratif, médical et soignants.

☞ *La position des malades* : tantôt objets, tantôt sujets. Ils sont soignés par des professionnels ayant une fonction mais aussi une mission de soins. E. Morin constate que la bureaucratisation peut amener ces professionnels à exercer leur fonction dans un esprit fonctionnarisé avec le risque de s'écarter de leur mission de soignants dans laquelle ils doivent développer humanité et solidarité.

Complexe, l'organisation hospitalière s'adresse à et s'exerce par des êtres humains, on y côtoie plusieurs centaines de métiers dans un ensemble hiérarchisé avec des protocoles, des procédures et des processus. Les deux auteurs proposent une stratégie d'assemblage des incertitudes de ce système pour accumuler les informations et mieux communiquer entre les différentes parties. Nous proposons un cadre conceptuel intégrant l'organisation hospitalière dans le champ de la systémie complexe pour lequel l'innovation et son appropriation culturelle permettent de répondre à cette stratégie d'assemblage des incertitudes.

Parmi les auteurs qui étudient l'organisation, H. Mintzberg<sup>12</sup> envisage sept modèles : entrepreneurial, mécaniste ou bureaucratique industriel, bureaucratique professionnel, divisionnel, adhocratique, missionnaire et politique. L'organisation hospitalière appartient classiquement à l'organisation bureaucratique professionnelle. L'adhocratie représente pour lui le modèle de l'organisation innovante. Les tableaux ci-dessous synthétisent les caractéristiques des modèles qui nous intéressent :

---

<sup>12</sup> H. Mintzberg – Le management. Voyage au centre des organisations – Paris, Editions d'Organisation, 1990, 570 p.

<b>Bureaucratie professionnelle</b> organisation hospitalière		<b>Organisation adhocratique</b> organisation innovante
Bureaucratique décentralisée. Dépend des compétences de ses professionnels (pas de standardisation possible des tâches). Les personnels travaillent en interne avec une certaine autonomie. Le contrôle est effectué selon les règles professionnelles	<b>Structure</b>	Matricielle fluide et décentralisée où le personnel, qualifié, travaille en équipe pluridisciplinaire. Pas de standardisation des tâches.  Le manager assure principalement la liaison, c'est un facilitateur et un intégrateur. Nécessite beaucoup de communication.
Complexe mais stable.	<b>Contexte</b>	Environnement complexe et dynamique. Evolution en fonction d'une contractualisation sous forme de projets. La direction administrative apparaît comme un sommet stratégique.
Multiplés mais en cohésion, s'articulent autour des règles administratives, du jugement professionnel et des choix collectifs (projet d'établissement médico-soignant, social...)	<b>Stratégie</b>	Basés sur l'apprentissage, les projets évoluent en liberté. La base est fortement active en regard du sommet hiérarchique. La stratégie favorise l'initiative et l'innovation.
Démocratie et autonomie relative.	<b>Forces</b>	Démocratique sans bureaucratie. Efficacité
Coordination des projets. Une certaine répugnance à l'innovation au profit de la sécurité.	<b>Faiblesses</b>	Efficiences pas toujours atteintes. Difficultés pour certains professionnels par manque de repères aux règles.

En comparaison de l'organisation bureaucratique, l'organisation innovante pourrait sembler une forme de chaos et une structure sans organisation. H. Mintzberg corrige cette vision réductrice en explicitant les caractéristiques de cette organisation.

Il indique que l'adhocratie, organisation pertinente pour l'innovation, est à son sens « *Le meilleur moyen de mener une guerre dans la jungle ou d'envoyer un premier homme sur la lune* », cette structure fluide valorise la créativité et les ressources humaines elle permet de mobiliser des groupes humains en milieu hostile, inconnu ou en mouvement. C'est en quelque sorte un appel à la productivité de chaque professionnel pour respecter, comme dans la fable de La Fontaine<sup>13</sup> « La poule aux œufs d'or » que chacun d'entre eux représente potentiellement.

L'organisation hospitalière diverge donc de l'adhocratie néanmoins certains enjeux sont partagés, notamment parce que la richesse des hôpitaux repose sur le potentiel humain

<sup>13</sup> J. de La Fontaine – Les fables livre I à VI – Paris, Edition petit classique Larousse, p. 206.



(70 % du budget est alloué à la gestion des ressources humaines). La qualité des soins repose sur une forte implication des personnels, ces derniers ressentent vivement la charge physique et mentale tout en valorisant leurs capacités relationnelles. Les hôpitaux sont donc concernés par ce pari de mobiliser leurs personnels. Si H. Mintzberg catégorise ceux-ci dans l'organisation bureaucratique professionnelle cela n'exclut pas son évolution, il parle pour certaines structures d'organisation hybride partagées entre l'innovation créatrice et le besoin de sécurité. L'impact des réorganisations en cours comme la contractualisation externe et interne, la démarche qualité et les nombreux projets développés dans les établissements de santé modifient la structure hiérarchique pyramidale vers une structure matricielle et une mise en réseau de l'information. Ces modifications concourent à faire évoluer les hôpitaux vers une organisation plus fluide.

## 2.4 CULTURE ET MANAGEMENT DE L'INNOVATION

La construction de l'identité et de la culture au travail ont été largement étudiées par R. Sainsaulieu<sup>14</sup>. Ce sociologue a démontré que le travail agit sur les rapports collectifs en créant un réseau de situations organisationnelles qui s'interposent entre le monde des relations personnelles et celui des relations collectives. R. Sainsaulieu a suivi l'hypothèse d'une interaction entre le phénomène organisationnel et la création de cultures liées au travail. Le travail est un lieu d'échanges humains où se mêlent l'individuel et le collectif. L'identité au travail se construit par la reconnaissance au travail, concrétisé par plusieurs dimensions : le sentiment d'appartenance à l'entreprise, la réalisation de soi à travers une œuvre individuelle ou collective, la trajectoire non pas de la vie mais de ce que l'on fait de sa vie, la position de résistance le plus souvent traduite par le syndicalisme, savoir dire non et s'opposer.

Selon l'auteur la transformation de l'organisation repose sur les modifications des jeux de pouvoir, elle s'articule autour de quatre étapes :

---

<sup>14</sup> R. Sainsaulieu dans L'identité au travail – 3<sup>ème</sup> édition – Paris, Edition Presses de Sciences Po, 1977, 476 p donne la définition suivante pp. 11-12 «*La culture, au sens anthropologique recouvre l'ensemble des significations, représentations, valeurs plus ou moins codifiées dont on se sert pour agir et se faire comprendre dans les échanges, pourrait ainsi être apprise ou transformée dans le contexte dangereux et complexe des relations humaines, car les individus y font l'expérience plus ou moins forte d'un véritable conditionnement de leurs aptitudes à communiquer.* »

- ☞ Augmentation cognitive et affective des échanges. Le changement mobilise l'échange.
- ☞ Elargissement du champ perceptif avec l'apparition de nouveaux projets et la perception des enjeux.
- ☞ Développement de relais de communication informels et de réseaux associés.
- ☞ Protection institutionnelle des nouvelles expériences et autorisation du droit à l'erreur.

D'ailleurs N. Alter s'appuie aussi sur les réflexions de R. Sainsaulieu dans la construction du processus novateur, quand il identifie le développement d'une culture de l'innovation en distinguant trois types d'apprentissages :

① **Culturel**, l'innovation se traduit par une incitation de certains individus, puis une appropriation par l'ensemble aboutissant à son institutionnalisation.

② **Organisationnel**, la construction d'une connaissance commune se fait à partir des expériences individuelles.

③ **Collectif**, une coopération des individus se crée dans le cadre d'une régulation conjointe.

En dehors de l'appropriation d'une culture de l'innovation, il convient aussi de s'interroger sur son management. D. Genelot<sup>15</sup> en retrace le cheminement par analogie à la reproduction de la vie :

☞ **L'éclosion des idées**, elle s'établit par transgression de l'ordre établi par l'antagonisme entre innovation et organisation. Cette émergence se produit à l'occasion de rencontres, de croisements de différentes logiques. En terme de management il faut organiser un état de veille, face aux entreprises de même nature, formalisée par le benchmarking. Dans l'approche managériale la communication est capitale, de même que savoir accepter l'incertitude des résultats.

☞ **La déclaration**, c'est l'étape du partage et de la maturation des idées. Il faut pouvoir accueillir les idées nouvelles, faire preuve d'ouverture. L'organisation d'un système de suggestion se révèle utile.

☞ **La fécondation**, c'est le passage de l'idée à action. La matérialisation de l'idée sous forme d'une expérience permet l'acceptation sociale. L'évaluation de la faisabilité et l'acceptabilité de l'innovation sont optimisées par une gestion par projet.

☞ **La gestation**, correspond à la nécessité d'un soutien de la direction pour protéger l'expérimentation, améliorer l'innovation à partir de cet essai et préparer attentivement la phase de lancement.

☞ **La naissance**, après avoir initié la stratégie de lancement, le manager doit rester en alerte pour être en adéquation avec les besoins.

---

<sup>15</sup> D. Genelot – Manager dans la complexité – 2<sup>ème</sup> édition - Paris, Edition INSEP, 1998, 350 p.

☞ **L'éducation**, c'est la phase de consolidation de la « croissance ». L'organisation d'une synergie gagnante permet d'accéder à une spirale du succès. L'innovation entraîne une chaîne d'événements favorables à l'application de l'idée créatrice.

Manager l'innovation est un processus complexe, l'établissement de santé doit pouvoir créer un climat favorable à l'éclosion des idées, le management doit donc être ouvert sur son environnement sur le développement de la communication et la mise en réflexion prospective. La production d'idées ne serait pas suffisante en soi, il faut pouvoir accueillir ces idées, les faire grandir et évoluer. Cela demande la capacité à produire et celle à transformer ces idées en succès. On retrouve une culture interne, un climat de mobilité mentale ainsi qu'une variété et une souplesse des méthodes de management. Le pari managérial consiste à mobiliser la compétence collective. N. Alter relève la difficulté de cette sollicitation, selon son analyse on est passé d'une souffrance au travail due à l'excès de règles à une souffrance due à l'excès d'incertitudes liées à l'incohérence de ces règles. Il insiste sur la création de réseaux, de règles d'échanges informels en terme de dons, de contre-dons et de coopération. Comme l'évoque aussi H. Mintzberg, la structure organisationnelle doit être plus fluide pour libérer les compétences individuelles et les mettre en synergie au niveau collectif. Le processus d'innovation au sein d'une organisation adaptée articule cet enjeu de tirer parti des incertitudes au bénéfice de l'efficacité organisationnelle.

## 2.5 L'HYPOTHESE

Nous proposons une hypothèse<sup>16</sup> en réponse à notre questionnement professionnel et en regard du courant de pensée qui nous a aidée à le théoriser.

*« Le directeur des soins, en initiant un management en faveur de l'expression des idées créatrices et de l'innovation au quotidien, implique les agents et améliore l'effectivité organisationnelle (c'est-à-dire le changement et le processus qui y conduit). »*

En l'occurrence nous étudierons sur le terrain, l'incidence des innovations quotidiennes engageant des personnels hospitaliers et leurs organisations de travail selon les termes de notre proposition pour identifier leurs capacités à gérer l'inattendu et à anticiper l'avenir.

---

<sup>16</sup> R. Quivy et L. Van Campenhout donnent, dans le manuel de recherche en sciences sociales - Paris, Edition Dunod, 1995, 288 p, la définition suivante pp. 112 « Fondée sur une réflexion théorique et sur une connaissance préparatoire du phénomène étudié (phase exploratoire)... l'hypothèse procure à la recherche un fil conducteur en amont du cadre d'analyse »

### 3 - METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Pour concrétiser notre recherche nous comptons observer des changements structurels dont les impacts sont mesurables sur le positionnement humain et sur l'organisation du travail. Cela revient à comprendre ce qui favorise ou inhibe l'innovation quotidienne et comment le management pourrait évoluer en faveur de cette créativité.

#### 3.1 PRESENTATION DU LIEU D'ENQUETE

Le centre hospitalier accueille 839 lits et places pour des disciplines médico-chirurgicales et obstétricales de court séjour, de rééducation et réadaptation, de psychiatrie et de gériatrie. L'établissement évoluait jusqu'en 1998 dans une ligne directoriale classique, l'arrivée d'un nouveau directeur a été l'occasion de construire un projet d'établissement moderne, tenant compte des exigences législatives. Cet hôpital a élaboré un management par projets : médical, professionnel et social, de soins, de gestion et le schéma directeur de l'information. L'ensemble forme une dynamique par projets concrétisés notamment par la création de fédérations médicales et une contractualisation interne en cours de réalisation.

L'organisation de la Direction du Service de Soins Infirmiers (D.S.S.I.) s'affirme autour des compétences et des fonctions de ses personnels :

- ☞ Une Directrice, coordonnatrice générale des soins, animatrice de cette direction et attachée à la gestion des personnels. Une Directrice des Soins, détachée à la Direction de l'Evaluation et de la Qualité, responsable sur la démarche qualité et de dossiers transversaux (restructurations).
- ☞ 6 cadres supérieurs de santé : deux en position transversale (à la D.S.S.I. sur la gestion du personnel et à la direction du service informatique sur le dossier de soins infirmiers et les plannings de travail), les quatre autres sont affectés sur des regroupements de services. L'encadrement est complété par 35,75 cadres de santé de proximité.
- ☞ 823 postes : infirmiers diplômés d'Etat et de spécialités, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et agents des services hospitaliers.

Le projet de la D.S.S.I. est identifié dès 1993, on distingue les étapes suivantes :

☞ **1993 – 1998** : Le projet s'appuie sur une forte implication des cadres de santé, la qualité humaine et les motivations du personnel. La Commission du Service de Soins Infirmiers (C.S.S.I.), très dynamique, valide l'exécutif de cette politique de soins.

Un programme de formation continue permet d'appuyer l'intégration des compétences nécessaires à cette mise en œuvre.

- ☞ **2001-2006** : Le projet deuxième génération dessine l'avenir des soins infirmiers :
- ❖ Accompagnement du projet médical principalement pour étudier le point de vue et la complexité des soins infirmiers (amélioration de la sécurité des soins en développant les seuils minimums de qualité, conception des référentiels de soins et élaboration de plans de soins guide, transmissions ciblées et réflexion sur la qualité rédactionnelle des soignants, construction d'un dossier de soins informatisé).
  - ❖ Développer l'efficacité organisationnelle notamment par l'optimisation de la gestion des ressources humaines grâce à l'instrumentation sur les profils de postes et les grilles de compétences.
  - ❖ Garantir une qualité de vie des usagers et des personnels.

### 3.2 L'ENQUETE

Nous avons mené cette enquête sur deux situations de réorganisation :

☞ ***La première concerne la centralisation d'une équipe de brancardage***

Il s'agit d'une équipe de 15 brancardiers agents des services hospitaliers, parmi lesquels nous avons retenu un échantillon de 5 agents<sup>17</sup> représentant les divers services d'origine de l'équipe de brancardiers, auquel s'ajoute le cadre de santé, la cadre supérieure de santé, la directrice des soins et la coordonnatrice générale des soins soit 9 interviewés.

☞ ***La seconde se rapporte à la restructuration d'une unité de soins***

La situation observée se rapporte à une équipe de soins de 33 agents pour laquelle nous avons retenu les représentants<sup>18</sup> du groupe de travail à savoir 2 infirmiers, 4 aides-soignants et 1 agent des services hospitaliers (A.S.H.) ainsi que la cadre de santé, soit 8 interviewés.

Pour chaque situation observée, nous proposons une analyse à partir du projet et de son déroulement, puis nous avons mené des entretiens relatant la manière dont les personnels ont vécu ce cheminement. Nous avons eu recours à l'entretien non directif de recherche, technique fréquemment employée lors des enquêtes sociologiques, qui représente un événement de parole dans lequel chaque interviewé expose une partie de sa biographie des événements du changement organisationnel. C'est un travail suivi d'extraction des informations, il demande une écoute active avec de nombreuses reformulations à partir de la grille d'entretien<sup>19</sup>. C'est ce vécu de la personne interviewée qui permet de donner un sens aux faits qui se sont réalisés.

---

<sup>17</sup> Le diagramme de l'âge de l'équipe de brancardiers et de l'échantillon est en annexe 2

<sup>18</sup> Le diagramme de l'âge de l'équipe de soins et de l'échantillon est en annexe 2

<sup>19</sup> Grille d'entretien en annexe 3

### 3.3 LES LIMITES DE L'ENQUETE

Les difficultés rencontrées visent l'incapacité à entendre tous les faits significatifs sans que ces derniers soient occultés par notre propre filtre de pensée. Comme professionnelle des établissements publics de santé, nous prenons conscience que nous avons largement fait nôtre la culture de ce milieu. Prendre de la distance pour observer de façon impartiale ne va pas de soi et implique une prise de distance que la situation de stagiaire avec des personnes inconnues rend cependant possible.

Par ailleurs l'approche visée dans ce travail relève d'une démarche de compréhension et d'élucidation de phénomènes observés sur le terrain, l'ensemble de la population ne représente pas un échantillon significatif pour tirer des corrélations statistiques. Cependant la réalité de notre travail d'encadrement est plus en lien avec cette quête de sens, car la variété des comportements et la singularité des personnalités des agents ne requièrent pas à une gestion standardisée.

### 3.4 ANALYSE DES SITUATIONS D'ORGANISATION OBSERVEES

La méthodologie employée se décline à partir d'un sociogramme de l'échantillon interrogé afin de percevoir les objectifs, les profils et positions des acteurs et leur stratégie en regard de l'innovation organisationnelle suivi d'une synthèse des apprentissages envisagés afin d'identifier les conditions d'expression ou d'inhibition en faveur du processus d'innovation. Au terme de cette analyse nous comparerons les deux situations pour mettre en lumière les forces et les faiblesses de ces situations observées.

#### 3.4.1 1<sup>ère</sup> situation : La centralisation d'une équipe de brancardage

**Contexte :** Le séjour hospitalier évolue d'une part en vue d'assurer une démarche diagnostique rigoureuse et d'autre part de prendre en charge la phase aiguë des pathologies. L'hôpital poursuit son courant de modernisation technologique en améliorant particulièrement ses plateaux techniques. Ce type d'organisation amène à multiplier le nombre de déplacements hors du service de soins, alourdissant ainsi la charge de travail des personnels. Dans une perspective économique, la réforme hospitalière ré-interroge ces organisations afin de les optimiser et d'adapter les ressources humaines nécessaires à ce fonctionnement. C'est dans ce contexte que le centre hospitalier observé a fait le choix de centraliser l'équipe de brancardage.

