

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2004

**LE DIRECTEUR DES SOINS
COORDONNATEUR DES ACTIVITÉS
MÉDICO-TECHNIQUES :
POURQUOI ? ET POUR QUOI FAIRE ?**

UNE RÉPONSE FACE AUX ENJEUX DE L'HÔPITAL ?

Georges BOURROUNET

Remerciements

Nous tenons particulièrement à remercier :

Mme Marthe BISLY

Coordonnateur Général des Soins au C.H.U de Montpellier

Mme Jacqueline DUVIGNAC

Coordonnateur Général des Soins au C.H de Carcassonne

Mme Nicole ROYER - COHEN

Directeur des Soins au C.H.U de Toulouse

Mme Francine RUMEAUX

Directeur des Soins au C.H.U de Montpellier

L'ensemble des Équipes de Direction

Qui nous ont accueilli, conseillé et encouragé à l'occasion de ce mémoire de fin d'études.
Ainsi que tous les professionnels qui ont bien voulu se prêter au jeu de l'interview et que nous remercions pour l'authenticité de leurs discours.

« Tu as assemblé la tente de manière à ce qu'elle forme un tout »

Exode 26.11

Sommaire

1	INTRODUCTION.....	1
1.1	Le constat.....	1
1.2	La problématique.....	2
1.3	Les hypothèses.....	3
2	CADRE CONCEPTUEL	4
2.1	Le Plateau Médico-Technique.....	4
2.2	Le Coordonnateur des Activités Médico-Techniques.....	5
2.3	Le système hospitalier.....	7
2.3.1	D'une logique du cloisonnement.....	7
2.3.2	Vers une logique de la coopération	9
2.4	Définitions des concepts théoriques.....	12
2.4.1	Les concepts de décloisonnement, de coopération, les mécanismes de coordination.....	12
2.4.2	Le concept de leadership	13
2.4.3	Le concept d'identités collectives.....	14
2.4.4	Les défis du Directeur des Soins : le management de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité.....	16
2.4.5	Les concepts de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité, de transdisciplinarité et de transversalité :.....	17
2.4.6	Le concept de processus	19
2.4.7	Les notions de projet de soins, de chaîne du soin et de chemin clinique.....	20
2.4.8	Le concept de plus-value et de valeur ajoutée	21
2.4.9	Le concept d'expertise professionnelle.....	22
3	ÉTUDE DE TERRAIN	23
3.1	La méthodologie.....	23
3.1.1	Analyse systémique.....	23
3.1.2	Analyse stratégique	25
3.2	Les limites de l'étude	25
3.3	Les pré requis : la pré enquête, la recherche documentaire.....	26
3.3.1	La pré enquête	26
3.3.2	La recherche documentaire	27