## Présentation de l'existant en 3 étapes :

**La première étape de 1995 à 1996 :** Elle a pour finalité d'objectiver le temps passé par les équipes de soins, les tranches horaires et le ressenti de ces personnels autour de leur activité de brancardage.

### **Les résultats**

*Les activités* sont concentrées de 8 h à 17 h du lundi au vendredi, le besoin est estimé à 3 équivalents temps plein pour l'hôpital.

*Les lieux* concernés sont le plateau technique médical, les consultations et les explorations fonctionnelles pour 10 unités fonctionnelles de soins.

*Les difficultés* sont relatives surtout aux examens non-programmés.

*Les conséquences* sont une absence du personnel soignant obligeant à suspendre les activités de soins (charge physique et mentale) et un préjudice qualitatif pour les patients qui doivent subir ces contretemps dans leurs soins.

**La deuxième étape en 1998 :** Elle a consisté à étudier l'activité des brancardiers en place soit 3 équipes l'imagerie médicale, le bloc opératoire et les urgences.

### **Les résultats**

*Imagerie médicale :* Il y a 5 agents 24 h sur 24 h, dont l'activité est principalement centrée entre 8 h et 12 h. Le reste du temps est occupé à des tâches annexes comme le ménage et les courses mais aussi des dépassements de fonction de manipulateur en électro-radiologie.

*Bloc opératoire :* Il y a 7,25 agents 24 h sur 24 h pour un travail lié au bloc soit de 8 h à 12 h et de 14 h à 18 h. Le temps vacant est utilisé aux courses, ménage et un fort dépassement vers des fonctions d'aides-soignants et d'aides techniques pour l'installation des patients sur la table opératoire.

*Urgences :* Il y a 6 agents 24 h sur 24h pour un exercice lié à la montée des patients des urgences vers une unité d'hospitalisation. Le temps est entrecoupé par des activités de ménage et de courses.

*Les conséquences* mettent en évidence que cette organisation n'est pas uniquement centrée sur le brancardage, il existe des tâches annexes avec notamment des dépassements d'activités hors du champ de compétence de ces agents des services hospitaliers.

**La troisième étape en 2000** : Elle vise l'approche de la nouvelle organisation en regroupant l'ensemble des brancardiers en un service centralisé et en dimensionnant, dans le respect des qualifications, cette équipe prestataire des services de soins et des plateaux techniques.

### **Les résultats**

*L'organisation* est définie à partir d'un groupe de travail (11 réunions en un an) rassemblant 2 brancardiers, les 3 cadres de santé ayant une équipe de brancardiers, la cadre supérieure de santé des urgences et du bloc, le futur cadre de santé de l'équipe de brancardiers, 2 cadres de santé des services de soins, 2 syndicalistes et la directrice des soins chargée de cette mise en place.

*Le dimensionnement* est estimé à 15 agents (les 3,25 postes restant seront re-qualifiés et ventilés en fonction des besoins) pour une activité 24 h sur 24 h, un poste de régulateur est inclus de 9 h à 17 h du lundi au vendredi pour centraliser les appels et répartir les courses à l'aide de talkies-walkies.

*Le fonctionnement* permet d'améliorer les formulaires de demandes (bons avec noms, numéro de chambre, lieu de départ, lieu et heure de rendez-vous). Un circuit intranet est créé pour communiquer. Le planning a été réalisé avec les brancardiers du groupe de travail en accord avec le reste de l'équipe.

*Les conséquences* amènent un aménagement de postes notamment au bloc où 4,25 postes aides-soignants sont attribués. A l'imagerie médicale un poste de manipulateur vacant est pourvu au départ des brancardiers. Aux urgences 1,75 postes aides-soignants sont redistribués.

Au total l'opération coûte 2,75 postes aides-soignants, mais le contrat d'objectifs et de moyens est favorable aux évolutions organisationnelles dynamiques de l'établissement et couvre cette augmentation d'effectif.



## Sociogramme des interviewés

**La coordonnatrice générale des soins** : 59 ans, elle travaille depuis 1992 dans l'hôpital.

**Objectif** : Fédérer les cadres de santé autour de projets et les amener à conduire des recherches opérationnelles.

**Profil et position de l'acteur** : La coordonnatrice bénéficie d'une culture professionnelle riche (enseignement supérieur et recherche), elle a proposé aux cadres une formation d'initiation à la méthodologie de la recherche. Quand les cadres ont choisi de faire une recherche action sur le brancardage, elle a initié l'idée de la centralisation en fonction d'une expérience vécue antérieurement « *J'insiste sur la finalité d'une recherche action son but est de se concrétiser, aller jusqu'aux résultats. Pour moi c'est une méthodologie efficace pour comprendre avant d'agir. C'est aussi une bonne approche appliquée aux organisations* ».

Non-directive, elle souhaite que le projet soit conduit par sa collègue directrice des soins mais reste à disposition pour éclairer la réflexion. Elle valorise les brancardiers et leur apporte un soutien institutionnel « *Leur implication ne s'est jamais démentie* », sa situation lui permet de concilier les intérêts de l'ensemble des personnels concernés (médicaux, soignants, techniques et administratifs).

La réussite humaine lui importe et elle est sensible à la créativité des personnels soignants. Ainsi pour les brancardiers elle retient notamment la fabrication d'une boîte pour le stockage des dossiers et l'évolution personnelle de certains agents (brancardier 1) qui se sont épanouis dans cette nouvelle organisation.

**Stratégie** : Supervision, accompagnement des cadres de santé et de la nouvelle organisation.

### **Commentaires**

La coordonnatrice générale des soins est elle-même créative de par sa culture professionnelle, elle ne souhaite pas se substituer à l'équipe mais cherche à poser les conditions favorables à l'expression de l'innovation. Ainsi la formation a été un point d'ancrage auquel elle a ajouté son soutien institutionnel et méthodologique pour accompagner sa collègue et les agents qu'elle rencontrait. Elle s'appuie sur la valorisation du travail, financièrement les enjeux sont faibles cependant elle a soutenu la proposition de l'attribution de la prime de chaussures allouée aux brancardiers.

**La directrice des soins** : 48 ans elle travaille depuis 1985 dans l'établissement.

**Objectif** : Développer l'efficacité organisationnelle par la centralisation du brancardage et la mutualisation des ressources en place.

**Profil et position de l'acteur** : Elle a suivi la formation d'initiation méthodologique à la recherche en position de cadre supérieure de santé, à sa nomination elle a pris l'animation du groupe de travail. Elle a soutenu et valorisé le cadre de santé retenu pour l'encadrement de cette équipe, ce qui a facilité son intégration.

Elle a mené une enquête auprès d'autres hôpitaux de même taille ayant mis en place ce type d'organisation. A la suite du dépouillement des résultats elle a retenu l'hôpital qui se rapprochait le plus des conditions de fonctionnement de son établissement et a organisé une visite pour le cadre de santé et 2 brancardiers.

Sa connaissance de l'existant et sa capacité d'analyse lui permettent d'anticiper la nouvelle organisation à venir. Ainsi elle a perçu l'opposition des services d'origine des brancardiers et a travaillé avec les équipes médicales et les cadres de santé pour redéployer les tâches annexes réalisées antérieurement par les brancardiers par un personnel plus qualifié. Elle a accompagné l'équipe jusqu'à la première évaluation afin de s'assurer de l'adéquation de l'organisation aux besoins. Depuis elle a passé le relais à un cadre supérieur de santé.

Sa position est plus affirmée que celle de la coordonnatrice générale des soins, en tant que directrice des soins elle fait jouer ses capacités d'analyse stratégique pour concilier et négocier avec les acteurs en tenant compte de leurs cultures, leurs identités et leurs évolutions.

Elle a apporté son appui à certaines initiatives comme la création des boîtes à dossiers. Elle est sensible aux évolutions des individus comme le brancardier 2 « *Il était dépressif et protégé aux urgences. Son manque de performance était toléré car son travail était peu valorisé. Il a été porté et accompagné par les deux leaders du groupe... Il est venu sur son repos au pot d'arrosage. Maintenant il est très apprécié par ses collègues* » pour le brancardier 1 elle remarque « *Il était marginal, ayant investi sa vie privée plus que sa vie professionnelle. Il s'est littéralement transformé et vient en sifflotant au travail et envoie des cartes postales pendant ses vacances. Il refusait d'être régulateur au début, maintenant tout lui convient* ».

**Stratégie** : Susciter l'implication des cadres de santé et du personnel, assurer la réalisation de l'innovation quotidienne et protéger les innovateurs.

**Commentaires :**

La directrice des soins n'est pas totalement à l'initiative du concept de centralisation, elle a surtout contribué à ce que ce mode d'organisation soit envisagé, puis elle a soutenu sa mise en œuvre. Elle est un acteur prépondérant pour la construction du processus d'innovation organisationnelle, en effet ses qualités de management lui permettent d'accueillir les idées nouvelles émises par les agents et de mettre à disposition les conditions nécessaires à leur éclosion, leur maturation et leur développement. Le respect et le soutien qu'elle a déployé ont été vivement ressentis par les innovateurs, ce qui les a conduits à prendre les risques liés à tout processus d'innovation tout en restant maîtres de leurs moyens.

**La cadre supérieure de santé :** elle a 50 ans et travaille depuis 20 ans dans l'établissement.

**Objectif :** Le bon fonctionnement de l'équipe centralisée.

**Profil et position de l'acteur :** La cadre supérieure de santé a bien identifié le profil du cadre de santé « *Il s'est très bien investi... Il était en perte de vitesse et avait été affecté aux consultations pour son manque de dynamisme à encadrer une grande équipe* ». En tant que cadre supérieure des urgences et du bloc, son analyse est pertinente. Elle a très bien compris que précédemment les brancardiers étaient à la fois « *Hommes à tout faire* » mais aussi valorisés par les dépassements de fonctions.

Elle est toutefois peu active sur l'organisation mais garde une disponibilité, à sa demande, pour le cadre de santé. Elle se dit trop éloignée des agents pour percevoir leurs idées nouvelles, néanmoins elle anticipe le départ en retraite du cadre de santé (fin 2002) et réfléchit sur le ou la candidate idoine pour lui succéder. Elle accompagne les aides-soignants du bloc qui avaient mal accepté de faire à nouveau des tâches de ménage. Elle les a recentrés sur leur mission d'hygiène et de prévention des infections nosocomiales, amenant ainsi ces derniers à se questionner sur leurs fonctions.

**Stratégie :** Accompagnement du cadre de santé et construction du profil pour son remplacement.

**Commentaires :**

La cadre supérieure de santé a une position de relais, elle s'implique peu dans l'organisation mais reste informée. Sa bonne connaissance situationnelle peut la conduire à aider le changement lors du départ en retraite du cadre de santé. Son analyse lui permet aussi de valoriser l'organisation et de la faire respecter par les personnels des urgences et du bloc. Les apprentissages collectifs réalisés par les brancardiers sont valorisés après coup ainsi que l'identité qu'ils ont développée.

**Le cadre de santé** : 55 ans, il travaille depuis 20 ans dans l'établissement.

**Objectifs** : Le bon fonctionnement de l'équipe.

**Profil et position de l'acteur** : Ce cadre était en difficulté, il avait accepté le poste de consultation par défaut. Avec cette nouvelle organisation il s'est complètement engagé, cela a donné un sens à sa fin de carrière.

Il a recouru aux volontaires d'une part parce qu'il souhaitait une organisation travaillée en partenariat avec les brancardiers, d'autre part parce que ces volontaires constituaient un excellent relais avec leurs collègues. Il connaît très bien l'équipe où se retrouvent des origines diverses, 6 sur 15 ont un brevet national de secourisme et sont pompiers volontaires. Il pense d'ailleurs que cette culture de sécurité a aidé à la mise en place du poste de régulateur.

Le cadre de santé a fait preuve d'une bonne analyse des positions des uns et des autres y compris ceux qui étaient en position d'innovateurs « *Il y avait ceux qui pensaient qu'on allait se casser la gueule et ceux qui pensaient que l'on avait tout à gagner* ». Percevant le peu d'autonomie des brancardiers précédemment, il a favorisé leur travail sur le planning et la conception de l'organisation. Cependant il a posé des règles de fonctionnement avec eux sur les modifications dans le roulement, l'objectif fixé étant la qualité de la prestation, tout changement doit être en cohérence avec la charge de travail. Il s'est attaché au développement personnel de certains agents comme le brancardier 1 dont le changement radical a conduit celui-ci à devenir « *un élément moteur, toujours de bonne humeur, acceptant les pointes de travail* ».

L'autorégulation interne le satisfait il cite volontiers la réaction du groupe sur un vol « *Un des agents avait été surpris à chaparder dans un service, les membres du groupe lui ont fait comprendre que s'il recommençait il serait dénoncé et exclu de l'équipe* ». Il fait le constat que les brancardiers ont développé une conscience collective de leur qualité de travail et une image positive de leur groupe. Il s'interroge néanmoins sur l'avenir statutaire de l'équipe, de nombreux établissements positionnent des aides-soignants sur ces fonctions. Pour l'instant il a développé une formation à la manutention pour l'ensemble des brancardiers et a souhaité qu'ils perçoivent une prime de chaussures comme les autres soignants.

Il aide l'équipe dans ces initiatives, comme pour la fabrication d'une boîte pour les dossiers à transporter ou la réalisation d'une feuille de bilan d'activités. Il constate l'engagement des brancardiers à travers un absentéisme très réduit (4 jours par agent contre 15 pour les personnels de soins de l'hôpital), l'un d'entre eux avait une entorse « *Il est venu travailler en prenant pendant plusieurs semaines le poste de régulateur* ».

Il reste très sensible au vécu des agents «*Ce qui me marque le plus quand on discute avec eux c'est que certains se sentaient avant comme des moins que rien... Ils ont mis beaucoup de temps à se sentir enfin bien... Tous disent que cette nouvelle organisation à un impact positif sur leur vie professionnelle et personnelle* ».

**Stratégie** : Soutien et valorise les brancardiers auprès des prestataires, souhaite s'investir sur le profil de son poste.

**Commentaires :**

Le cadre de santé a transformé une certaine faiblesse d'encadrement au départ en un management valorisant pour l'équipe. Bien qu'en position hiérarchique, il a su se rattacher au processus d'innovation organisationnelle en favorisant une organisation très participative et fluide qui se traduit chez les brancardiers par la perception d'une certaine autogestion et de leur autonomie. Il discerne l'identité culturelle du groupe ce qui lui a permis de s'intégrer, d'être accepté et de construire une relation de confiance. Il saisit les idées nouvelles émises par les agents et contribue à ce que la plupart d'entre elles aboutissent en innovation.

**Le brancardier 1** : 49 ans, il est brancardier depuis 20 ans (imagerie médicale).

**Objectif** : Il souhaite rester agent des services hospitaliers mais insiste pour ne pas travailler en service de soins où il serait assigné uniquement à l'entretien.

**Profil et position de l'acteur** : Très en retrait dans son travail il dit « *Avoir peu confiance en lui ... ajoutant... Je me dis que c'est normal que je n'ai pas eu mon bac, j'étais trop fainéant... C'est pour cela que je suis resté agent* ». Il souhaitait changer mais pensait aux services logistiques (blanchisserie ou cuisine). Il est venu dans l'équipe par défaut n'ayant pas d'autres perspectives. Il appréhendait cette nouveauté « *En fait je n'arrivais pas à voir dans ma tête comment cela allait fonctionner... C'est difficile d'imaginer quelque chose qui n'existe pas encore* ».

Il accepte les contraintes de la fonction de régulateur qui l'inquiétait au départ, à l'usage il y voit une possibilité de réguler les conflits « *C'est facile quand on est régulateur on peut faire courir le gars ou lui donner le travail le plus pénible... Le gars comprend vite* ». Il trouve aussi de l'autonomie dans le poste car c'est le régulateur qui saisit les priorités des transports. Il est très satisfait de l'accueil dans les unités de soins, il se sent ainsi valorisé puisque sa fonction leur permet de ne plus quitter leur service et bénéficie au confort du patient.

Il est devenu source de propositions et envisage certaines évolutions comme l'amélioration de l'équipement radiophonique avec l'acquisition de téléphones portables qui seraient plus confidentiels et moins sonores que les talkies-walkies. Il pense aussi à l'attribution de matelas de transfert sur l'ensemble des unités afin de faciliter les transferts des patients. Ses attentes visent l'amélioration du roulement existant qu'il juge peu équilibré en repos après le week-end de nuit. Il souhaiterait aussi poursuivre des actions de formation continue, il a beaucoup insisté pour faire celle sur l'informatique pour utiliser au mieux la messagerie par le circuit intranet. Cependant il a demandé 6 fois la formation à la gestion du stress et regrette de ne pouvoir la faire estimant qu'elle l'aiderait considérablement dans son développement personnel. De son point de vue l'impact de cette nouvelle organisation a une influence utile tant sur la qualité du travail que sur l'équilibre et la sensation positive qu'il a de lui-même y compris dans sa vie personnelle.

Le management pourrait évoluer selon lui vers une qualification de contremaître (possibilité d'évolution de carrière au sein du groupe), il évoque aussi l'autogestion car l'équipe lui paraît mature, la directrice des soins serait sollicitée en cas d'arbitrage.

**Stratégie** : Opposition au départ puis adhésion quand l'organisation est devenue lisible.

**Commentaires :**

Désigné par plusieurs cadres et aussi par ses collègues comme un agent en difficulté, replié sur lui-même et sans objectif de progression, le brancardier 1 apparaît bien comme réfractaire dans ce processus d'innovation organisationnelle. Il est opposé en premier lieu pour rester observateur, quand les novateurs sont suivis par d'autres il adhère au fonctionnement car ce dernier devient socialement acceptable et une nouvelle référence. Ce qui surprend le plus c'est le gain considérable souligné par cet agent, il se sent valorisé aux yeux des autres personnels hospitaliers. Lui qui semblait manquer d'intérêt au travail est content dorénavant de venir à l'hôpital, sa vie personnelle s'en ressent il se sent équilibré. On peut voir dans cette appropriation d'une nouvelle identité au travail la permanence de cette acquisition culturelle amenée par le processus d'innovation organisationnelle. Le management de proximité ne lui semble pas primordial, la cohésion du groupe lui apparaît comme l'élément fédérateur de cette organisation. La notion de régulateur interne fonctionne par la capacité qu'a chaque agent d'équilibrer la charge de travail quand il occupe cette fonction. En quelque sorte il inclinerait vers l'autogestion avec un soupçon de provocation à l'égard de l'organisation bureaucratique hospitalière. En réalité sa position vise un soutien et un accompagnement managérial mais sans que cet encadrement inhibe l'autonomie fonctionnelle qu'il a trouvée dans ce nouvel exercice de la fonction de brancardier.