3.4	L'enquête	30
3.4.1	Le recueil de données	30
3.4.2	L'échantillonnage.....	31
3.5	Le traitement des données	31
3.5.1	Choix d'une méthode et d'un outil.....	31
3.5.2	Présentation du logiciel ALCESTE.	32
3.5.3	Intérêt et limites de la méthode.....	33
3.5.4	Phase d'analyse	33
3.6	Les résultats : Des représentations de la fonction au prisme des logiques professionnelles	33
3.6.1	Paroles de Directeurs :.....	34
3.6.2	Paroles de Directeurs des Soins et de Coordonnateur Général des Soins :.....	39
3.6.3	Paroles de médecins, biologistes, radiologues, pharmaciens.....	45
3.6.4	Les attentes des collaborateurs Cadres et Cadres Supérieurs médico-techniques :.....	46
3.6.5	Les coordonnateurs médico-techniques.....	50
3.6.6	Les professionnels paramédicaux – Techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie	53
3.6.7	Synthèse générale des entretiens :	55
4	PLANS D' ACTIONS	57
4.1	Légitimer notre positionnement dans l'institution	57
4.2	Mettre en œuvre une politique de soins médico-techniques	58
4.2.1	Dans le cadre de l'Imagerie Médicale.....	59
4.2.2	Dans le cadre de la Biologie	62
4.2.3	Dans le cadre de l'organisation des Pharmacies	64
4.2.4	Les stratégies d'actions interdisciplinaires du Directeur des Soins.....	64
5	CONCLUSION	69
	Bibliographie	73
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A.N.A.E.S :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
A.N.C.O :	Association Nationale des Coordonnateurs de plateaux médico-techniques
A.P – H.P :	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
C.E :	Comité d'Établissement
C.G.S :	Coordonnateur Général des Soins
C.H.G :	Centre Hospitalier Général
C.H.U :	Centre Hospitalier Universitaire
C.L.I.N :	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
C.M.E :	Commission Médicale d'Établissement
C.M.T :	Cadre Médico-Technique
C.O.M :	Contrat d'Objectifs et de Moyens
C.P.M.T.R :	Coordonnateur de Plateau Médico-Technique et de Rééducation
C.S.M.T :	Cadre Supérieur Médico-Technique
C.S.S.I :	Commission du Service des Soins Infirmiers
C.T.E :	Comité Technique d'Établissement
D.R.H :	Directeur des Ressources Humaines
D.S :	Directeur des Soins
D.S.c.a.m.t. :	Directeur des Soins, Coordonnateur des Activités Médico-Techniques
D.S.S.I :	Direction du Service de Soins Infirmiers
E.N.S.P :	École Nationale de la Santé Publique
G.B.E.A :	Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale
G.P.E.C :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
G.R.H :	Gestion des Ressources Humaines
I.D.E :	Infirmière Diplômée d'État
P.A.C.S :	Picture Archiving and Communication System
R.T.T :	Réduction du Temps de Travail
S.N.M.K.S :	Syndicat National des Masseurs Kinésithérapeutes Salariés.
U.I.P.A.R.M :	Union Inter Professionnelle des Associations de Rééducateurs et Médico-techniques

1 INTRODUCTION

Dans quelques mois, nous serons amené à assumer en qualité de D.S.c.a.m.t, la responsabilité des activités de pharmacie, de stérilisation, de diététique, d'imagerie médicale et de biologie au sein de l'Équipe de Direction d'un C.H.U.

Dans ce contexte, il nous apparaît pertinent, au travers d'un mémoire de fin d'études, de nous interroger sur :

- Les attendus institutionnels à l'égard de cette nouvelle fonction.
- Le contour exact du profil de poste et des missions de cette Direction des Soins spécifique.
- Le positionnement stratégique de cet acteur dans son contexte professionnel.

Ainsi, nous souhaitons démontrer que le Directeur des Soins, Coordonnateur des activités médico-techniques, peut apporter du lien au sein de la chaîne du soin et qu'il peut être un facteur de décloisonnement et de coopération entre les différents acteurs de soins.

Enfin, notre projet consiste également à démontrer à partir de plans d'actions concrets que le D.S.c.a.m.t peut être l'artisan de la mise en œuvre d'une nouvelle politique des soins.

La finalité de notre démarche réside dans la volonté d'optimiser la prise en charge du patient. En conséquence, toute notre démarche sera centrée sur le patient car c'est autour de lui que se définit la mission de l'hôpital et qu'une véritable chaîne du soin pourra se construire en fédérant tous les acteurs autour d'un même objectif.

1.1 Le constat

Depuis 1987 qui a vu la nomination au sein de l'A.P.-H.P des premiers Coordonnateurs de plateaux médico-techniques, le rapport ministériel de Claudine ESPER¹ en 1994 établissant des propositions d'expérimentations pour l'Hôpital Public, qui s'est concrétisé par la mise en place d'une quinzaine de C.P.M.T.R notamment au sein de l'A.P.-H.P, jusqu'à l'intervention du législateur par le biais du Décret du 19 Avril 2002, il s'est opéré un long cheminement conduisant à une évidence : il manquait un maillon dans l'organigramme de la Direction de nos Établissements de Santé Publics.

Par ailleurs, malgré une position statutaire clairement définie, les missions proposées à l'issue de la scolarité au sein de l'E.N.S.P sont très différentes.

¹ ESPER C. *Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public*. Rapport du 4 Février 1994.

Ce mémoire professionnel sera pour nous l'occasion d'évoquer les enjeux liés à la mise en place de cette nouvelle fonction, d'en mesurer les coûts ainsi que les bénéfices éventuels en terme de valeur ajoutée ; tout cela, dans une dynamique de changement du point de vue de la Sociologie des Organisations.

Les différentes composantes de la chaîne du soin, correspondant aux activités médico-techniques, font l'objet d'un cloisonnement entre elles et vis-à-vis des services de soins. Ce cloisonnement nuit à la continuité ainsi qu'à l'optimisation de la prise en charge du patient. Par ailleurs, l'absence d'un lien hiérarchique et fonctionnel entre les services médico-techniques et la Direction des Soins ne favorise pas le développement d'un projet de soins global pour le patient. Enfin, face aux enjeux et aux mutations de l'hôpital (gestion par pôles d'activités, tarification à l'activité), cette carence institutionnelle est un frein à l'optimisation des moyens humains et matériels.

En conséquence, une meilleure coordination des acteurs médico-techniques pourrait permettre d'optimiser la prise en charge du patient, tout en créant de la valeur ajoutée pour le personnel et l'institution hospitalière.

Notre premier stage au sein du C.H.G de Carcassonne ainsi que le second au sein du C.H.U de Montpellier nous ont montré qu'il existait des marges d'optimisation concernant les flux générés par la prise en charge du patient et que leur mauvaise coordination était source de nombreux dysfonctionnements et mécontentements.

Les exemples de la biologie ou de l'imagerie sont significatifs : un retard dans le compte rendu des résultats biologiques ou radiologiques était souvent pointé par les services de soins. Seule une bonne articulation du travail, se traduisant par des contraintes réciproques, permet la satisfaction des partenaires et une prestation de qualité au patient. Ce constat nous permet d'objectiver notre démarche à partir des différents dysfonctionnements et ruptures dans la chaîne du soin constatés sur le terrain.

1.2 La problématique

Notre question de départ, à l'éclairage du constat précédemment décrit et qui débouchera sur des propositions d'actions concrètes est : « Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques, pourquoi et pour quoi faire ? »

Nous serons donc amené à nous interroger, à partir des données contextuelles et historiques, sur la pertinence ainsi que sur l'efficience de l'introduction de D.S.c.a.m.t au sein des Équipes de Direction des établissements hospitaliers à savoir :

Quels sont les déterminants à partir desquels le Directeur des Soins, Coordonnateur des activités médico-techniques construit sa pertinence professionnelle ?

Que deviendra cette pertinence face à un système organisationnel en pôles d'activités dans lequel le législateur n'a pas défini précisément la place du Directeur des Soins ?

De quelle nature pourrait être la plus-value apportée par la collaboration du D.S.c.a.m.t, à l'Équipe de Direction d'une institution hospitalière ?

Ce questionnement s'inscrit dans un contexte de redéfinition de la hiérarchie de la filière médico-technique. Il devra déboucher sur des propositions concrètes et opérationnelles et notamment définir les solutions ainsi que les conditions de réussite de ces futurs acteurs sur l'échiquier hospitalier. Fort des éléments objectivés par notre étude de terrain, qui devrait nous permettre de sortir de notre subjectivité éventuelle ainsi que de nos représentations personnelles, nous devrions être en mesure de conclure ce mémoire professionnel par des réponses de l'ordre du « comment faire » concrètement pour répondre aux exigences des patients et aux attentes de nos futurs partenaires.

1.3 Les hypothèses

L'élaboration d'hypothèses de travail consiste à donner des réponses provisoires à l'égard de nos questions de départ.

Ainsi, l'émergence depuis une quinzaine d'années et l'aboutissement au travers du Décret du 19 avril 2002 de la fonction de D.S.c.a.m.t nous conduisent à formuler les hypothèses suivantes :

- Les équipes médico-techniques, sous l'impulsion de ce nouvel acteur, devraient évoluer d'une logique du cloisonnement vers une logique de la coopération avec les autres partenaires de la chaîne du soin.
- La recomposition des Équipes de Direction pourrait entraîner : d'une part une redéfinition du concept de soin en incluant les prestataires de services (Imagerie Médicale, Biologie, Pharmacie etc...) et d'autre part, un élargissement ainsi qu'un enrichissement des différents Projets de Soins et enfin, par voie de conséquence, une mutation profonde de toute la chaîne du soin au sein des établissements hospitaliers.

Enfin, nous posons le postulat selon lequel le D.S.c.a.m.t est une réponse pertinente dans un objectif d'amélioration de la prise en charge du patient. Cette pertinence serait construite à partir de son expertise professionnelle et dont la résultante correspond à une réelle valeur ajoutée en matière de qualité des soins et d'optimisation des moyens.