**Le brancardier 2** : 45 ans, il est brancardier depuis 18 ans aux urgences.

**Objectif** : Etre agent des services hospitaliers mais surtout ne pas être confiné à des tâches d'entretien.

**Profil et position de l'acteur** : Cet agent se trouvait en difficulté, il souhaitait ne plus travailler de nuit car il n'arrivait pas à récupérer (depuis il a surmonté cette difficulté à l'aide de son beau-frère qui lui a fait découvrir des bouchons antibruit). Il dit être resté par défaut d'autres perspectives.

Depuis il est enchanté des réactions des personnels de soins « *On est accueilli avec la sensation d'être utile... On peut mettre notre expérience et notre ancienneté au bénéfice du patient... On sait installer la personne, on ne dérange pas le personnel pour la sonnette, le chevet ou le téléphone* ». Cela faisait de nombreuses années qu'il appréhendait de venir au travail, la nouvelle organisation au départ lui semblait floue « *Je ne voyais pas du tout ce que cela pouvait donner... Au début je "jasais" derrière* ». En fait il a découvert une plus grande autonomie dans son travail, il faisait le constat d'une routine professionnelle, aujourd'hui il le décrit comme « *Varié, on est toujours en mouvement... Je me sens utile... La nuit que je redoutais je suis aux urgences comme je connais, tout va bien* ».

Il prend du plaisir à discuter avec ses collègues « *On échange notre expérience, "moi je fais comme ça"... Cela permet d'améliorer la qualité du travail* ». Il s'interroge sur certains dysfonctionnements et souhaite une amélioration de la programmation des examens (dans le but d'éviter au patient de descendre 3 fois en une journée) ou une meilleure gestion des lits de médecine car actuellement il y a 15 mutations par jour par défaut d'hospitalisation initiale dans l'unité adéquate.

Il fait aussi la remarque d'un manque d'organisation standardisée dans les unités de soins pour que tout le matériel qui reste dans le couloir soit toujours positionné d'un même côté pour faciliter les déplacements des patients. Il trouverait cohérent que les brancardiers soient sollicités dans l'achat d'équipements tels que les fauteuils et les lits pour tester la maniabilité de ceux-ci. Il est inquiet par l'absence de marge liée à l'effectif, en cas d'absentéisme la seule possibilité est de réduire l'activité amenant les personnels soignants à brancarder à nouveau.

Il fait la proposition d'organiser une mutualisation des courses à l'image de leur équipe. Sur le management il apprécie le cadre de proximité qui défend la qualité de leur travail mais n'est pas assez actif sur l'effectif.

**Stratégie** : Opposition au départ, il adhère par la suite dès qu'il trouve de l'intérêt dans son exercice professionnel.

**Commentaires :**

Le brancardier 2 était en position de réfractaire à l'innovation organisationnelle, lorsque celle-ci s'est avérée positive sur son travail il a alors rejoint ses collègues dans sa mise en œuvre. Les gains perçus sont conséquents, il se sent utile et voit le fonctionnement de l'hôpital sous un angle plus global. Il a vaincu ses appréhensions notamment pour le travail de nuit et apprécie le travail collectif. Il s'organise de façon autonome dans son activité. Le management est vécu comme un soutien en terme défensif sur les conditions de travail. La finalité cernée reste la qualité du travail au bénéfice du patient. Le brancardier 2 s'interroge sur la continuité du service rendu et reste vigilant sur le dimensionnement de l'équipe en regard de l'activité. Il a le souci de maintenir l'adéquation entre besoin et charge de travail pour éviter les conséquences antérieures à cette organisation.

**Le brancardier 3 :** 41 ans, il est brancardier depuis 20 ans (urgences puis imagerie médicale).

**Objectif :** Etre brancardier sans faire de dépassements de fonction.

**Profil et position de l'acteur :** Il se qualifie de « *Meneur... J'aime participer à l'organisation... J'ai contacté les médecins pour connaître leurs besoins* ». Il est satisfait de l'organisation en place et dit « *Chacun reste à sa place, même si certains services souhaitent que cela soit comme avant... Mais je me dis qu'on est plus leur larbin* ».

Le gain est identifié sur la reconnaissance au travail. Il dit avoir prévu l'ensemble des étapes et n'est pas surpris du temps nécessaire (5 ans) pour la mise en œuvre. Il avait imaginé les problèmes relationnels avec les services d'origine des brancardiers, en fait tous ceux qui ne visualisaient pas l'organisation à venir. Il se dit que chacun travaille dans la routine, il a eu envie de changement et souhaitait l'accompagner et y contribuer. Il apprécie l'autonomie dans la réflexion « *J'avais le sentiment d'avoir carte blanche pour organiser le planning* ».

Il a aidé ses collègues malgré leurs appréhensions. Il a participé au groupe de travail pour « *Ne pas être mangé à toutes les sauces* » mais aussi au stage d'observation dans l'établissement hospitalier ayant centralisé son brancardage. Il souhaitait une organisation commune pour tous les brancardiers. Il est à l'origine de plusieurs propositions dont le planning pour lequel il a travaillé en fonction des besoins en termes de créneaux horaires et en nombres de déplacements. Sur l'avis des collègues il a fait des modifications notamment pour couper la semaine de nuit en deux. La régulation de l'activité permet de poser les congés sur les périodes scolaires sans que cela nuise à la qualité de la prestation.



Il souhaiterait des acquisitions en terme d'équipement d'obus à oxygène et de matelas de transfert pour chaque étage afin d'éviter d'aller les chercher au hasard dans d'autres étages. A l'usage ce brancardier a contribué à l'installation d'un filet à l'arrière du fauteuil roulant pour faciliter le transport du dossier. Il envisage aussi que l'on puisse évaluer les repose-pied et les pieds à perfusion actuellement peu satisfaisants. Il trouverait judicieux qu'on consulte les brancardiers pour le choix des lits, certains sont très lourds et pèsent jusqu'à 170 kilos, la maniabilité est alors très réduite. Il propose aussi d'élaborer des protocoles d'hygiène sur l'entretien des fauteuils et envisage à terme que les brancardiers soient responsables de l'entretien mécanique courant. Il aurait souhaité une évolution statutaire vers une position de brancardier car l'absence de perspective de carrière le dérange. En terme de management il conçoit la nomination d'un chef d'équipe issu du groupe pour ouvrir cette perspective. Il apprécie la supervision réalisée par la directrice des soins qui s'est avérée selon lui un élément moteur et positif du groupe de travail. Ses attentes sont que cette organisation maintienne l'équilibre actuel entre vie professionnelle et vie privée.

**Stratégie** : Engagement dans l'innovation organisationnelle, il est actif tout au long du processus et contribue à mobiliser ses collègues.

**Commentaires :**

Le brancardier 3 a développé une capacité d'anticipation qui a été l'occasion d'être acteur et de conduire le processus organisationnel. C'est un innovateur puisqu'il a intégré cette position dès le départ, en amont, sur la réflexion visant à transformer l'organisation précédente. Il a construit une identité professionnelle forte sur sa position de brancardier et culturellement sur sa contribution au groupe de travail. Sa position sur le management est plutôt centrée vers la supervision avec une régulation interne possible par l'accession à la fonction de chef d'équipe. Le gain vise l'autonomie et la satisfaction d'avoir été un acteur décisif. Il a su gérer ses oppositions avec ses pairs en acceptant d'être rejeté à certains moments. Son rôle d'accompagnement lui a permis de garder une distance lors de ces conflits. En participant au groupe de réflexion il s'est construit une culture professionnelle variée qui ajoutée à ses capacités personnelles de leadership renforce son identité au sein du groupe. Il n'a pas eu peur de prendre des risques mais il a contrôlé cet effet en anticipant au maximum les conséquences attendues par le changement organisationnel. En quelque sorte il a mesuré sa prise de risque et jaugé les limites acceptables. Sa position au cœur du processus d'innovation lui permet de réguler et d'anticiper au besoin car il s'est senti aussi protégé par la directrice des soins.

**Le brancardier 4** : 42 ans, il est brancardier aux urgences depuis 21 ans.

**Objectif** : Souhaitait changer vers une fonction d'agent de sécurité, mais la possibilité de s'investir dans l'organisation à venir l'a conduit à rester dans l'équipe.

**Profil et position de l'acteur** : Visionnaire sur l'organisation à venir le brancardier 4 s'est investi dès le départ, en premier lieu il appartenait à l'équipe des urgences qui était la plus en difficulté « *On était les petites mains* ».

Il a fait partie du groupe de travail et a contribué à analyser et évaluer les activités des 3 équipes de brancardiers avant la centralisation. Il a ainsi fait comprendre à certains collègues qu'ils surévaluaient leurs activités et les a remis dans la réalité. Il n'a pas hésité à se confronter à eux, sa vision sur l'organisation lui a permis de percevoir l'obligation d'un poste de régulateur. Cette fonction avait été observée lors de la visite dans un autre établissement.

Le brancardier 4 a largement contribué à la construction du profil de ce poste, il voyait le poste central comme la caserne des pompiers et chaque agent prend contact avec « *La base* ». Ainsi les services de soins contactent un numéro unique et le régulateur ventile les transports. Conscient de l'importance de l'enjeu, il a commencé par occuper ce poste pour comprendre et anticiper les problèmes et les présenter au mieux à ses collègues. Il a insisté pour l'équipement de talkies-walkies qui lui semblait un instrument indispensable pour établir cette communication.

Il a une bonne analyse de la position de ses collègues et des enjeux en fonction des services d'origine. Il avait conscience que les médecins étaient inquiets de perdre des brancardiers sur place pour une prestation à distance. C'est la régulation qui est la clé du succès, ainsi en début d'après-midi il faut par exemple 3 brancardiers pour aider à monter les patients et désengorger les urgences. Le brancardier 4 a bien saisi qu'il faut tenir compte des priorités et qu'une mutation d'une unité à l'autre peut attendre si un transport plus prioritaire est demandé. Ce brancardier a un bon regard stratégique, il envisageait plusieurs scénarios avec les avantages et inconvénients afin d'opter vers le meilleur fonctionnement. Il résume ainsi « *On cadre 80 % de l'organisation, il reste alors la possibilité de gérer 20 % d'imprévu... Il faut anticiper au maximum, prévoir tous les cas de figure* ».

Ses propositions visent l'informatisation des prises de rendez-vous avec une planification par le réseau intranet. Il s'interroge sur l'environnement hospitalier ainsi l'arrivée d'une imagerie par résonance magnétique l'amène à réfléchir à l'impact sur leur activité. Une meilleure planification des examens permettrait une augmentation de l'activité sans réel souci.

Sa position à l'égard de l'encadrement est imagée : il voit le système hospitalier comme une armée en tant que « *Soldat il prend des risques calculés... On dit des choses mais on gêne moins qu'un cadre... La position serait plus dangereuse pour un cadre* ». Il se considère comme un soldat en harmonie avec son encadrement, il accepte de prendre des risques en ayant calculé certains effets. Il se sent toutefois protégé par sa hiérarchie.

**Stratégie** : Négocier et concilier les avis et positions pour arriver à la mise en œuvre d'une organisation performante et acceptable pour tous.

**Commentaires :**

Le brancardier 4 est un visionnaire, c'est un innovateur de par son engagement et son souci de voir aboutir l'innovation organisationnelle. La valorisation de son travail ainsi que sa position dynamique sont des gains majeurs. Il a su réfléchir aux situations de ses collègues, cette capacité d'analyse et de positionnement stratégique sont des éléments importants pour la réussite du changement. Il a été un des concepteurs de l'organisation (poste de régulateur) au bénéfice du groupe et des prestataires. Il ne cherche pas à s'opposer à l'encadrement mais plutôt à comprendre les enjeux et positions à adopter. Il n'a pas hésité à prendre des risques en calculant leurs effets parce qu'il sentait le soutien de son encadrement de proximité et de la D.S.S.I.

**Le brancardier 5**: 47 ans il travaille depuis 16 ans comme brancardier au bloc opératoire.

**Objectif** : Par défaut il accepte d'être brancardier dans la nouvelle organisation.

**Profil et position de l'acteur** : Au départ il était ambivalent, il a suivi l'évolution de l'organisation tout en espérant qu'elle n'aboutirait pas, l'amenant ainsi à rester au bloc. Il se dit très satisfait par son travail antérieur où il prenait des responsabilités même s'il sait qu'il s'agissait de dépassements de fonctions (aide-soignant ou aide technique). A cet intérêt s'ajoutait des primes de nuit importantes (l'amplitude de 16 heures amenait à des heures supplémentaires dont le montant s'élevait jusqu'à 125 € par mois).

Au final il est satisfait des échanges collectifs « *On dit : "au bloc je faisais ainsi", les autres disent d'autres points... C'est intéressant on a mélangé nos connaissances, chacun a des idées et les communique* ».

Il a pris conscience après coup du stress qu'il subissait au bloc « *En fait maintenant je me sens mieux, je me sens plus calme et je dors mieux la nuit* ». Cependant il garde une certaine nostalgie du bloc et apprécie quand on l'y invite pour boire un café. Il a découvert l'établissement surtout les patients des spécialités médicales dont il ignorait les souffrances.

Cette nouvelle organisation lui permet un contact avec des patients conscients et il apprécie cette relation « *Je vais dans des endroits que je ne connaissais pas... Mais parfois c'est frustrant de faire un trajet aller mais pas le retour avec ce même patient* ». Il a aidé à la structuration de la pièce centrale « *J'aime les plans, je trouve intéressant d'avoir un modèle, de le suivre et d'aider à sa mise en place* ».

Il envisage certaines propositions dont la planification murale de leur activité et l'informatisation des bons de demandes. D'ailleurs il travaille chez lui sur son ordinateur à un projet de bon qu'il présentera par la suite au service informatique pour une mise sur le réseau.

Sur le management il n'a pas d'attente particulière, il conçoit la place du cadre dans la régulation externe (avec les prestataires et les services de soins), le groupe lui paraît capable de faire sa propre régulation interne.

**Stratégie** : Dans le laisser faire du départ il adhère à l'organisation quand il trouve une place d'acteur.

**Commentaires :**

Le brancardier 5 n'a pas adhéré d'emblée à la nouvelle organisation, d'une part le gain ne lui paraissait pas évident, d'autre part en raison d'une perte financière et de considération. C'est sous l'impulsion des innovateurs et de leurs positions qu'il a suivi. Ce serait plutôt un imitateur qui comprend que son activité antérieure n'était pas aussi légitime qu'il le croyait. Il a pris conscience des dépassements et s'aperçoit que son travail est moins pénible physiquement. L'innovation organisationnelle lui a permis de s'investir dans le développement de ses idées personnelles. Cette créativité investie est son bénéfice, associé à une vie collective riche et intéressante. Cette nouvelle identité professionnelle lui apporte un statut valorisant dans l'établissement.

## Synthèse des apprentissages réalisés dans la situation N° 1

### ***Apprentissage d'une identité professionnelle et collective***

L'identité professionnelle est identifiée en terme d'entité sociale capable de générer les règles de fonctionnement de l'organisation. Comme R. Sainsaulieu<sup>20</sup> le précise « *Les entreprises doivent identifier les nouvelles formes d'implication collectives capables de leur permettre de faire face au contexte économique difficile* ». L'auteur précise que « *Plus que jamais la performance économique dépend de la qualité sociale entre les acteurs directs de la production* ». La reconnaissance par le travail est un facteur du processus de reconnaissance de soi et ce quel que soit le grade exercé dans l'entreprise.

Dans le modèle d'organisation observé, les brancardiers ont beaucoup insisté sur ce sentiment positif de valorisation au travail. L'équipe a développé une identité forte qui s'appuie sur la reconnaissance des soignants, des prestataires des plateaux techniques et de l'encadrement dans l'utilité de leur fonction. La trajectoire des individus inclut l'équilibre dans la vie personnelle comme l'évoque le brancardier 1. On retrouve peu de conflits sociaux, l'organisation s'est construite autour d'un consensus satisfaisant pour les acteurs.

### ***Apprentissage culturel de l'innovation***

L'établissement de santé est une bureaucratie professionnelle, cependant dans l'exemple observé la ligne hiérarchique avec le cadre de santé est moins accentuée que dans de nombreux services de soins. Le cadre a composé avec son équipe le roulement, le fonctionnement et l'organisation quotidienne. Il a su entendre et valoriser les idées personnelles et collectives des membres de l'équipe. La fluidité, la communication et la relation de confiance assouplissent l'organisation. Sans être totalement adhocratique, l'organisation autorise les expériences et la révélation de compétences. Les innovateurs ont pris des risques sans courir de danger, la protection assurée par l'encadrement de proximité et la D.S.S.I. a renforcé leur fonction d'innovateurs.

L'organisation est rationnelle mais l'équipe se garde une marge d'incertitude (évolution possible de la charge de travail, transformation des déplacements ou augmentation de ces derniers) sans craindre cet avenir. N. Alter<sup>21</sup> développe cette perspective, il insiste sur cette nécessité pour une organisation d'intégrer l'instabilité et l'incertitude. Le manager aide alors les agents à vivre ce mouvement permanent sans

---

<sup>20</sup> R. Sainsaulieu.- La construction des identités au travail - Sciences Humaines Hors série n°20 – mars / avril 1998, pp. 40-43.

<sup>21</sup> N. Alter. – Organisation et innovation. Une rencontre conflictuelle Sciences Humaines Hors série n°20 – mars / avril 1998, pp. 56-59.

généraliser de malaise, de frustration ou de stress. Dans la situation N° 1 l'équipe se garde une marge de manoeuvre à l'image du brancardier 4 dans son constat de cadrer 80 % de l'activité pour gérer au mieux 20 % d'imprévu. Les agents développent une analyse stratégique, ils anticipent l'analyse des germes existants et envisagent en perspective les tendances plus ou moins lourdes de demain. Cette position est intéressante d'une part parce qu'elle touche des agents des services hospitaliers dont beaucoup n'envisageaient pas un tel engagement. D'autre part parce que cela démontre que même dans une organisation bureaucratique on peut assouplir et fluidifier le fonctionnement. On se rapproche d'une organisation matricielle avec des relations transversales fortes ici entre les brancardiers, les services de soins et les prestataires des examens. Il s'agit d'une mise en réseau des activités de soins au bénéfice de la qualité des soins et du service rendu au patient. On rejoint la pensée d'E. Morin et de J.L. Lemoigne où tout système complexe évolue dans une intelligible imprévisibilité. Si l'organisation est lisible et compréhensible, on peut penser que le personnel pourra gérer cette imprévisibilité dès lors qu'elle fait partie intégrante de l'organisation.

### ***Apprentissage en terme de management***

Le rôle de l'encadrement vise la qualité du travail, l'accompagnement et la supervision de l'équipe. Reprenant la métaphore de D. Genelot, la production managériale a pour mission de laisser éclore les idées et d'aider à leur croissance et leur maturation. La ligne hiérarchique de la D.S.S.I. est posée et acceptée. En ce qui concerne le cadre de santé, certains brancardiers semblent le voir en régulateur extérieur, leur laissant une régulation interne. On retrouve des positions soulignées par N. Alter, les acteurs de l'innovation recherchent de l'autonomie sans toutefois réellement remettre en cause l'entreprise. Dans cette situation le statut limité des agents des services hospitaliers amène ces derniers à souhaiter une évolution de carrière au sein du groupe. Néanmoins ils admettent tous avoir connaissance d'évolutions vers des fonctions de soins sans qu'aucun d'entre eux n'ait le souhait de se former dans ce sens. Le rôle des apprentissages est ici fondamental, comme le souligne H. Mintzberg<sup>22</sup>, c'est l'acquisition des apprentissages qui permet aux projets d'évoluer avec plus de liberté. Le management favorise l'analyse stratégique ouverte sur l'initiative et l'innovation. La finalité du management cible alors l'efficacité (en réponse aux objectifs fixés) et l'efficience (dans une contribution économique acceptable pour l'entreprise).

---

<sup>22</sup> H. Mintzberg – Nous vivons tous dans le culte du changement - Sciences Humaines Hors série n°20 – mars / avril 1998, pp. 16-19.

### 3.4.2 2<sup>ème</sup> situation : Restructuration et réorganisation d'une unité de médecine

**Contexte** : L'établissement de santé a ouvert ses portes en 1977, depuis plusieurs années le plan d'investissement prévoit la rénovation d'une à deux unités de soins chaque été. En 2002 le choix s'est porté sur une unité d'hospitalisation de médecine spécialisée en gastro-entérologie.

**L'existant** a été élaboré à partir d'un groupe de travail réunissant les personnels médicaux, soignants, techniques et la direction. L'animation est assurée par un cabinet de conseil en ergonomie. Ce groupe travaille en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, ses propositions sont ensuite validées par un groupe de pilotage composé du chef de service, du cadre de santé, de l'ingénieur et de la direction. Nous avons observé et mené des entretiens auprès des personnels soignants faisant partie du groupe de travail : le cadre de santé, 2 infirmiers, 4 aides-soignants, 1 agent des services hospitaliers.

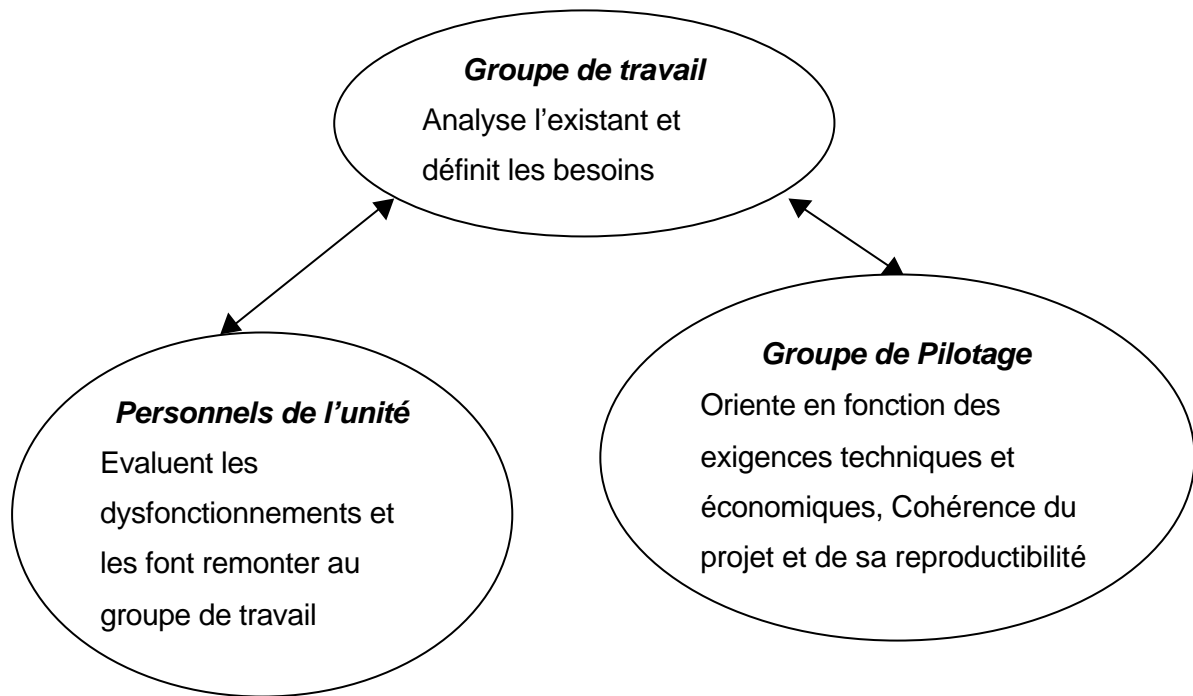
Ainsi à l'issue d'une première réflexion, les besoins suivants sont recensés :

- L'espace visiteur est exigu et peu confortable
- La salle ménage est excentrée et peu fonctionnelle
- L'office est excentrée et exigu
- Les chambres ne possèdent pas d'espace de toilette
- La salle de soins est inadaptée et peu fonctionnelle

**Les objectifs** fixés sont :

- La centralisation des locaux communs de soins (salles de soins, de désinfection, de ménage et l'office).
- La décentralisation de la salle accueil pour les patients et leurs familles afin de créer un espace plus vaste, confidentiel et adapté à toutes les circonstances (situations de fin de vie fréquentes).
- L'aménagement des chambres aux normes de sécurité et de confort.

**La méthodologie** s'appuie sur la réflexion des membres du groupe et de l'étude de fiche synthétique. Chaque fiche vise un local à restructurer, elle est remplie avec l'avis de l'ensemble des membres de l'équipe puis débattue par le groupe de travail pour envisager la solution retenue. Le groupe de pilotage s'assure de la conformité technique et valide le projet définitif selon le schéma suivant :



A terme la finalité est de recentrer le travail des soignants en limitant les déplacements inutiles et de faciliter la communication entre les différents membres du personnel soignant. Comme précédemment nous reprendrons le vécu de l'échantillon interviewé afin d'identifier les objectifs, le profil et la position des acteurs et leur stratégie, puis nous finaliserons les apprentissages issus de cette restructuration.

### ***Le sociogramme des interviewés***

***La coordonnatrice générale des soins*** est la même que pour l'équipe de brancardage, pour cette restructuration son soutien s'est traduit par le recours à un cabinet conseil en ergonomie. Elle suit régulièrement les nouveautés proposées par les services.

***La directrice des soins*** est aussi la même, elle a participé au groupe de pilotage et a accompagné le cadre de santé pendant la restructuration. En prolongement elle a proposé et animé l'élaboration d'un plan de soins guide pour les patients du service.



**La cadre de santé**, 45 ans elle travaille depuis 23 années dans l'hôpital dont 4 dans le service.

**Objectif** : Améliorer les conditions et le déroulement de l'organisation des soins.

**Profil et position de l'acteur** : Elle a fait appel à candidature aux volontaires dans l'équipe pour constituer le groupe de travail, dans un souci d'équilibre et de qualité de l'écoute et de la communication, elle a aussi orienté certains agents plus modérateurs à faire partie de ce groupe.

Elle considère qu'il s'agit d'une représentation véritable « *Droit d'expression du personnel pour faire entendre ses attentes et ses problèmes* ». Le dynamisme du groupe ne fait pas oublier au cadre le temps passé en réunion et qu'elle devra restituer au détriment de l'organisation des plannings. Elle voit sa position comme celle d'un témoin de l'avis de l'équipe « *Mais aussi pour faire comprendre que le groupe de travail est reconnu par l'institution* ».

Elle conçoit les améliorations de l'organisation du travail en binôme par le développement de la qualité de la communication en lien avec la proximité des nouveaux locaux communs de soins. Elle a fait le constat que l'après-midi où le binôme infirmier aide-soignant est numériquement identique (3 infirmières et 3 aides-soignantes pour 3 secteurs de soins), le travail est très apprécié. Il n'y a jamais de difficulté pour trouver des remplacements en cas d'arrêt. En revanche le matin, les effectifs sont différents ce qui conduit les 4 aides-soignantes présentes à travailler sur 2 secteurs alors que les 3 infirmières restent sur 3 secteurs. Le travail est décrit comme plus lourd notamment par les aides-soignantes qui se sentent peu aidées pour le nursing.

La cadre de santé identifie bien les idées personnelles des agents et a soutenu les initiatives des aides-soignantes pour augmenter la taille de la chambre et le réaménagement des cabinets de toilette ou celle de l'A.S.H. sur les sanitaires. Elle a donné son appui pour chercher les innovations technologiques que souhaitait le groupe infirmier. Elle s'attache à respecter la notion de temps et pose sa vision de l'avenir sur une construction collective et participative de l'équipe à cette restructuration.

Ses attentes sont que l'encadrement supérieur lui confère des facilités dans le fonctionnement quotidien, elle recherche de l'autonomie accompagnée « *Une bonne méthodologie et un accompagnement lors de l'organisation des réunions* ».

**Stratégie** : Soutenir et accompagner l'équipe à la mise en place de conditions de travail favorables et d'une organisation efficace.

### **Commentaires**

La cadre de santé à une culture professionnelle variée, elle a la capacité à accompagner son équipe tout en valorisant les initiatives des agents. Cependant sa position ne lui a pas toujours permis de soutenir les demandes du groupe infirmier pour l'aménagement de la salle de soins. Il semble toutefois qu'il lui soit plus facile d'identifier les propositions des acteurs lorsque ceux-ci savent s'affirmer. Néanmoins elle protège les acteurs impliqués dans l'innovation organisationnelle comme les aides-soignantes et l'A.S.H. Son style de management lui a permis d'établir une bonne relation de confiance avec l'équipe, elle fait preuve de capacités d'écoute et de communication.

**L'infirmier 1**, âgé de 31 ans, il travaille depuis 10 ans en gastro-entérologie.

**Objectif** : Contribuer à l'aménagement d'une salle de soins adaptée.

**Profil et position de l'acteur** : Il ne croit guère à la démocratie des réflexions « *Moi j'ai l'impression que c'est le groupe de pilotage qui décide de tout* ». Il est déçu par le résultat final sur cet aménagement, il souhaitait comme le reste du groupe que le coin réservé aux transmissions et temps de réflexion soit central dans la pièce et non plaqué au mur (cela conduit à ce que les infirmiers se tournent le dos au lieu de pouvoir communiquer facilement).

Il a apprécié l'assistance du cabinet d'ergonomie car ce dernier a proposé des plans en trois dimensions qui facilitent la visualisation à venir des espaces. Cependant il trouve l'ergonome peu imaginaire et pauvre en certains conseils d'équipements (l'équipe aurait souhaité un bras articulé dans les chambres, les essais réalisés l'ont été grâce aux recherches faites par le personnel).

Paradoxalement il a eu la possibilité de contribuer au choix des couleurs de décoration mais ne s'est pas exprimé au cours de la réunion sur ce thème. Il trouve intéressante cette expérience car elle lui a donné l'occasion de travailler les organisations et la négociation « *Même si elle s'est faite à partir de choix orientés* ». Il a parfois l'impression qu'on l'a laissé réfléchir pour donner après coup des contraintes technologiques ou économiques qui annulent la réflexion initiale.

Sa position vis-à-vis du cadre reste marquée par une certaine réserve, ainsi le fait qu'elle soit la seule à participer au groupe de pilotage diminue la transparence de ce fonctionnement. Il conserve en fin de compte un doute sur la capacité du cadre de santé à retraduire l'intégralité des réflexions du groupe de travail.

**Stratégie** : S'implique peu et reste très en retrait, observe sans agir réellement par manque d'intérêts et de bénéfices.

### **Commentaires**

Ce jeune infirmier est venu sur sollicitation du cadre, il s'est avéré un élément régulateur sans grande force de propositions. En fait il aurait préféré s'investir davantage sur les équipements et leurs aménagements. Il n'a pas souhaité s'investir sur le choix de la décoration car il n'a pas pu s'impliquer sur ce qui l'intéressait vraiment. Il voit l'encadrement comme un soutien défensif des revendications de l'équipe, cependant il doute parfois de la transparence des réflexions auxquelles il ne participe pas. Il serait plutôt imitateur mais n'ayant pas de gains majeurs il pourrait rester en retrait voire être réfractaire.

**L'infirmière 2** : a 34 ans, elle travaille depuis 13 ans dans l'hôpital dont 7 dans le service.

**Objectif** : travailler dans des conditions ergonomiques et faciliter l'organisation des soins.

**Profil et position de l'acteur** : Elle est satisfaite d'apporter son point de vue, tout en comparant l'intérêt de cette participation à l'importance du temps pris par l'ensemble de ces réunions « *L'investissement est énorme par rapport au retour* ».

Elle trouve que certains choix sont limités ainsi pour la salle de soins elle était de l'avis de ses collègues et souhaitait une position centrale du plan pour faciliter la communication. Elle comprend néanmoins que l'architecture proposée tienne compte des réflexions faites par d'autres services pour optimiser l'espace. D'ailleurs elle est allée visiter une unité rénovée afin de se rendre compte des plans existants.

Elle décrit sa participation de façon positive mais aurait voulu « *Des réunions plus concrètes, plus rapides et une meilleure articulation avec le groupe de pilotage* ». Elle s'est investie dans diverses nouveautés telle que la création d'un passe-plat entre la salle de soins et celle de désinfection évitant ainsi des déplacements inutiles. Pour les infirmières de nuit elle a soutenu l'installation d'une lumière adaptée pour entrer et surveiller le patient sans nuire à la qualité de son repos.

Pour l'organisation elle a anticipé les aménagements en lien avec les horaires des 35 h, ainsi conformément à ce qui a été retenu par l'équipe elle commence par lire les dossiers de soins puis interroge sa collègue pour les transmissions des données significatives et celles qui posent problèmes. Cet aménagement permet de travailler en 7 h

30 par jour et en optimisant les chevauchements entre équipes. Pour le binôme entre infirmiers et aides-soignants elle n'envisage pas de modifications à venir pour le matin en raison de la disparité numérique entre les catégories professionnelles.

Ses attentes à l'égard du cadre de santé sont un soutien et une écoute des besoins de l'équipe.

**Stratégie** : Participe partiellement au processus organisationnel n'ayant pas suffisamment de bénéfices perçus.

**Commentaires :**

L'infirmière 2 fait preuve d'anticipation dans l'application de la réorganisation des horaires. Pour les innovations qui lui importait le plus elle reste sur le sentiment d'un choix limité mais le comprend dès lors qu'il s'inscrit dans une politique institutionnelle. On sent une potentialité d'innovation qui n'a pas pu prendre tout son déploiement. Elle a une vision collective du travail, mais ne cherche pas à améliorer le travail en binôme le matin, les perspectives de la proximité des locaux développées par la restructuration ne sont pas exploitées.

**L'aide-soignante 1** : 48 ans, elle travaille à 75 % depuis 23 ans dans l'hôpital dont 17 en gastro-entérologie.

**Objectif** : Travailler dans de bonnes conditions.

**Profil et position de l'acteur** : Elle souhaite principalement s'inscrire dans un groupe de travail concret. En effet précédemment elle a eu une expérience de 3 ans à la C.S.S.I. dont elle dit « *J'avais le sentiment d'être une potiche. Je me sentais seule et je n'ai pas réussi à m'exprimer. J'en garde un sentiment d'amertume* ».

Dans le cas de la restructuration elle a trouvé une autre position « *On était entre collègues, je trouve important de participer car on rouspète assez de ne pas pouvoir donner son avis, quand on en a l'occasion il faut y aller... Je trouvais que ce projet avait un impact important sur mon environnement de travail, surtout pour l'office et l'installation des interphones* ».

Elle est très centrée sur une architecture fonctionnelle qui permet de gagner de l'espace comme les chevets remplacés par des tiroirs installés sur le mur de la chambre. Le travail avec l'ergonome lui a semblé intéressant, les discussions de groupe et en sous-

groupes avec les collègues lui paraissent profitables même si cela consomme du temps et de l'énergie.

Elle cible bien l'intérêt de cette participation « *C'est de gagner en amélioration sur notre environnement et sur notre organisation de travail* ». Ayant une culture professionnelle ancienne, elle a demandé à travailler dans une unité restructurée pour voir comment fonctionnait certains aménagements que proposait l'ergonome comme les interphones. Elle a trouvé intéressant de se confronter à la réalité pour donner son avis et au besoin la manière dont on pourrait l'appliquer dans le service de gastro-entérologie. Ainsi elle a contribué avec une collègue à faire évoluer l'installation de l'espace toilette pour augmenter la taille de la chambre. Pour les couleurs de décoration cela lui a donné aussi des perspectives, cependant lors du groupe sur le choix des couleurs il lui a semblé que le choix n'était pas aussi libre qu'elle l'aurait espéré. Elle a pris conscience que les harmonies de couleurs limitaient certains choix, la couleur framboise demandée par l'ensemble des collègues ne s'accordait avec les autres couleurs retenues pour les pièces et les chambres.

Le management du cadre de santé lui convient, elle se sent écoutée et trouve qu'elle peut exprimer ses opinions. Sur l'organisation elle s'inquiète du passage aux 35 h et de la diminution du chevauchement entre les équipes. Cependant sans mettre en avant de points précis elle considère « *On peut aussi voir et trouver des idées d'aménagements* ».

**Stratégie :** Participer aux réflexions, faire passer ses idées personnelles dans l'aménagement des pièces et l'organisation à venir.