2 CADRE CONCEPTUEL

2.1 Le Plateau Médico-Technique

Il n'existe pas à ce jour de définition officielle de cette entité hospitalière. Nous savons cependant que l'architecture a participé à l'élaboration de ce concept au travers de l'hôpital monobloc. L'architecture contemporaine a définitivement abandonné le type pavillonnaire dérivé du modèle établi en France en 1788 par l'Académie des Sciences. Le principe du bloc a été adopté partout, sauf dans certains climats chauds. Mais ce bloc ne doit pas être une simple juxtaposition de services, car le développement de chacun d'eux serait rendu très difficile. Le style d'aujourd'hui se définit par l'élaboration d'une masse complexe et diversifiée dont chaque partie jouit d'une possibilité d'expansion et d'adaptation aux techniques futures. En effet, l'apparition de nouvelles méthodes de diagnostic (IRM, scanner, TEP scan, médecine nucléaire) et de traitement (radiothérapie, radio-isotopes), le regroupement de spécialités médicochirurgicales (cardiologie, neurologie, gastro-entérologie, néphrologie, pédiatrie) et l'individualisation de nouvelles disciplines imposent des remaniements fréquents d'attribution des locaux. Il est donc essentiel que l'architecture hospitalière favorise une flexibilité maximale d'utilisation. Compte tenu aussi de l'augmentation rapide du coût de la construction, le principe de la structure transformable s'est imposé. La forme définitive de l'hôpital ne doit être avant tout qu'une enveloppe d'éléments conçus pour répondre à des fonctions variées et changeantes. Les exigences de la chirurgie, de la radiologie, des laboratoires imposent des techniques très élaborées. Les locaux d'hospitalisation eux-mêmes s'éloignent radicalement de la conception de l'hôtel et doivent permettre le classement des malades suivant le rythme des soins médicaux et infirmiers qui leur sont nécessaires. Selon le concept des soins gradués (*progressive patient care*), on distingue la zone des soins intensifs, celle des soins normaux et celle des soins dégressifs.

Les schémas organisationnels en vigueur en promouvant des chaînages de type industriels ont également participé à l'émergence de cette structure.

Essayons cependant de définir ou dresser les contours de ce qu'est, ou peut être le plateau technique. Selon le contexte de l'hôpital (structurel, organisationnel, stratégique...) le plateau technique est plus ou moins étendu. Dans ce mémoire, par plateau technique, nous entendons les activités de biologie (biochimie, hématologie, virologie, bactériologie, etc...), l'imagerie médicale diagnostique et interventionnelle, la médecine nucléaire (in vivo et in vitro), la radiothérapie, la pharmacie (circuit du médicament et stérilisation) c'est-à-dire les activités paramédicales des personnels médico-techniques.

Les évolutions technologiques, scientifiques et médicales dans un contexte de contraintes économiques font que les plateaux techniques ont une importance stratégique et

financière telle qu'ils constituent une entité incontournable dans la dynamique hospitalière. Depuis 1945, les prestataires de services (laboratoires, imagerie médicale, pharmacie) ont suivi les évolutions de l'hôpital avec le passage de l'assisté à l'assuré, de l'hébergement aux soins, du bénévolat au salariat, enfin, de l'artisanat à l'industrie (tout particulièrement pour les laboratoires et l'imagerie).

2.2 Le Coordonnateur des Activités Médico-Techniques

La coordination s'oppose à l'indépendance naturelle des centres opérationnels. À l'hôpital, les unités de production du centre opérationnel, dont les services médico-techniques, sont relativement indépendantes les unes des autres, il n'y a que peu de hiérarchie opératoire, le degré de spécialisation est élevé et des pratiques corporatistes dominant encore. Chaque unité entretient des relations directes avec son environnement client et tend à s'organiser indépendamment pour faire face aux missions qui lui sont imparties. Cette caractéristique s'accroît avec la taille de la structure², car la rationalité des acteurs peut alors être considérée comme moins grande. En effet, ne pouvant avoir une connaissance générale du fonctionnement de l'organisation, chaque acteur agit en fonction de ses propres buts, de sa propre rationalité et des enjeux sous-jacents qu'il perçoit.

A l'origine de la fonction de C.P.M.T.R, nous trouvons souvent une volonté forte de la Direction de restructurer l'hôpital et/ou le plateau technique de manière transversale et d'avoir un interlocuteur unique et représentatif de ce plateau technique. Dans tous les cas, le souci de rationalisation des moyens impartis au plateau technique semble avoir été déterminant : il faut arriver à une gestion transversale de ce plateau technique considéré comme pôle fonctionnel. Nous comprenons donc aisément que le coordonnateur, à qui l'on demande « d'orchestrer » cet ensemble de métiers, d'activités, de techniques et de compétences diverses, se retrouve au croisement de la recherche de synergies et de la tradition d'autonomie des services, ce qui n'est pas une position facile.

Dans tous les cas, l'émergence de cette fonction répondait à un double besoin : celui de l'institution (rationalisation, optimisation) et celui des professionnels (reconnaissance, expression, partage, écoute...), le tout dans un but d'amélioration de la qualité des prestations hospitalières.

² CRÉMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Les cahiers de gestions hospitalières*. N°59, *Gestions Hospitalières*, mai 1987, N°266.

Les missions, fonctions et rôles des C.P.M.T sont actuellement différents selon les établissements. Cependant il est possible aujourd'hui de dégager des missions, fonctions et rôles communs quel que soit le lieu d'expérimentation (expérimentation lancée par la commission Piquet) ou d'existence de cette fonction hors site d'expérimentation, à savoir :

- coordonner les différentes activités médico-techniques et de rééducation,
- gérer les interfaces avec le corps médical, la direction, le corps infirmier, l'extérieur...
- anticiper les évolutions de ces activités,
- participer à l'élaboration du projet d'établissement et à sa mise en œuvre
- rationaliser les moyens existants,
- optimiser l'organisation en place,
- initier une politique d'évaluation qualitative et quantitative coordonnée,
- contribuer à la définition d'une politique d'amélioration des conditions et des relations de travail,
- mettre en place les conditions pour que la recherche se développe sur les activités qu'il coordonne,
- participer au développement de la formation,
- être un relais dans la communication, qu'elle soit ascendante ou descendante,
- être un médiateur, un animateur et un négociateur.

La notion de coordination des plateaux médico-techniques, expérimentée depuis une quinzaine d'années, a permis de raisonner en terme fonctionnel, opérationnel. Le coordonnateur n'était pas le « super cadre supérieur » du plateau technique, il se situait à l'interface des cadres supérieurs et devait bénéficier pour ce faire d'un positionnement « hiérarchique » équivalent à celui de l'infirmier général et du directeur du service des soins infirmiers. Tous les surveillants chefs médico-techniques ou de rééducation pouvaient prétendre à ce poste.

Les professionnels du plateau technique se caractérisaient par un certain corporatisme, mais ils souhaitaient pouvoir se recentrer, s'exprimer, être entendus, écoutés et représentés.

Dès les années quatre-vingt-dix, on envisageait la mise en parallèle avec la filière Soins. L'un des enjeux était l'évolution de la carrière de l'encadrement du plateau technique. Le dynamisme des infirmières, depuis plusieurs années maintenant, avait ouvert la voie aux besoins de reconnaissance d'autres professions qui pouvaient avoir le sentiment d'avoir été oubliées. De même, la traditionnelle façon de considérer le plateau technique entre autres comme « services annexes » alors que la partie noble de l'hôpital serait l'ensemble des services cliniques, a suscité des frustrations et des revendications bien compréhensibles. Les expériences menées depuis lors n'ont pas été sanctionnées par

l'adoption d'un statut spécifique ni par la définition d'une fiche de poste homogène. Dans une organisation de droit public, où le positionnement de chacun est en principe fondé sur un statut (positionnement hiérarchique), l'apparition d'une responsabilité nouvelle, définie en interne par une fiche de poste dans le meilleur des cas, ne confère pas la reconnaissance ni la légitimité entière de l'institution. C'est pourquoi, la Direction des Hôpitaux y a travaillé avec l'aide d'un groupe interprofessionnel. L'aboutissement de ce travail se trouve pour partie contenu dans le Décret du 19 Avril 2002, instituant la fonction de Directeur des Soins qui incluait outre les filières infirmière, les filières médico-technique et rééducation.