**Commentaires :**

L'aide-soignante 1 est constructive, elle a participé activement au groupe de travail ce qui représente un bénéfice en regard de son expérience passée lors de la C.S.S.I. Elle insiste sur la possibilité de communiquer ses appréciations personnelles et les décisions prises lui semblent plus intéressantes car elle a le sentiment qu'elles reflètent bien sa participation. Elle serait plus imitatrice en ce sens qu'elle suit le mouvement, mais ne cherche pas à l'anticiper. Sa position vis-à-vis de l'encadrement vise l'attente d'une écoute, d'un soutien et de conseils méthodologiques.

**L'aide-soignante 2 :** 40 ans elle travaille depuis 20 ans dans le service de gastro-entérologie.

**Objectif :** Souhaite changer après 20 ans dans la même spécialité mais compte rester dans un premier temps pour apprécier les nouvelles conditions de travail.

**Profil et position de l'acteur :** Elle a eu également une expérience de travail de groupe sur des protocoles d'hygiène et sur le tutorat des élèves aides-soignants, pour la restructuration elle dit « *J'apprécie de pouvoir dire ce que je pense. Je trouve que cela demande un certain courage et de faire en sorte que ce que l'on souhaite puisse aboutir* ».

Le travail avec l'ergonome lui a paru important même si certaines questions ne sont pas étudiées comme le risque d'avoir des débordements d'eau lors des douches dans l'espace toilette. Elle trouve que les pièces communes pour les aides-soignantes et l'A.S.H. ont été assez vite étudiées et que l'on a passé trop de temps sur la salle des soins infirmiers. Pour le choix de la décoration des couleurs, elle est déçue que la base framboise n'ait pas été retenue mais elle constate que lorsqu'un accord se fait sur une seule couleur ce n'est pas suffisant. Elle fait le constat qu'il aurait fallu travailler davantage les harmonies pour arriver à un choix qui soit vraiment collectivement accepté.

Elle est très satisfaite du regroupement des lieux communs de soins qui amènera une meilleure coordination entre les aides-soignantes et les infirmiers. L'équipement de sonnettes avec interphones lui paraît particulièrement opérationnel. L'attente vis-à-vis du cadre correspond à ses souhaits, elle se sent écoutée et soutenue notamment par la position du cadre de santé dans la préparation des réunions.

**Stratégie :** S'associe au mouvement de restructuration et donne son point de vue.

**Commentaires :**

L'aide-soignante 2 est positive, son expérience professionnelle lui permet d'envisager cette restructuration en amenant ses idées personnelles. Sans être totalement à l'instigation des innovations possibles elle suit le mouvement. Elle correspondrait plus à un profil d'imitateur en s'impliquant dans le processus d'innovation au fur et à mesure qu'elle en perçoit les enjeux et les bénéfices. Elle a gagné dans cette participation une vision positive du travail en groupe, il lui paraît plus concret de travailler dans les limites de son service et avec ses collègues dans le but d'améliorer directement ses propres conditions de travail.

**L'aide-soignant 3 :** 43 ans, elle travaille depuis 20 dans l'établissement à 75% dont 2 dans le service.

**Objectif :** Travailler dans de bonnes conditions.

**Profil et position de l'acteur :** Elle trouve intéressant de participer à un groupe de travail, ce n'est pas une obligation mais bien un volontariat. Elle a apprécié la présence de l'ergonome qui a suivi des matinées de travail sur les toilettes pour conseiller au mieux l'équipe sur les aménagements des chambres et des lieux communs de soins.

Elle dit du fonctionnement en groupe que « *Chacun a pu s'exprimer... Les aides-soignantes ont participé activement, on laissait une feuille avec nos remarques et propositions à l'office et nos collègues pouvaient en discuter et écrire leurs commentaires. On en discutait alors aux transmissions* ». Elle envisage une organisation du travail plus fonctionnelle et une communication adaptée « *Avec la rénovation les locaux communs de soins seront tous à proximité. Avec le nouveau système de report à l'office, ce sera pratique pour répondre aux sonnettes on pourra connaître la demande du patient et ce sera la bonne personne qui sera prévenue. Avant on répondait à tout alors qu'il pouvait s'agir d'une demande pour une infirmière pour changer une perfusion... Même le matériel sera tout proche* ».

Le travail réalisé sur l'office lui paraît concret et efficace « *L'emplacement au milieu du couloir est fonctionnel, la pièce sera plus intime. En alignant l'ensemble des placards du même côté on a gagné de la place* ». Une réunion sur le choix des couleurs des pièces avait suscité une préparation avec l'équipe, l'aide-soignante 3 était arrivée pour défendre une proposition collégiale d'avoir des entourages de portes et les mains courantes en framboise écrasée afin « *De donner de la couleur, de la gaieté et de la vie* ». En fait elle regrette l'absence de plans de simulation comme l'avait fait l'ergonome sur l'architecture des pièces. Les acquisitions techniques comme les lits électriques, les matelas de transfert sont des éléments de confort pour les patients et le personnel.

Ses attentes à l'égard du cadre sont de l'écoute mais aussi de garder à l'esprit l'adéquation entre la charge de travail et l'effectif.

**Stratégie :** Participe au processus de restructuration dès qu'elle le voit clairement avec la perspective de bénéfices dans son organisation de travail.

**Commentaires :**

L'aide-soignante 3 participe à la réflexion sur la restructuration, elle suit le mouvement plus qu'elle ne l'anticipe. Elle est davantage imitatrice dès lors qu'elle envisage des bénéfices sur ses conditions d'exercice professionnel. Elle a des gains sur le déroulement des conditions de travail, l'organisation à venir lui semble aussi plus fonctionnelle du fait de la proximité de l'ensemble des membres de l'équipe soignante.

**L'aide-soignante 4** : 50 ans travaille depuis 23 ans dans l'établissement dont 14 ans en gastro-entérologie.

**Objectif** : Travailler dans de bonnes conditions et auxquelles elle aura participé.

**Profil et position de l'acteur** : Elle trouve que la participation au groupe de travail est positive et qu'elle a pu exprimer ses opinions. Très impliquée dans l'aménagement des chambres et du cabinet de toilette, elle a souhaité pouvoir observer et travailler dans une unité rénovée afin de voir si des améliorations étaient possibles « *Je trouvais les chambres trop petites... Cela m'a permis de travailler l'espace d'aménagement du cabinet de toilette et de trouver de la place, on a gagné 10 cm pour les chambres. J'avais emmené mon mètre pour vérifier si on pouvait inverser la robinetterie* ».

Elle a pu exposer ses propositions au groupe et ces dernières ont été retenues. A cet ajustement s'ajoute l'équipement mobilier avec des placards plus petits, la suppression du chevet qui sera remplacé par un système de tiroir intégré au mur, enfin la table sera escamotable (un modèle est en essai actuellement) l'ensemble de ces éléments permet de gagner encore en volume pour la chambre. Elle a contribué à réfléchir sur leur adaptation dans l'unité.

Elle trouve ainsi que les aménagements réalisés dans son unité seront plus fonctionnels, dans le service observé la hauteur des placards dans l'office était légèrement trop basse obligeant certaines personnes à baisser la tête, l'aide-soignante 4 est donc contente de son déplacement qui a conduit à éviter ces erreurs.

Ses attentes sur l'encadrement sont satisfaites, elle trouve le cadre dynamique et positive.

**Stratégie** : S'implique tout au long du processus de restructuration.

**Commentaires :**

L'aide-soignante 4 est parmi les plus active, elle n'a pas hésité à aller travailler 2 jours dans une autre unité afin de se confronter à une autre réalité pour influencer le projet en cours. Elle a anticipé certains points de friction comme la taille de la chambre, sa contribution a permis d'augmenter légèrement cet espace. Elle ressent un gain positif et le sentiment que sa participation a été fructueuse et active. Son profil viserait plus l'innovation, bien qu'elle ne soit pas totalement à l'origine du projet de rénovation elle y participe dès le début et accompagne la démarche. Sa position à l'égard du cadre vise d'ailleurs cette notion d'écoute et de soutien dans la mise en œuvre des idées personnelles des agents.



**L'agent des services hospitaliers** : 51 ans, elle travaille depuis 23 dans l'hôpital et depuis 1 an dans ce service.

**Objectif** : Travailler dans de bonnes conditions et selon ses initiatives.

**Profil et position de l'acteur** : Elle décrit sa position dans le groupe de travail comme l'occasion « *De s'engager à fond car j'avais peur que les choses ne changent pas. Je trouve que cela sera un plus pour les patients* ».

Elle est seule dans sa fonction et a de bonnes relations avec l'ensemble de l'équipe. Un peu en retrait au départ elle s'est affirmée au fur et à mesure. Elle trouve cependant que l'équipe raisonne en fonction de ses intérêts « *Les médecins et les infirmiers ne s'intéressent qu'à la salle de soins et peu aux autres pièces* ».

Elle a pu s'appuyer sur la présence de l'ergonome pour obtenir des hauteurs de barres de suspensions à sa taille. Par ailleurs elle a choisi des couleurs au sol faciles à entretenir.

Elle n'hésite pas à intervenir sur l'entretien et c'est sur son initiative que l'abattant des sanitaires a été supprimé. Ce service de gastro-entérologie accueille des patients atteints d'hémorragie digestive et cet aménagement des sanitaires est plus hygiénique. Elle s'est investie dans l'organisation de la pièce de ménage pour laquelle les armoires de linge seront plus fonctionnelles. Elle est aussi satisfaite du système d'appel-malade qui permet au patient de contacter la personne adaptée à son besoin.

Elle dit avoir appris « *A s'affirmer et à faire respecter son travail* » ce qui la conforte à la différence d'une expérience plutôt négative en gériatrie. En effet au cours de son exercice dans ce secteur elle était selon les besoins A.S.H. ou aide-soignante.

Elle est plus satisfaite par sa position actuelle où son travail correspond à son domaine de compétences mais dans un environnement qu'elle aura choisi. Elle s'est appuyée sur le soutien du cadre de santé dont elle apprécie l'écoute.

Elle qualifie la cadre « *D'élément moteur de l'équipe* » ce management lui permet de se sentir « *Respectée dans ce que je fais, c'est ce qui me donne ma motivation* ».

**Stratégie** : Adhère à la restructuration, elle participe au processus tout au long de son déroulement.

**Commentaires :**

L'A.S.H. a développé une identité professionnelle forte alors que par le passé elle se sentait dévalorisée. Son implication lui a permis de faire aboutir des idées quotidiennes pleines de bon sens qui facilitent l'organisation de son travail. Elle apprécie le travail en équipe et a un regard global sur le fonctionnement du service sans oublier la place prépondérante de la personne soignée. Son attente vis-à-vis du management cible l'écoute, la communication et la valorisation du travail. De son point de vue d'A.S.H. elle s'appuie sur la cadre de santé dans ses relations aux services logistiques. Elle est volontaire, même si cette A.S.H. n'est pas à l'initiative de l'organisation elle accompagne l'ensemble du processus et se positionne à certains moments comme un innovateur.

***Synthèse des apprentissages réalisés dans la situation N° 2******Apprentissage d'une identité professionnelle et collective***

La situation N° 2 se déroule dans un service de soins, il existe d'emblée une identité culturelle forte. Néanmoins cette restructuration n'a pas les mêmes effets selon la catégorie professionnelle. Certains individus ont amorcé cet apprentissage culturel et collectif, ainsi la coopération est marquée entre les aides-soignantes et l'A.S.H., le groupe infirmier est resté en retrait ayant peu d'expérimentation à faire avec pour conséquences peu de connaissances à produire et à confronter. Les infirmiers se sont centrés sur un aménagement spécifique et ne semblent pas avoir bénéficié du travail collectif du groupe de travail. Les aides-soignantes et l'A.S.H. ont des gains plus importants, ces professionnelles avaient moins l'habitude d'être sollicitées ainsi ont-elles participé plus activement pour donner leur point de vue. La reconnaissance au travail est donc plus forte pour ces deux dernières catégories professionnelles.

### ***Apprentissage culturel de l'innovation***

L'organisation bureaucratique hospitalière est plus marquée dans la situation N° 2, en effet la politique institutionnelle s'appuie sur les rénovations antérieures à chaque restructuration. Sans communication préalable cela peut apparaître comme une organisation rigide à l'intérieur de laquelle les agents ne peuvent pas s'impliquer. Ainsi les infirmiers ont-ils développé une position de réflexion inhibée par des choix orientés par le projet d'établissement. En revanche les aides-soignantes et l'A.S.H. ont su aller au-delà et développer une créativité même si certains aspects leur étaient imposés comme la localisation des pièces. Ces agents ont réagi face à cet environnement en créant des opportunités (notamment en travaillant dans une autre unité) qui se sont avérées pertinentes et judicieuses. Cependant l'organisation du travail en binôme a été peu exploitée par l'ensemble des personnels de soins, peut-être est-il trop tôt à moins que la confrontation à la réalité soit nécessaire pour que cette équipe envisage les impacts de la proximité des lieux de soins dans l'amélioration de l'organisation du travail. La cadre de santé est plus sensible à cette perspective car sa mission lui permet d'avoir une vision plus globale dans l'institution.

### ***Apprentissage en terme de management***

La position de l'encadrement est prégnante, les personnels de soins font référence au cadre de santé pour l'élaboration des plannings et des organisations de soins. Bien que travaillées en équipe, la cadre de santé influe sur ces organisations dans le respect de la politique de l'établissement. Toutefois les demandes du personnel en terme de management sont clairement exprimées, elles visent l'écoute, la communication, le soutien, l'accompagnement et la valorisation des personnels et de leurs activités.

Néanmoins l'impression d'être limité est resté dans l'esprit des infirmiers, ce groupe professionnel n'a pu évoluer de façon positive et créative comme les autres agents. La cadre de santé a perçu partiellement ce désappointement, révélant ainsi la difficulté à manager l'innovation quotidienne. Il faut en effet que l'encadrement puisse appréhender l'ensemble des positions des acteurs pour réagir et conduire l'équipe dans une dynamique de l'innovation. L'analyse stratégique s'avère intéressante, elle permet de situer les individus au sein de leur groupe et dans l'institution, on peut alors percevoir la production ou l'absence des gains indispensables à l'épanouissement et la motivation des personnels.

## 3.5 SYNTHÈSE COMPARATIVE ENTRE LES SITUATIONS OBSERVÉES

### 3.5.1 La trajectoire de l'innovation

Reprenant le cadre conceptuel, nous déclinons l'innovation à partir des étapes liées au temps, aux bénéfices acquis par les agents, à la qualité développée et aux résultats.

#### ➤ **La temporalité du projet**

La situation N° 1 s'étale sur un espace temps assez long (5 ans), en un sens cela a permis à l'ensemble des acteurs de faire un bilan de leurs activités respectives, de discuter et d'échanger sur l'organisation en place et ses dysfonctionnements. Le brancardier 3 estime que ce temps a été nécessaire pour construire ce processus d'innovation organisationnelle, c'est-à-dire d'envisager le changement et la dynamique qui conduit à le mettre en place. Cependant l'ensemble des brancardiers s'accorde aussi à penser que cette nouvelle organisation aurait pu être mise en place depuis longtemps, dans ce cas ils posent la question du temps suffisant et nécessaire pour conduire un tel processus, à vouloir aller trop vite on ne pourrait impliquer les acteurs, à laisser du « temps au temps » on peut aussi perdre le fil conducteur. La situation N° 1 est positive sur cette perspective et même si un projet s'étale dans le temps cela peut être acceptable à condition que chaque étape soit circonscrite dans la durée. C'est ce qui s'est passé puisque chacune des 3 étapes du projet a toujours été conduite par la même personne et dans des conditions déterminées : buts, objectifs, moyens, déroulement...

En revanche la situation N° 2 est d'emblée très délimitée, la restructuration est liée à des travaux et l'emploi d'une entreprise extérieure au centre hospitalier. Cet espace temps très circonscrit ne rassure pas l'ensemble des acteurs, comme l'infirmier 1 qui a rapidement l'idée que « *Tout est joué d'avance* ». L'appropriation du projet est aussi très différente, on sait que cette étape demande justement du temps pour que les idées cheminent et soient débattues en équipe afin d'être collectivement partagées. Le déroulement d'un processus d'innovation organisationnelle doit être très clairement positionné dans le temps tout en laissant des moments de synthèse partagée et probablement une vérification des appropriations réalisées par les acteurs du projet afin que toute étape s'enclenche sur l'acquisition de la précédente.

### ➤ **Les bénéfices**

La notion de bénéfice caractérise le processus d'innovation, dans le cas de la situation N° 1 les effets sont ressentis d'emblée pour les acteurs très impliqués qui anticipent ces bénéfices dans leur organisation de travail à venir. Pour d'autres il faut attendre un premier effet comme pour le brancardier 5, ce qui le conduit à adhérer à l'innovation et à s'investir en retour. Enfin il reste des agents qui ont besoin que l'ensemble du groupe bascule pour être confrontés au choix, il s'avère que plutôt que de résister ils agissent quand l'organisation est en place et transparente (brancardiers 1 et 2).

Dans la situation N° 2 les bénéfices sur l'organisation à venir sont beaucoup moins sensibles aux yeux des acteurs. Chacun voit ce qui l'intéresse en fonction de sa position, ainsi les infirmiers attendaient une salle de soins conviviale, le peu d'investissement qui leur a été laissé les inclinent à ne pas voir l'intérêt de la proximité de l'ensemble des locaux communs de soins. Les infirmiers ne semblent pas intéressés par ce quotidien comme par exemple d'être appelés directement par le patient (système de sonnette avec report en salle de soins et à l'office) en ayant connaissance de son besoin. En effet antérieurement l'aide-soignante venait les chercher pour leur dire que tel patient avait besoin de tel soin. Cet accès direct à la demande du patient ne leur donne pas de bénéfice immédiat. En revanche les aides-soignantes et l'A.S.H. sont très largement bénéficiaires s'épargnant bien des déplacements inutiles, elles ont vite anticipé l'intérêt dans le déroulement de leur organisation de travail avec beaucoup moins d'interruption de leurs activités. Par ailleurs la proximité pourrait aussi améliorer le travail en binôme le matin avec des possibilités au moins de se rencontrer et d'échanger qui n'existent pas actuellement. Cette communication n'est pas évoquée par les acteurs, les aides-soignantes voient la possibilité de transmettre des informations aux infirmiers mais elles n'envisagent pas que certains soins soient réalisables conjointement comme cela se fait dans le travail en binôme l'après-midi. On le voit, il est fondamental que l'encadrement anticipe les bénéfices d'une organisation pour les objectiver et permettre aux acteurs de s'inscrire dans l'avenir. D'ailleurs cette notion de vision anticipatrice est importante, plusieurs catégories professionnelles ont souligné qu'ils ne « Voyaient pas » l'organisation à venir (les brancardiers 1 et 2, les médecins des urgences et du bloc opératoire, les infirmiers de la situation N° 2). Le recours à une méthodologie d'analyse stratégique peut aider les cadres à mieux comprendre la position des acteurs et des groupes professionnels pour anticiper leurs réactions et pour prendre le temps de mesurer les bénéfices à venir dans l'organisation. Il devient alors possible de rendre d'une part plus lisible l'organisation à venir et d'envisager des scénarios et une stratégie qui permettront aux acteurs de choisir et de s'impliquer dans l'innovation organisationnelle.