Aujourd'hui, à l'aube de l'arrivée dans les Équipes de Direction des établissements hospitaliers des premiers D.S.c.a.m.t dûment légitimés, la question est : comment procéder pour éviter qu'un texte législatif, qu'un statut ne rigidifient et consolident le fonctionnement préexistant de l'hôpital quand on observe que la mise en place d'instances telles que la Commission du Service des Soins Infirmiers a parfois renforcé le cloisonnement dans nos institutions ? L'innovation devient alors problème et ne fait qu'accroître le malaise initial qu'elle tentait de supprimer. Dans le langage de la théorie cybernétique, il s'agit d'un phénomène de rétroaction négative grâce auquel un système maintient son équilibre interne sans le changer. Il va donc falloir gérer un paradoxe de plus. C'est à cette gestion que ce mémoire de fin d'études nous permet de réfléchir aujourd'hui.

2.3 Le système hospitalier

2.3.1 D'une logique du cloisonnement

La coordination est difficile du fait du déséquilibre existant entre les parties qui doivent se coordonner. Un hôpital étant une organisation de type professionnel, sa reconnaissance résulte principalement des performances des acteurs du centre opérationnel qui sont chargés de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation. Une grande partie du pouvoir se situe donc au niveau du centre opérationnel. Certains auteurs allant jusqu'à décrire l'organisation professionnelle comme une pyramide inversée où les opérateurs professionnels sont au sommet et les administrateurs au dessous d'eux. Ainsi, la coordination sur les décisions stratégiques est problématique. Les organisations professionnelles ont des difficultés à gérer l'organisation au niveau global. Si la coordination des activités quotidiennes au niveau du centre opérationnel se fait de façon quasi naturelle, en particulier grâce à la standardisation des qualifications et des savoirs,

selon MINTZBERG³, les problèmes surviennent essentiellement lors des prises de décisions stratégiques. Celles-ci exigent en effet une forte coopération entre les acteurs, professionnels de santé (centre opérationnel), les personnels administratifs (technostructure) et le sommet hiérarchique. Ainsi, l'analyse des régulations instrumentales qui connectent le centre à la périphérie ne peut se passer d'un complément en terme de stratégie d'acteurs, de pouvoir et de zones de manœuvre⁴.

Le concept de pouvoir, que l'on peut qualifier de relation et non d'attribut des acteurs, permet ainsi d'éclairer l'acteur et sa stratégie. Dans le cadre d'une relation, mettant aux prises des acteurs dans l'accomplissement d'un objectif commun, le pouvoir peut se manifester et devenir contraignant pour l'une des deux parties. Selon CROZIER et FRIEDBERG : le pouvoir est inséparablement lié à la négociation qui est une relation d'échange dans laquelle deux acteurs au moins sont engagés. La forme traditionnelle par laquelle s'exprime le pouvoir est l'autorité⁵. Mais l'exercice du pouvoir n'est pas réservé aux seuls détenteurs de l'autorité : il peut appartenir à chacun des acteurs et émaner de structures informelles.

Tandis que le pouvoir peut se définir comme la possibilité qu'un individu a d'imposer sa volonté à un autre, l'autorité apparaît comme une forme de pouvoir reconnu et traduite dans l'organigramme et est liée au poste hiérarchique ou à la fonction, il s'agit du pouvoir formel ou officiel selon MINTZBERG⁶, qui constitue une forme de pouvoir légitime.

Le pouvoir n'est pas comme l'autorité, une relation d'autorité formelle mais une relation négociée. Ceci implique qu'il n'y a pas de pouvoir sur un acteur sans que ce dernier n'ait la possibilité de vous influencer. CROZIER et FRIEDBERG⁷ retiennent une définition du pouvoir qui est très générale : « Le pouvoir est la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes. » Ainsi le pouvoir ne peut se développer qu'à travers l'échange entre des acteurs engagés dans une relation donnée. Cette théorie permet d'envisager de multiples formes d'autorités remplaçant une autorité unique au centre du pouvoir. Dès lors, l'organisation ne fonctionne plus de haut en bas, le pouvoir s'offrant à celui qui s'en accapare à l'occasion d'une négociation. Le pouvoir est ainsi une possibilité de déterminer, orienter ou diriger la conduite des acteurs avec qui nous sommes en relation. Il résulte de la mobilisation par les acteurs des sources d'incertitudes

³ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les Éditions d'Organisation, 1982.

⁴ CONTANDRIOPOULOS A., SOUTEYRAND Y. *L'hôpital stratège*. Paris : 1994.

⁵ JAMEUX C. Analyse des organisations et entreprises. Points de repères issus de la notion de pouvoir. *Sciences de la société*, 1994, N°33.

⁶ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, 1982.

⁷ CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, collection Points, 1977.

pertinentes qu'ils contrôlent dans une structure de jeu donnée, pour leurs relations ou transactions avec d'autres participants. Le pouvoir à l'hôpital prédomine largement sur l'autorité et est exercé par de multiples acteurs ou groupes. Dans ce contexte, nous comprenons que des ajustements par la négociation sont constants, ce qui ne favorise pas la stabilité de la coordination des acteurs.

2.3.2 Vers une logique de la coopération

L'hôpital apparaît comme un lieu de pouvoir éclaté⁸. La notion de coopération dépend du contexte et contient différents concepts. Le degré de formalisation de la coopération et donc des échanges entre acteurs peut être plus ou moins important. L'intensité de la négociation à laquelle recourent les acteurs qui coopèrent peut être variée. Enfin, l'existence d'éléments communs aux acteurs, dont chacun doit avoir conscience, est par ailleurs nécessaire. Ainsi, l'accent se porte sur des croyances communes, un but ou une intention commune, un savoir commun. Concernant le partage des croyances, PIAGET évoque une échelle commune de valeurs et DE TERSAC un référentiel commun et une vue partagée. Ainsi, le fait de passer d'un niveau de croyance individuel à un niveau de croyance collectif rend le partage des croyances possible.

Concernant l'existence d'objectifs communs aux acteurs, qui soient à même de guider l'action⁹, JR GALLIER affirme : « La coopération existe entre deux agents par rapport à une proposition quand un agent reconnaît que l'autre agent a pour but la réalisation de cette proposition et qu'il est engagé à résoudre ce but comme un but commun, en relation avec les autres agents qui l'ont aussi pour but et ceci suite à un choix délibéré. Ainsi, la coopération existe entre deux agents par rapport à une proposition, si au moins un des deux agents est engagé dans la réalisation de cette proposition en rapport avec les autres agents pour qui elle constitue un but et, ceci, suite au fait qu'ils croient avoir un but commun ».

La coopération est un moyen de maximiser les gains, c'est-à-dire de créer de la valeur pour les acteurs.

⁸ GROSSIER E., JANCOURT D., NIZARD G. Le déplacement du pouvoir à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, 1996.

⁹ GALLIER J R. *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*. Toulouse : Octaves, 1994.

A) L'hôpital en tant que système

Pour Michel CROZIER, le modèle organisationnel hospitalier est confronté à deux alternatives opposées : d'une part une organisation de type bureaucratique et d'autre part une organisation de type humaniste. L'organisation bureaucratique ne connaît que les circuits techniques et les coûts managériaux. Elle cherche à optimiser toutes les activités en fonction de l'usage des matériels (Scanners, IRM, automates) et des plateaux techniques considérés comme la variable clef. L'organisation humaniste va accepter une sous optimisation de ces divers matériels lourds parce qu'elle veut tirer parti au maximum de la ressource humaine, aussi bien celle que constituent les professionnels de santé que celle représentée par l'usager. La complexité liée au développement technologique de l'hôpital ainsi qu'à la pression de l'environnement ne permet plus une intégration de l'activité hospitalière par la seule imposition d'un ordre hiérarchique autoritaire, encore moins par la multiplication des dispositions réglementaires. Les structures hospitalières sont confrontées à des dysfonctionnements majeurs pour la plupart liés au cloisonnement inter métiers et inter secteurs qui gênent considérablement la réalisation des projets d'établissements. La réussite de tels projets suppose la coopération des acteurs ainsi que la coordination de l'action collective à partir d'objectifs partagés.