### ➤ **La qualité**

L'innovation organisationnelle s'engage dans une démarche qualité, dans la situation N°1 on peut constater que les agents prennent conscience de la qualité de leur travail, ils souhaitent que leurs prestations satisfassent les services (de soins et médico-techniques) mais surtout le patient. Comme l'évoquent l'ensemble des brancardiers les patients ne souffrent plus d'interruption dans leurs soins, le déplacement est assuré quand le patient est prêt, à l'exception des examens non programmés, l'activité de brancardage est plus confortable pour le patient. Les améliorations souhaitées par les brancardiers vont dans le sens de la démarche qualité, ils souhaitent une informatisation des rendez-vous avec un accès sur le réseau intranet. Ils posent la question d'une programmation cohérente qui éviterait qu'un patient ne descende plusieurs fois dans une même journée. Ce sont des indicateurs forts de l'inscription de ces professionnels dans une vision qualitative, ils ont développé une conscience collective de la qualité de leur travail au bénéfice du patient dans le cadre d'une relation client fournisseur avec les autres professionnels de l'établissement.

Dans la situation N° 2 la vision globale et l'inscription dans la politique qualité de l'établissement est moins perceptible. Les acteurs de l'équipe de soins semblent centrés sur une organisation individualisée, seule l'A.S.H. évoque « *Plus de confort* » pour le patient, les infirmiers et les aides-soignantes sont focalisés sur leurs conditions de travail. Il n'y a pas dans cette situation de recherche de traçabilité de l'organisation ou de contrôle qualité auprès du patient, les agents n'ont pas intégré comme dans la situation N° 1 une vision prospective avec des pistes d'amélioration possibles de leur travail.

Le processus d'innovation organisationnelle quand il est intégré par les acteurs développe une vision qualitative du travail avec, dans le cas de la centralisation du brancardage, une implication très forte dans un corps professionnel qui est plus volontiers cité dans des oppositions au changement ou une revendication syndicaliste forte.

### ➤ **Les résultats**

L'innovation associe une combinaison entre l'efficacité (atteinte des objectifs fixés) et l'efficience (incluant les ressources mises en œuvre et l'usage social). Dans la situation N° 1 on peut constater l'efficacité de l'organisation puisque les services en amont ne brancardent qu'à titre exceptionnel les patients et les services techniques prestataires reçoivent les patients en temps voulu. L'efficience est atteinte en regard du nombre réduit de l'équipe 15 brancardiers maintenus sur une équipe de 18,25 au départ avec le gain d'un poste de régulateur.

Si l'opération se solde par 2,75 postes aides-soignants alloués pour les services prestataires c'est que l'impact organisationnel a permis de travailler sur l'adéquation avec les qualifications requises. En effet précédemment l'organisation de l'équipe consommait moins de ressources humaines mais admettait un dépassement de fonctions inadmissibles dans le cadre d'une démarche qualité. Les brancardiers envisagent même l'évolution de leur activité avec des hausses sur certains déplacements (imagerie par résonance magnétique) compensée par l'efficacité organisationnelle (informatisation et programmation des examens).

Dans la situation N° 2 il n'y a pas de recherche d'efficacité organisationnelle au-delà du travail en binôme réalisé l'après-midi. Chacun fait le constat que c'est plus intéressant de travailler dans cette tranche horaire et que le travail y est de qualité. Mais il n'y a pas de volonté pour ouvrir la réflexion sur le travail du matin, a contrario les équipes se focalisent sur l'adéquation numérique et n'envisagent la réflexion que si les équipes d'aides-soignantes et d'infirmiers sont identiques. Seule la cadre de santé reste déterminée pour continuer sur cette amélioration de l'efficacité organisationnelle, le but final étant bien la collaboration des professionnels dans une synergie au bénéfice du patient (éviter là aussi de déranger trop souvent le patient par des passages intempestifs des personnels de soins). L'efficacité organisationnelle n'est donc pas atteinte, quant à l'efficience elle correspond pour le moment à une adéquation à des ratios souhaités mais non au résultat d'une étude en fonction de la charge réelle de travail et des pistes d'amélioration possibles.

### **3.5.2 Les profils des acteurs du processus d'innovation organisationnelle**

Le modèle conceptuel décrit les acteurs du processus en innovateurs, imitateurs et réfractaires. La situation N° 1 fait apparaître des profils marqués, les brancardiers 3 et 4 s'avèrent être des innovateurs dans l'organisation. Ils anticipent l'organisation à venir, se positionnent, entraînent leurs collègues au prix d'une opposition voire d'un risque de rejet possible. Ils collaborent sans s'opposer à l'encadrement de proximité et à la direction avec la finalité de voir l'organisation qu'ils espèrent se mettre en place. Ils deviennent marginaux sécants car ils brisent les habitudes en place alors qu'il ne s'agit pas d'une culture habituelle dans leur corps professionnel. Ils sont pionniers et s'investissent dans l'innovation avec la création du poste de régulateur et l'élaboration de son profil de poste. Ils n'ont pas craint d'être en dissidence se sentant soutenus par l'encadrement et la direction. Le brancardier 5 est plutôt un imitateur, attendant que les innovateurs se confrontent à la réalité pour l'intégrer dès qu'il en perçoit les avantages. Les brancardiers 1 et 2 sont des réfractaires qui adhèrent à l'organisation quand cette dernière devient socialement acceptable.

Les acteurs de la situation N° 2 sont plus nuancés, sur certains domaines l'aide-soignante 4 et l'A.S.H. font preuve d'un profil d'innovateur. Elles s'engagent chacune à sa façon sur une recherche d'amélioration du projet, elles sont créatives et sont très satisfaites de pouvoir faire vivre leurs idées personnelles. L'infirmière 2 montre des potentialités elle n'hésite pas à anticiper l'organisation en lien avec les horaires liés au passage aux 35 h. cependant elle ne se sent pas autorisée à plus de créativité dans le groupe de travail et finit par être passive et fataliste. L'infirmier 1 dévoile aussi des souhaits, leur abandon le laisse dans la frustration et l'inhibe ainsi dans sa position au sein du groupe de travail. La cadre de santé reste plus positive mais sa bonne connaissance et son positionnement dans l'institution lui permettent de trouver un sens à sa participation.

### **3.5.3 Le management de l'innovation organisationnelle**

Nous avons éclairé notre réflexion par le management de la complexité illustré par D. Genelot selon le parcours de la reproduction de la vie : éclosion et déclaration des idées, fécondation, gestation, naissance et éducation.

➤ ***L'éclosion et la déclaration*** des idées nécessitent une communication élargie afin que l'ensemble des acteurs puisse s'exprimer.

La situation N° 1 invite à la discussion, à l'échange et au débat, l'organisation ne semble pas rigidifiée dès le départ et les agents ont bien senti qu'ils pouvaient s'impliquer : ils l'ont fait bien évidemment en fonction de leur profil. Le cadre de santé, aidé et soutenu par la directrice des soins, a joué ce rôle d'accueil des idées qu'il n'a pas filtré arbitrairement. Valorisé lui aussi dans sa position, il a développé une capacité d'écoute qu'il ne semblait pas exprimer auparavant.

La situation N° 2 se voulait participative, les conditions de dialogues et d'échanges avaient été présentées au groupe de travail avec une déclinaison possible entre les membres de l'équipe. Les personnels de soins ont eu des idées mais l'accueil de ces dernières n'a pas été ressenti comme positif. Trop vite mises en cause dans une vision institutionnelle (toute restructuration s'appuie sur les travaux précédents) leur accueil ne s'est pas traduit par une étude de leur faisabilité. Certes l'appartenance au groupe professionnel fait diverger cette position, les aides-soignantes et l'A.S.H. vivent positivement l'accueil de leurs idées, mais l'enjeu sur l'organisation du travail est moindre que dans la situation N° 1.



La cadre de santé du service de médecine est très à l'écoute de son équipe, cependant elle n'a pas saisi la déception des infirmiers et leur position de retrait, l'effet de halo des autres professionnels ne l'a pas amenée à s'interroger davantage.

Le développement de la communication est un axe fort de cette étape managériale, même si toute idée ne débouche pas sur une création réalisable, il faut donner le cadre de la réflexion pour éviter des frustrations.

➤ **La fécondation** des idées se traduit par le passage à l'action. L'expérimentation est observable dans la situation N° 1, elle permet de créer un poste de régulateur qui n'existait pas dans l'établissement, l'expérience est accompagnée par le cadre avec un soutien institutionnel fort.

Dans le cas N° 2 l'expérimentation est uniquement technique (bras articulé, table escamotable..), l'investissement matériel intéresse les agents au départ surtout les infirmiers, mais ils se rendent compte rapidement des limites liées soit au coût, soit à l'évolution technologique. Les aides-soignantes et l'A.S.H. ont la satisfaction que leurs expériences jouent sur leur organisation quotidienne (avoir plus de place dans la chambre, entretien des sanitaires facilité). La cadre de santé accompagne les agents, toutefois sa charge de travail est plus lourde que chez son collègue sur le brancardage, elle gère en effet une équipe de 33 agents dans un service de médecine très sollicité dans la rotation et l'accueil des patients. Elle fait d'ailleurs le constat que pour aller au-delà elle aurait besoin de plus de soutien de la part de son encadrement supérieur, un sentiment d'isolement l'amène à faire des choix et des priorités.

➤ **La gestation** se caractérise par un soutien managérial, dans le cas N° 1 il s'exprime dans un premier temps par une position forte de la directrice de soins qui anime le déroulement de l'innovation organisationnelle. Néanmoins elle passe vite le relais au cadre de santé retenu pour encadrer cette équipe, ainsi elle valorise sa position et lui permet de développer un sentiment de confiance en lui. Le cadre va alors s'investir avec intérêt et sa conduite de l'équipe est marquée par des principes à respecter (tout changement dans le planning doit être cohérent avec la charge de travail), il est intégré et considéré comme un régulateur avec l'environnement extérieur.

Dans la situation N° 2 la protection dont a bénéficiée la cadre de santé est perceptible, l'infirmier 1 y voit même une emprise de la direction et craint que cela influence la position du cadre. Cette vision suspicieuse sur l'encadrement renvoie à la construction d'une relation de confiance entre le cadre et les agents.

➤ **La naissance** correspond au lancement de l'organisation novatrice, la situation N° 1 offre un positionnement clair dans l'institution. La relation client fournisseur est annoncée dans l'élaboration du projet, la diffusion de l'information est suivie par une note interne, le premier bilan à 2 mois d'implantation est présenté aux cadres de santé du centre hospitalier. L'intérêt d'une organisation centralisée est perçu par l'ensemble du personnel de cet hôpital.

La situation N° 2 est bien diffusée d'autant qu'en 2002 seul ce service est restructuré, en outre pendant les travaux les personnels ne seront pas éparpillés dans les autres services de soins comme par le passé. Ils déménageront provisoirement dans une autre aile du bâtiment central à la place d'un service de psychiatrie dont l'activité sera reportée dans un pavillon annexe. Même avec un environnement favorable au personnel du service de médecine, le lancement de la restructuration ne suffit pas pour que les agents sentent un soutien institutionnel les amenant à s'engager et s'impliquer dans le projet.

➤ **L'éducation** conduit à la croissance de l'innovation dans une spirale du succès. La situation N° 1 est évocatrice de cette évolution, les brancardiers des urgences montaient des patients depuis des années, au sein de leur nouvelle organisation et conjointement à une réflexion collective, les brancardiers ont rapidement fait la demande de centraliser le dépôt et le retrait des dossiers des patients. Par la suite ils ont développé leur investissement dans la communication intranet, même les réfractaires du départ comme le brancardier 1. On sent une dynamique positive et constructive, les brancardiers veulent donner du sens à leur activité et se sont engagés dans une démarche qualité avec des pistes d'amélioration.

La situation N° 2 ne se concrétise pas par cette synergie gagnante et la production de connaissances susceptibles d'alimenter une spirale du succès. Les gains perçus sont partiels et l'organisation n'est pas assez lisible pour que les agents s'impliquent dans son évolution.

#### **3.5.4 Validation de l'hypothèse**

L'hypothèse se valide quand les conditions managériales sont favorables aux idées créatives des agents (de l'éclosion à la consolidation) et à leur application dans l'organisation quotidienne du travail.

La situation N° 1 revêt de nombreuses conditions allant dans ce sens : la méthodologie initiale, la conduite du projet, le soutien et l'accompagnement réalisés par la directrice des soins auprès du cadre de santé ainsi que l'espace de liberté et l'autonomie laissée aux brancardiers dans la mise en œuvre d'une expérimentation créent un management en faveur de l'innovation et valident l'hypothèse de recherche.

La situation N° 2 souligne des points en faveur de l'implication des agents dans leur organisation quotidienne quand la parole et l'initiative leur sont laissées. La restructuration matérielle est valorisée mais les limites sont vite atteintes, une restructuration s'inscrit dans un projet de soins et dans l'organisation et la mise en œuvre de ce dernier. A trop se focaliser sur un point technique on peut perdre le fil conducteur et la finalité des soins hospitaliers. Les agents pensent bien souvent à l'intérêt du patient mais l'organisation doit être lisible pour que cette finalité ne soit pas occultée par l'environnement matériel. Si on la compare à la trajectoire de l'innovation la situation N° 2 n'est pas aboutie, elle met en lumière par ses manques les conditions exposées dans le premier cas, l'hypothèse est ainsi confortée par la nécessité de leur présence. Nous poursuivrons en développant les enjeux et perspectives à développer dans la fonction de directeur des soins pour soutenir l'implication des agents dans leur organisation par un management favorable l'innovation quotidienne.

## **4 - MANAGER L'INNOVATION : PERSPECTIVES ET PROPOSITIONS**

### **4.1 MANAGER LES APPRENTISSAGES**

#### **➤ *L'expérimentation : un droit à l'erreur et à l'apprentissage organisationnel***

Manager l'innovation met en valeur ce point d'ancrage qui permet aux agents de s'investir dans leur organisation et dans le développement de leurs idées personnelles. Le passage à l'expérience se concrétise par l'acquisition d'apprentissages, en premier lieu celui du droit à l'erreur, dans notre étude sur le terrain nous avons pu constater l'importance de cette étape. Il n'y a pas d'expérimentation sans une certaine protection de ceux qui cherchent, soutenir ces agents fait partie du climat de confiance préalable à toute relation managériale.

Le processus d'innovation reprend les perspectives de l'organisation apprenante déclinée par C. Argyris<sup>23</sup>, ce dernier a démontré que le premier apprentissage d'une organisation visait la détection et la correction des erreurs qu'il qualifie dans cette première réaction d'apprentissage en simple boucle : l'erreur amène à une stratégie d'action et de modification des comportements. Cet auteur a mis en évidence par la suite que

---

<sup>23</sup> C Argyris – Les individus sont guidés par leur désir d'apprendre - Sciences Humaines Hors série n°20 – mars / avril 1998, pp. 60-63.

l'organisation peut évoluer vers une transformation interne (la nouvelle programmation inclut la correction de l'erreur), il qualifie alors d'apprentissage en double boucle.

L'organisation apprenante conduit à un apprentissage en double boucle, au cours de notre étude, la situation N° 1 peut s'orienter vers des apprentissages dont la valeur ajoutée (contribution des agents) bénéficie à l'organisation.

Dans la présentation de notre questionnement professionnel, nous avons interrogé des situations d'échec à des propositions d'innovation organisationnelle et nous remarquons que la phase d'expérimentation n'a pas été explorée. L'absence de confrontation entre les projets des agents et la réalité quotidienne est à l'origine de leur forte déception. Il semble important de tester cette phase de faisabilité, d'une part pour mesurer les écarts entre le souhaité et le réel, d'autre part pour planifier l'évolution de l'organisation. En effet si toute démarche de progrès n'est pas nécessairement applicable dans l'immédiat, il importe d'anticiper sa mise en œuvre pour déterminer les conditions matérielles de sa réalisation.

Comme le reprend N. Alter<sup>24</sup>, l'organisation pourrait s'appuyer sur les connaissances issues de l'innovation pour tirer parti des incertitudes. Si l'innovation ne se programme pas, le management en sa faveur peut se prévoir et permettre à l'organisation d'évoluer entre rationalité objective et subjective.

La phase d'apprentissage de l'expérimentation organisationnelle nous apparaît comme une étape clé dans l'implication des agents dans leur organisation quotidienne. Les équipes médicales ont procédé depuis longtemps à ces activités expérimentales récompensées par des publications et des reconnaissances diverses (bourses d'étude, prix de l'innovation médicale...). Il serait pertinent de développer ce type de reconnaissance, d'ailleurs dans la situation N° 1 la coordonnatrice générale des soins pensait solliciter l'équipe des brancardiers pour la rédaction d'un article dans une revue professionnelle afin de témoigner de l'intérêt de leur démarche mais aussi pour la valoriser. En tant que directeur des soins nous envisageons de poursuivre dans ce sens, le passage aux 35 heures est un levier intéressant pour accroître l'expérimentation des organisations et en débattre à partir des réflexions de l'ensemble de l'équipe de soins. Il serait primordial que ce passage à l'essai entre dans la culture professionnelle des personnels pour perdurer et enclencher une culture de l'innovation.

### ➤ ***L'autonomie et l'apprentissage de la responsabilisation***

C'est un domaine sensible dans l'organisation, l'évolution du management participatif conduisant en théorie à mettre en évidence une autonomie des acteurs du terrain.

---

<sup>24</sup> N. Alter – Sociologie de l'entreprise et de l'innovation – Paris, Edition PUF, 1997, 229 p.

C. Everaere<sup>25</sup> décrit l'autonomie comme facteur de l'efficacité organisationnelle, il distingue l'évolution de ce concept en regard de celui d'autogestion dont parlait de nombreuses personnalités politiques et syndicales à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle. L'auteur rappelle l'ancienneté du concept d'autonomie largement utilisé dans l'artisanat dès l'antiquité et dans les sociétés compagnoniques au Moyen Age.

Cet auteur envisage l'autonomie dans son aspect de responsabilisation et de subsidiarité, c'est-à-dire prendre la décision au plus près du terrain. Il considère l'autonomie comme une prise d'autorité sur soi-même, proche de « l'empowerment » anglo-saxon. C'est la légitimation institutionnelle qui pose cette prise de responsabilité et permet au personnel de s'impliquer dans l'organisation. C. Everaere voit dans ce concept un levier d'efficacité pour gérer l'incertitude et ouvrir des espaces de liberté dans l'accomplissement d'un travail. Cependant l'auteur précise que cela peut aussi être une cause de stress d'où l'importance d'accompagner les agents et de développer un management de soutien.

La culture de l'innovation permet d'intégrer le changement et son mouvement, il convient de gérer l'instabilité liée à l'incertitude et non plus de la subir. Cela demande un travail d'anticipation que nous avons pu décrire dans l'analyse de la situation N° 1. Le cadre peut alors utiliser une méthodologie stratégique pour amener les agents à tirer parti de l'intelligence des situations, cette position permet aux acteurs du terrain de donner du sens aux pratiques de soins, de les relier aux savoirs théoriques pour aboutir à la création de nouveaux savoirs.

Dans notre étude la notion d'autogestion a été soulignée plusieurs fois par les brancardiers, cependant si on analyse leur positionnement on se rend compte que leur but n'est pas de remettre en cause l'organisation hospitalière mais de développer de la subsidiarité. On retrouve bien ce concept d'autonomie défini par N. Alter comme un préalable indispensable dans le cadre du processus d'innovation.

Nous concevons comme directeur de soins la nécessité d'intégrer cette capacité dans la politique managériale. Diverses formes d'encadrement peuvent rendre compte de la pertinence de l'autonomie des agents, comme la contractualisation lors de l'entretien d'évaluation permettant ainsi au cadre de santé d'identifier les prises de décisions réalisées par les agents et d'en évaluer les résultats. Nous proposons d'enrichir les compétences des cadres à accompagner la trajectoire professionnelle des agents dans ce domaine, notamment par la formation continue (à l'entretien d'évaluation, à la contractualisation interne) mais aussi à l'analyse de situations des pratiques professionnelles sous forme de séminaires de cadres animés par le directeur des soins et au besoin des experts.

---

<sup>25</sup> C. Everaere. – L'autonomie dans le travail : portées et limites – Revue française de gestion – juin / juillet / août 2001, pp. 15-25.

### ➤ **L'efficacité personnelle et les apprentissages collectifs**

Dans ce contexte d'organisation apprenante, la valorisation des potentiels des individus est une clé de réussite en terme de gestion de ressources humaines. S. Guerrero<sup>26</sup> éclaire l'efficacité personnelle avec les théories de A. Bandura, elle a étudié son application à la formation continue. Cependant elle envisage l'investissement de cette potentialité dans le domaine du changement organisationnel. Selon elle l'encadrement doit s'appuyer sur l'efficacité personnelle des agents dans le développement de la prise de responsabilité ou dans l'aide aux changements dans la carrière des agents.

L'apprentissage collectif est au cœur du processus d'innovation car sa finalité vise l'appropriation et l'utilisation de l'organisation par tous les agents. Le management aide et accompagne dans la régulation et l'arbitrage, ainsi certains brancardiers ont bien su dénommer ce positionnement attendu de l'encadrement. Le cadre allie une vision individuelle de la carrière des agents à la mise en œuvre d'une organisation collective efficace et efficiente.

Développer l'efficacité personnelle permet aux agents de s'investir au bénéfice du travail collectif, ce qui correspond bien aux enjeux majeurs du management en secteur de soins auquel est confronté le directeur des soins. La performance de l'hôpital ne peut pas s'appuyer uniquement sur les individualités, c'est bien la synergie gagnante des compétences individuelles au bénéfice du travail collectif qui participera au succès de la politique de l'établissement de santé.

## **4.2 MANAGER L'IDENTITE PROFESSIONNELLE**

Appuyée sur la pensée de R. Sainsaulieu, l'acquisition d'une culture d'identité au travail se révèle comme cause et effet de l'action au travail. L'identité au travail s'intéresse au système de l'action (individuelle et collective) et à sa transformation. N. Alter<sup>27</sup> suggère d'utiliser l'analyse stratégique pour situer les agents et de compléter cette méthodologie par l'analyse culturelle qui mesure les écarts et les inégalités entre les acteurs. Il précise sa pensée « *A défaut de la programmer, l'entreprise peut en effet développer ses capacités collectives à intégrer l'innovation, considérée comme une contrainte permanente* ».

---

<sup>26</sup> S. Guerrero. – Le concept d'efficacité personnelle appliqué à la G R H : le cas des actions de formation continue – Revue de gestion des Ressources Humaines n° 39, pp. 15-25.

<sup>27</sup> N. Alter – Peut-on programmer l'innovation ? - Revue Française de Gestion n° 103 – mars / mai 1995, pp. 78-119.

L'identité professionnelle peut se construire en associant l'incertitude et la gestion de l'aléa sans pour autant déstabiliser les agents. Ces derniers peuvent alors se construire une culture professionnelle élargie leur facilitant l'anticipation et l'analyse prospective.

Le directeur des soins définit les valeurs soignantes dans le projet du service de soins infirmiers en cohérence avec les autres projets : médicaux, sociaux, logistiques... le développement d'une culture du travail hospitalier est donc largement sollicité à travers ces projets. Cependant l'implication des agents et leur sentiment d'appartenance à cette culture sont des étapes à étudier plus finement.

La formation continue est un levier de mobilisation intéressant pour l'efficacité personnelle comme l'a démontré S. Guerrero, de même l'analyse de la situation N° 1 révèle bien que c'est après une formation méthodologique d'initiation à la recherche que les cadres de santé ont fait le choix d'étudier l'activité de brancardage au cours d'une recherche action.

Nous envisageons d'initier auprès des cadres une réflexion sur l'introduction de l'innovation dans leurs conduites managériales et de construire un plan de formation incluant les méthodologies de recherche en valorisant, comme dans notre observation, la conduite de recherches actions concrètes à partir des situations vécues sur le terrain.

### **4.3 MANAGER LA POLYVALENCE**

Manager l'innovation interroge l'identification et le développement des compétences professionnelles. G. Drevet<sup>28</sup> s'est intéressée à la multiplicité des compétences requises (polyvalence) dans les métiers de la santé, qu'elle qualifie de métiers à haute complexité (peu de standardisations des tâches). Rompant avec l'étymologie habituelle, l'auteur lui confère le sens de pluricom pétence qui tend à circonscrire ce domaine à plusieurs compétences « *Aptitudes ou capacités reconnues... en raison de connaissances possédées... qui donne le droit d'en juger* ». Ainsi l'acquisition d'une pluricom pétence vise la qualité de la prestation au client, l'épanouissement professionnel et personnel des agents et une gestion efficiente des ressources humaines (dimensionnement et adéquation à la charge de travail). L'auteur considère le management qui s'y rapporte : évaluer les compétences initiales (grilles et référentiel métiers), mesurer les écarts et identifier les chemins de progression. Ce management s'appuie sur l'établissement d'une relation de confiance entre l'encadrement et le personnel par l'essor de l'écoute, la communication, le soutien et l'accompagnement.

---

<sup>28</sup> G. Drevet. – Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques – Gestions Hospitalières n° 159 – février 2000, pp. 132-144.

Le cadre favorise la qualification individuelle et collective pour des compétences :

- Gestuelles processus de technicité
- Intellectuelles processus de pensée
- Organisationnelles processus de gestion
- En information et communication processus de cohérence collective

Selon cet auteur ces quatre processus mobilisent la polyvalence « *Ils constituent les quatre leviers d'action... pour mettre en œuvre une polyvalence responsabilisante, source de compétence individuelle et collective*<sup>29</sup> ». L'incitation à la performance collective rejoint la finalité du processus d'innovation organisationnelle décrit précédemment. Tout concourt pour que le personnel d'encadrement (cadre de santé, cadres supérieurs de santé et D.S.S.I.) s'inscrivent dans cette logique d'accroissement des performances par l'expression et la construction collective de pluricompetences individuelles au service d'une polyvalence de l'équipe de soins

Le système d'information est au cœur de ces apprentissages, c'est la circulation des informations qui soutient l'acquisition des différents savoirs. La polyvalence invite à la complémentarité et à l'entraide, elle assouplit les règles d'organisation du travail collectif en dynamisant la mobilité. Ainsi le développement individuel prend tout son sens dans une perspective de réussite collective, rejoignant par-là l'acquisition d'une identité au travail décrit dans le cadre théorique par R. Sainsaulieu.

G. Drevet<sup>30</sup> s'est attachée à l'étude des compétences des cadres de santé pour conduire l'acquisition d'une pluricompetence de l'équipe de soins face aux situations de soins dans le cadre d'une relation singulière à chaque patient.

Le pari managérial consiste à mobiliser et à mettre en interaction les compétences des agents. L'acquisition d'une pluricompetence s'inscrit dans le management de l'innovation, en permettant d'appréhender les multiples facettes du travail, de gérer le prévisible et de tirer parti des incertitudes. Le personnel est acteur, il sollicite ses capacités d'anticipation, par exemple face aux craintes d'un incident, chaque agent peut se positionner en conformité aux normes sécuritaires.

Manager la pluricompetence des agents revient à sensibiliser et mobiliser leur autonomie, leur sens de la responsabilité et l'intelligence de leur raisonnement. Le cadre de santé se situe comme vecteur de la communication interpersonnelle visant la transmission

---

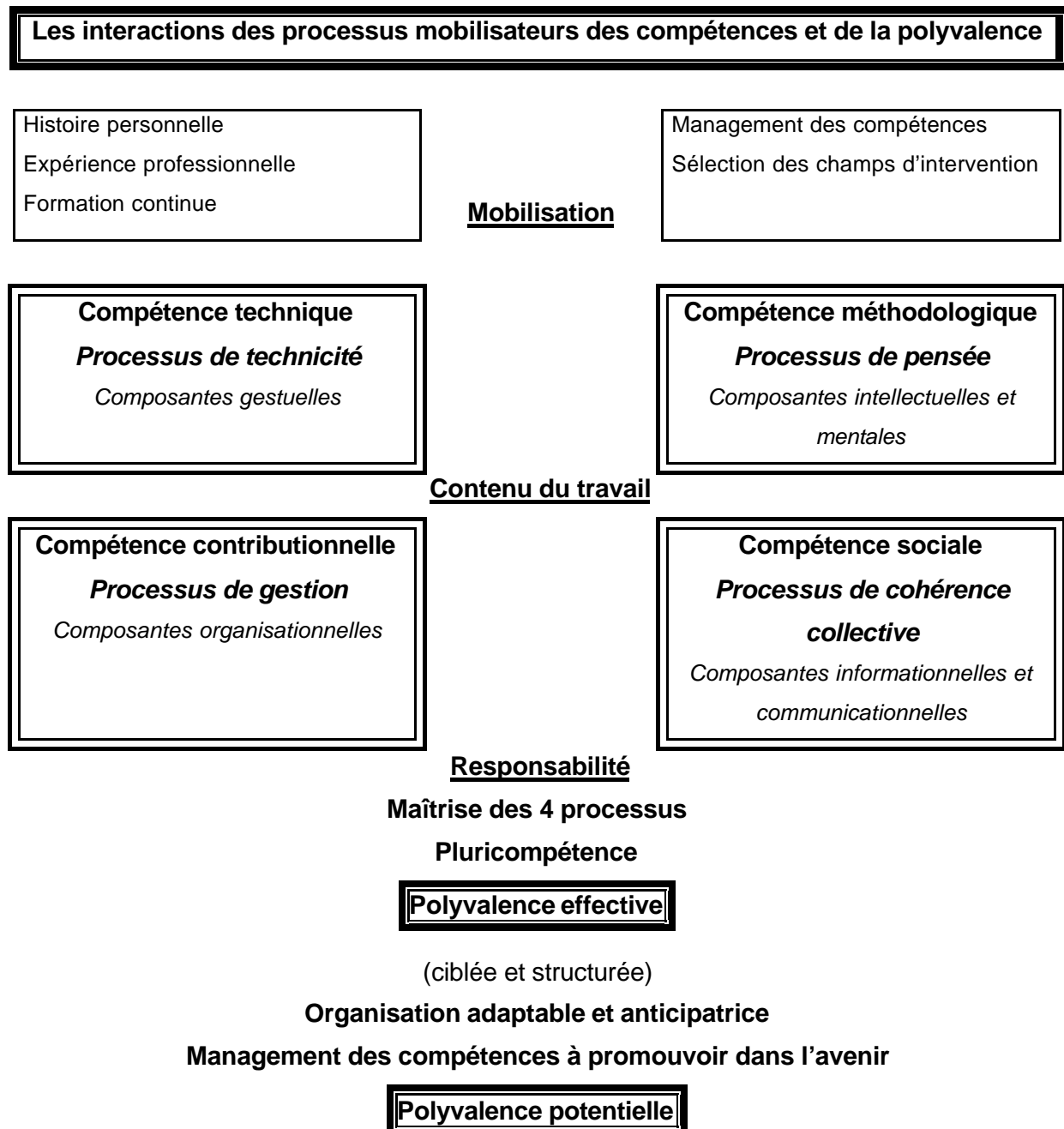
<sup>29</sup> Ibid p 142.

<sup>30</sup> G. Drevet. – Cadres de proximité, des compétences à optimiser – Soins cadres n° 41 – février 2002, pp. 54-59.



de l'information, la cohésion collective et l'évolution des agents. Nous suggérons d'accroître la formation des cadres à la communication et à sa mise en réseau pour replacer ces derniers comme informateurs privilégiés du personnel.

G. Drevet propose un tableau synthétique de l'acquisition des compétences et du management qui en découle :



Le directeur des soins construit sa politique managériale sur les compétences des cadres de santé (cadres en proximité ou en encadrement supérieur) à conduire l'accompagnement des personnels de soins dans une démarche de progrès et d'évolution de leurs qualifications. Dans le contexte observé, nous prenons conscience de la place privilégiée à accorder aux référentiels et normes de compétences, ces outils guident l'identification des pluricompetences souhaitables dans l'exercice d'une fonction de soignant pour une discipline donnée. Surtout ils permettent au cadre d'évaluer les potentialités des agents et de construire avec ces derniers un parcours professionnel épanouissant.

#### **4.4 MANAGER LES PERSONNELS D'ENCADREMENT**

Comme nous l'avons exposé les divers courants de pensées sociologiques convergent vers un management où les cadres de santé développent la communication et une approche valorisante des personnels qu'ils encadrent.

A travers les évolutions managériales l'histoire démontre qu'il n'y a pas de recette miracle mais un travail rigoureux de soutien et d'accompagnement des cadres. Il nous semble qu'au-delà des effets de mode le directeur des soins doit surtout s'attacher à développer ce type d'approche. On retrouve une illustration très imagée de ce genre de management avec le « coaching », terme resté anglophone mais dont la symbolique est identique.

V. Lenhardt<sup>31</sup> en rappelle l'origine anglo-saxonne issue du monde sportif, le coach c'est l'entraîneur qui mobilise les compétences techniques mais aussi psychologiques du joueur pour l'amener à gagner. Appliqué au management le coaching se définit selon lui comme « *Un accompagnement personnalisé qui permet à la personne concernée et bénéficiaire de développer des comportements professionnels en mobilisant au mieux son sens des responsabilités, ses compétences et son potentiel* ». C'est en quelque sorte l'adaptation d'une relation d'aide en l'occurrence à visée professionnelle. Le coach facilite la régulation des interfaces entre les relations personnelles et les situations professionnelles.

Transposé au management hospitalier, on pourrait situer le directeur des soins dans un management incitant à mettre en miroir l'expression du cadre de santé sur les situations professionnelles complexes qu'il vit et lui permettre alors de les élucider. Le directeur des soins se positionne dans le soutien et la régulation développant ainsi sa capacité à accueillir

---

<sup>31</sup> V. Lenhardt. – les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team building – Paris, Editions INSEPS, 1992, 302 p.

et à écouter les idées exposées par le cadre. Il joue un rôle de conseil dont le but est que le cadre puisse mener une analyse compréhensive des situations qui l'entoure.

Le coaching accompagne les étapes de la vie professionnelle des cadres de santé : sur la prise de fonction, sur le diagnostic situationnel, sur la performance et sur l'analyse de pratiques. On retrouve une vision prospective de détection des potentiels très largement décrite dans la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, le coaching ne change pas la finalité que tout personnel d'encadrement souhaite atteindre. Cette approche met simplement en lumière l'importance du facteur humain dans le management que développe un dirigeant. J.F. Claude<sup>32</sup> rappelle la forte prégnance de la dimension éthique dans tout management en lien avec le développement personnel et collectif des individus. Il précise à propos du management que ce dernier s'attache à valoriser l'estime de soi, la relation de confiance et la recherche de sens. Selon lui les outils privilégiés sont l'entretien d'appréciation et le coaching, ces derniers participant à l'acquisition d'une compétence éthique du manager.

D'autres auteurs intègrent le concept de coaching comme J. Brillman<sup>33</sup> en soulignant la position de l'encadrement : soutien, arbitrage des conflits, état de veille sur la carrière des agents. Le responsable valorise les potentiels des individus dans l'efficacité collective. Chaque membre de l'équipe contribue à créer de la valeur ajoutée dans la satisfaction du client. La subsidiarité est privilégiée pour maintenir une réactivité. Le lien avec l'organisation apprenante contribue à manager la transmission et la capitalisation de savoirs professionnels. L'entreprise développe une organisation en réseau qui favorise cette circulation d'informations et de connaissances.

Cette perspective est intéressante dans la bureaucratie hospitalière, l'organisation en réseau peut assouplir et fluidiser l'organisation hospitalière, elle contribuerait aussi à une complémentarité des équipes médicales, de soins et administratives avec le souci de positionner le patient comme bénéficiaire de l'ensemble du dispositif de soins de santé.

Le directeur des soins a une position centrale dans cette animation des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé, afin de répondre aux nouveaux enjeux de l'organisation hospitalière. P. Cabin<sup>34</sup> en donne une interprétation à partir des conclusions du séminaire de l'Ecole des Mines des 2 et 3 novembre 2000, il évoque le nouveau paradigme organisationnel comme étant celui du management de la connaissance, la particularité de cette nouvelle logique managériale se fonde sur l'innovation intensive et un renouvellement

---

<sup>32</sup> J.F. Claude. – Ethique au service du management – Paris, Edition Liaisons, 1999, 253 p.

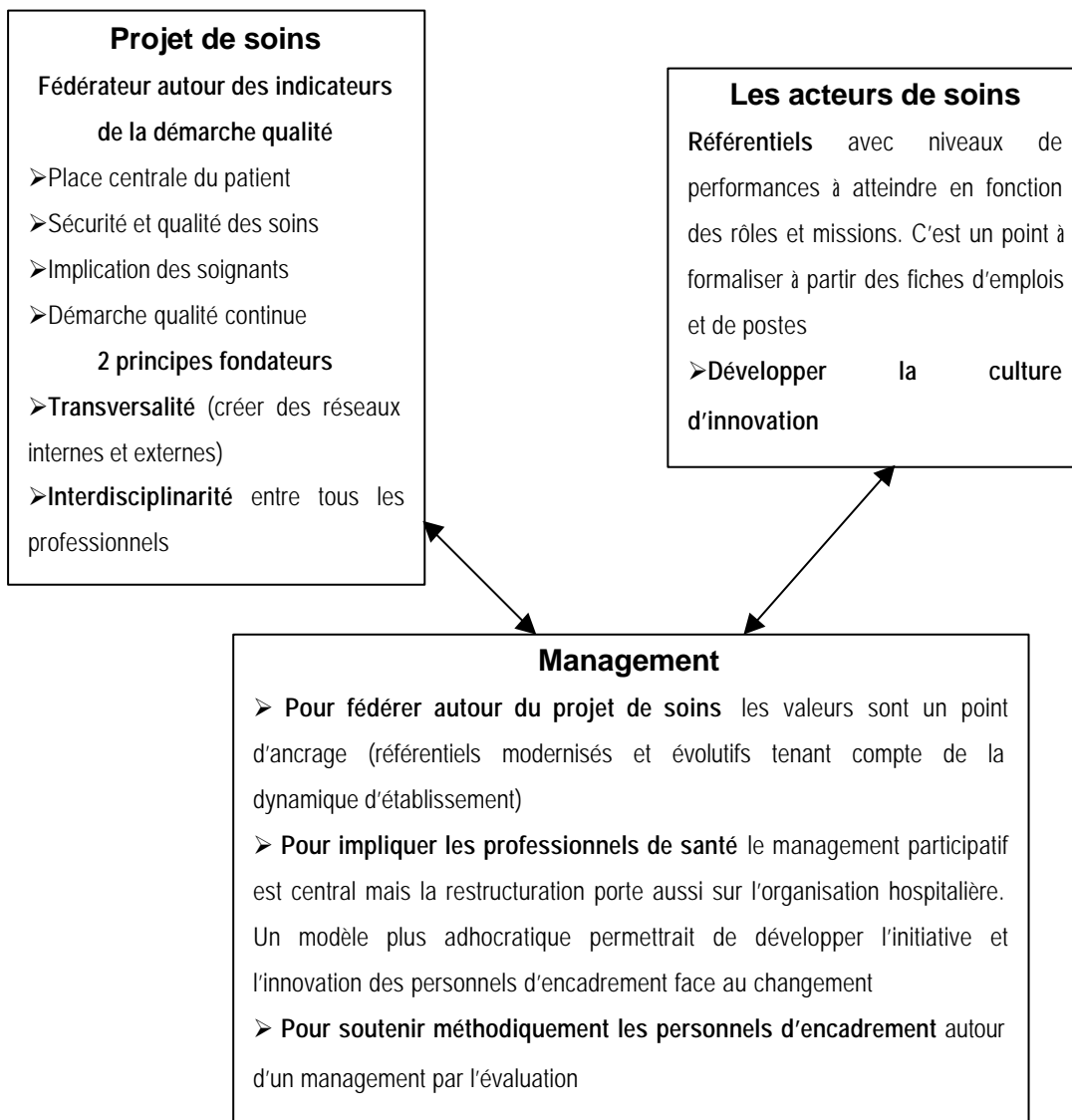
<sup>33</sup> J. Brillman. – Les meilleures pratiques de management – Paris, Editions, 1998, 449 p.

<sup>34</sup> P. Cabin. – Piloter le changement ou apprendre à changer ? – Sciences Humaines n° 114 – mars 2001, p. 10.

permanent des connaissances utiles. Il poursuit sur les outils pertinents pour piloter ces changements dont le passage à l'expérience qui amène une « activité interprétative » des agents sur leur quotidien. L'apprentissage qui en découle a des gains perceptibles pour les agents, les conduisant à s'impliquer dans cette dynamique d'évolution.

Finalement pour atteindre l'effectivité des organisations, la dimension de l'apprentissage met en valeur l'aspect pédagogique du management. Dans notre cadre conceptuel l'innovation se perpétue à travers la spirale du succès, il nous semble que le processus managérial se prête à évoluer dans une spirale éducative : le savoir engendre le plaisir de la connaissance.

Il nous apparaît fondamental de lier les acteurs de soins au projet de soins grâce à la mise en œuvre d'un management capable de libérer les potentialités créatives des agents que nous concevons à partir des points exposés dans cette recherche.



## CONCLUSION

La direction du personnel a cédé la place depuis une génération à la « Gestion des Ressources Humaines », le défi managérial qui nous attend en tant que directeur des soins est de cultiver cette richesse et de lui permettre d'évoluer et de prospérer.

Jean de La Fontaine contait l'histoire de la poule aux œufs d'or que son propriétaire tua par cupidité croyant trouver ainsi le secret de ce trésor.

*« L'avarice perd tout en voulant tout gagner  
Je ne veux, pour témoigner  
Que celui dont la poule, à ce que dit la fable  
Pondait tous les jours un œuf d'or.  
Il crut que dans son corps elle avait un trésor :  
Il la tua, l'ouvrit, et la trouva semblable,  
A celles dont les œufs ne lui rapportaient rien,  
S'étant lui-même ôté le plus beau de ses biens  
Belle leçon pour les gens chiches !  
Pendant ces derniers temps, combien en a-t-on vus  
Qui du soir au matin sont pauvres devenus,  
Pour vouloir être trop riches ! »*

Combien d'agents potentiellement excellents avons-nous vus devenir réfractaires à toute innovation soit pour avoir été trop sollicités jusqu'à l'épuisement, soit pour avoir été trop ignorés et délaissés.

Nous avons interrogé l'organisation, la culture et le management de l'innovation, exprimée dans des conditions favorables cette dimension mobilise les potentiels d'imagination et de changement des agents quel que soit leur corps et grade.

Nous concluons sur la valorisation des données qui permettent de développer l'expérience et le droit à l'erreur, l'autonomie, l'efficacité personnelle dans le travail collectif et les pluricompetences. La pertinence de référentiels métiers et de grilles de compétences est à étudier plus en détails au sein du projet du service de soins infirmiers, ces outils mettent en valeur l'entretien d'évaluation véritable instrument au service du bilan de compétences et de la mise en œuvre de parcours de progression.

Le management ouvert à l'innovation ressemble à la transmission de la vie par le respect des idées personnelles des agents dont l'accueil permet la fécondation. Leur gestation, leur naissance et leur éducation demandent un accompagnement particulier des cadres de santé.

Le directeur des soins, tel le coach d'une équipe gagnante, se doit d'inscrire dans le projet de soins un management d'accompagnement des cadres pour que ces derniers opèrent de même avec leurs équipes de soins.

L'organisation innovante est une organisation apprenante, elle bénéficie aux agents qui se sentent reconnus et valorisés et aux patients dont la qualité des soins est améliorée par la complémentarité de l'action de tous les personnels médicaux, soignants et administratifs. Le management à venir s'inscrit dans une spirale éducative, clé du succès organisationnel.

Nous terminerons en souhaitant que la métaphore prenne son sens et que chaque agent soit considéré comme susceptible de produire le meilleur de lui-même au sein d'une organisation plus fluide et ouverte au potentiel humain.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

ALTER N. - L'innovation ordinaire - Paris, Edition PUF, 2001, 209 p.

ALTER N. - Sociologie de l'entreprise et de l'innovation - Paris, Edition PUF, 1997, 229 p.

ALTER N. - La gestion du désordre en entreprise - Paris, Edition L'Harmattan, 1993, 207 p.

BASTIDE R. - Anthropologie appliquée - Paris, Edition Payot, 254 p.

BLANCHET A. et AL. - L'entretien dans les sciences sociales, Edition Dunod, 1985, 290 p.

BRILMAN J. - Les meilleures pratiques de management, au cœur de la performance - Paris, Editions d'Organisation, 1998, 449 p.

CLAUDE J.F. - Ethique au service du management - Paris, Edition Liaisons, 1999, 253 p.

GENELOT D. - Manager dans la complexité - 2<sup>ème</sup> édition - Paris, Edition INSEP, 1998, 363 p.

LENHART V. - les responsables porteurs de sens. Culture et pratique du coaching et du team building - Paris, Editions INSEPS, 1992, 302 p.

MINTZBERG H. - Le management. Voyage au centre des organisations - Paris, Editions d'Organisation, 1990, 570 p.

MINTZBERG H. - Le pouvoir dans les organisations - Paris, Editions d'Organisation, 1986, 679 p.

MORIN E., LEMOIGNE J.L. - Comprendre la complexité dans l'organisation des soins - Lille, Edition ASPEPS, 1997, 85 p.

MUCHIELLI R. - L'analyse de contenu, Collection formation permanente, 8<sup>ème</sup> Edition - Paris, Edition E.S.F., 1998, 214 p.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. - Manuel de recherche en sciences sociales - Paris, Edition Dunod, 1995, 288 p.

SAINSAULIEU R. - L'identité au travail - 3<sup>ème</sup> édition - Paris, Edition Presses Sciences Po, 1977, 476 p.

## **REVUES**

ALTER N. - Peut-on programmer l'innovation ? - Revue Française de Gestion n° 103 - mars / mai 1995, pp. 78-119.

ALTER N. - Organisation et innovation. Une rencontre conflictuelle - Sciences Humaines Hors série n° 20 – mars / avril 1998, pp. 56-59.

ARGYRIS C. - Les individus sont guidés par leur désir d'apprendre - Sciences Humaines Hors série n° 20 - mars / avril 1998, pp. 60-63.

CABIN P. - Piloter le changement ou apprendre à changer ? - Sciences Humaines n° 114 – mars 2001, p. 10.

CROZIER M. - La clé de la réussite américaine : le partenariat - Sciences Humaines Hors série n° 20 - mars / avril 1998, pp. 68-70.

DREVET G. - Cadres de proximité, des compétences à optimiser - Soins cadres n° 41 - février 2002, pp. 54-59.

DREVET G. - Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques - Gestions Hospitalières n° 159 - février 2000, pp. 132-144.

EVERAERE C. - L'autonomie dans le travail : portées et limites - Revue française de gestion - juin / juillet / août 2001, pp. 15-25.



GUERRERO S. - Le concept d'efficacité personnelle appliqué à la G R H : le cas des actions de formation continue - Revue de gestion des Ressources Humaines n° 39, pp. 15-25.

MINTZBERG H. - Nous vivons tous dans le culte du changement - Sciences Humaines Hors série n° 20 - mars / avril 1998, pp. 16-19.

SAINSAULIEU R. - La construction des identités au travail - Sciences Humaines Hors série n° 20 - mars / avril 1998, pp. 40-43.

## **CONFERENCES**

ALTER N. - Conférence à l'École Nationale de Santé Publique - Rennes, le 10 avril 2002.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 :**

- Article de Ouest France du jeudi 23 octobre 1997

**Annexe 2 :**

- Graphiques des âges de l'équipe de brancardiers et de l'équipe de soins de médecine

**Annexe 3 :**

- Grille d'entretien

## Un labrador à la Maison Pirmil, unité de soins de longue durée **Léon met de l'humanité au CHU**

**Le chien Léon est pensionnaire à plein temps de la Maison Pirmil, unité de soins de longue durée du CHU. Il participe à l'accompagnement social et thérapeutique des 180 résidents.**

Léon est le 181<sup>e</sup> pensionnaire de la Maison Pirmil, au CHU, qui reçoit des personnes âgées dépendantes « physiques et psychiques ». Arrivé en juin dernier, Léon a apporté, selon le professeur Olivier Robat, chef de service, « un supplément de vie et d'abandon dans cet établissement ».

Cet interne à quatre pattes et à la langue bien pendue, participe activement à la vie de la maison. Il se joint à la distribution du courrier le matin, visite les personnes dans leur chambre l'après-midi, accompagne les résidents au marché le mercredi.

Catherine Maugars, surveillante chef, souligne l'efficacité de ce thérapéute dans le rôle qui lui a été confié. « Léon a une grande fonction d'accompagnement social et thérapeutique. » Le toutou suscite une sympathie spontanée chez les résidents, aidant ainsi à leur « activation psychique ». Le personnel souligne qu'« il y a des gens qui ne parlent pas, mais qui communiquent avec lui par le toucher, les caresses ». Ce chien docile et sympathique contribue aussi à « l'ouverture du CHU sur l'extérieur ».

Tout un réseau d'amitiés et de visites s'est créé par son intermé-

diare avec d'autres maisons du département, mais aussi, localement, avec la crèche Saint-Jacques et l'école Notre-Dame-de-la-Sagesse, chiens et pensionnaires se rendant régulièrement visite.

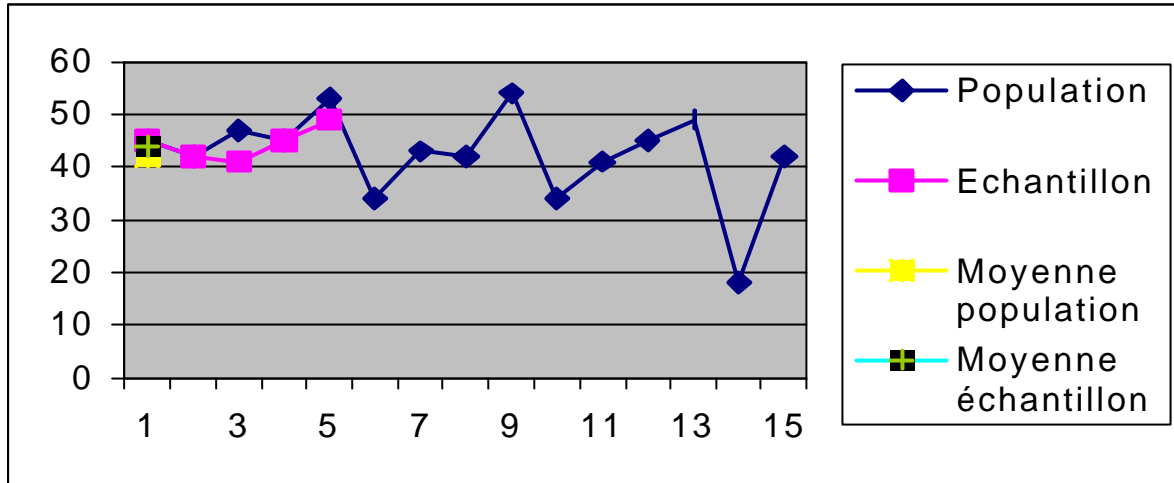
Léon est le 22<sup>e</sup> animal (chien ou

chat) placé depuis 1994 auprès de personnes âgées en institution, et le premier à rejoindre une structure hospitalière. Son arrivée conforte le rôle de pilote joué par la Loire-Atlantique dans le domaine de la thérapie facilitée par l'animal. Une arrivée

qui n'aurait pas été possible sans l'aide de l'Afrac (Association française d'information et de recherche sur l'animal de compagnie) et l'Anecar (Association nationale d'éducation des chiens d'assistance aux handicapés).

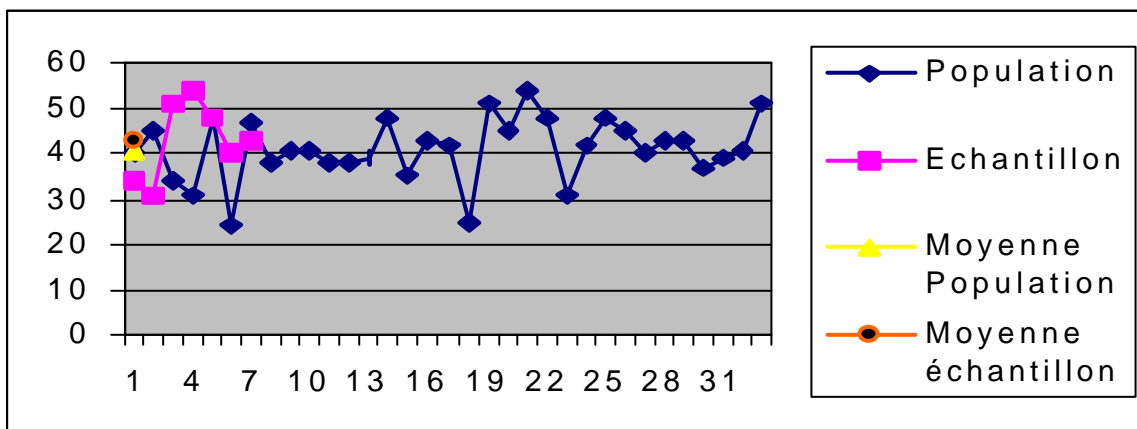
## Annexe 2

### Graphique de l'âge des brancardiers



L'âge des brancardiers évolue entre 18 et 55 ans, la moyenne se situe à 42 ans, la moyenne d'âge de l'échantillon interviewé est 44 ans (41 ans à 49 ans)

### Graphique de l'âge de l'équipe de soins



L'âge de l'équipe évolue entre 25 et 54 ans, la moyenne d'âge de l'équipe de soins est 41 ans, la moyenne d'âge de l'échantillon interviewé est de 43 ans (31 ans à 51 ans)

### **Annexe 3 : Grille d'entretien**

**Question 1 : De votre point de vue, comment s'est structuré ce changement organisationnel ?**

**Question 2 : Quel a été le positionnement des différents acteurs de ce changement organisationnel ?**

**Question 3 : Quelles sont les évolutions remarquées chez ces acteurs du changement organisationnel ?**

**Question 4 : Quel est le résultat final du changement organisationnel ?**

**Question 5 : Quelles innovations identifiez-vous dans les activités quotidiennes ?**

**Question 6 : Quelles sont vos attentes ?**

**Question 7 : Et vos attentes vis-à-vis de l'encadrement ?**

**Question 8 : Quelles autres modifications organisationnelles envisagez-vous avec le passage aux 35 heures ?**