D'après MINTZBERG, l'hôpital, bureaucratie professionnelle, se caractérise par des logiques fonctionnelles appuyées sur la primauté de son centre opérationnel. Son fonctionnement se faisant à partir d'un grand nombre d'unités élémentaires et indépendantes. Mais également par l'importance des fonctions de support logistique qui soulagent le centre opérationnel de tâches considérées comme accessoires au regard de la mission fondamentale de soins, une ambiguïté du sommet hiérarchique qui doit répondre à des tutelles multiples, dont les préoccupations ne sont pas toujours convergentes. Enfin, il existe une prédominance du relationnel, c'est-à-dire de l'ajustement mutuel, ceci étant favorisé par la standardisation des qualifications.

Les difficultés se situent presque toujours à l'interface entre plusieurs métiers, plusieurs fonctions ou catégories.

B) Le management par projet

La transformation de la structure hospitalière se traduit par le passage d'une structure verticale à des structures moins formelles constituant des réseaux de travail eux-mêmes liés au développement de dépendances horizontales¹⁰. Une telle transformation procède d'une logique de projet qui, si elle donne plus de souplesse et de réactivité à l'échelon

¹⁰ GONNET F. *L'hôpital en question(s)*. Paris : Lamarre, novembre 1992.

opérationnel pour permettre aux acteurs de trouver de nouvelles formes d'organisation leur permettant d'intégrer les impératifs conjoncturels d'efficience (meilleure qualité des prestations au moindre coût), présente le risque d'un éclatement de la politique d'établissement. A ce titre, elle nécessite la présence d'un pouvoir central fort sur lequel repose la cohésion des acteurs autour d'une politique d'établissement cohérente, validée et clairement affichée dans le projet d'établissement.

Cette transformation vise la réactivité stratégique de l'organisation hospitalière. Elle confronte le système hospitalier à sa capacité d'ouverture à la fois interne (décloisonnement inter métiers et inter secteurs) mais aussi sur son environnement externe.

C) La contractualisation interne

Le contrat suppose une démarche de concertation interne et externe à l'établissement. Durant la phase d'élaboration du contrat, il importe que toutes les instances représentatives, notamment la Commission des Soins, soient tenues informées de l'état d'avancement des travaux. Dans ce cadre, l'ensemble des équipes sont informées afin de formuler des propositions en s'appuyant sur le Projet d'Établissement. La contractualisation interne est inscrite dans l'article L.714-26-1 de l'Ordonnance du 24 avril 1996. Dans ce cadre réglementaire, les équipes médicales et paramédicales avaient la possibilité de faire des propositions au Directeur d'établissement dans le sens de procédures de contractualisation interne. Le Plan Hôpital 2007 est venu donner un coup d'accélérateur et les Centres de Responsabilités facultatifs sont devenus des Pôles d'Activités soumis au principe de Tarification à l'Activité. La contractualisation interne induit le principe de subsidiarité. Ce principe repose sur l'idée que chaque acteur occupe la totalité des pouvoirs qui lui appartiennent et que ceux qui sont au sommet de la pyramide ne conservent que les pouvoirs qu'ils ne peuvent exercer. Nous passons donc d'une logique de l'obéissance à une logique de l'initiative et de la responsabilité. Dans le contexte actuel, où la place du Directeur des Soins n'est pas totalement définie à l'égard des Pôles d'Activités, son action sera de promouvoir des zones de compétences partagées par le passage d'une problématique d'actes professionnels à une stratégie de coordination des activités. Nous reprendrons les propos d'Henry MINTZBERG¹¹, lorsqu'il déclarait que «il est très difficile de changer une organisation du travail si vous ne connaissez pas de façon intime le métier. Les administratifs de la santé ne peuvent comprendre qu'avec énormément de difficultés ce qui se passe chez les cliniciens. Cela ne veut pas dire qu'il faut laisser faire les cliniciens. Cela veut dire qu'il faut les amener à

¹¹ MINTZBERG H. Nous vivons dans le culte du management. *Sciences Humaines*, hors série mars/avril 1998, n°20.

prendre eux-mêmes en charge le problème ». A l'éclairage de la Sociologie des Organisation et des propos de H MINTZBERG, dans le cadre de l'élaboration ainsi que de l'accompagnement des projets issus de la contractualisation interne, la création de Directeurs des Soins responsables de la qualité des soins, de la rigoureuse mise en application du Projet de Soins, ainsi que de la continuité et de la cohérence du chemin clinique du patient, nous paraît des plus pertinente.

2.4 Définitions des concepts théoriques

2.4.1 Les concepts de découplage, de coopération, les mécanismes de coordination

La théorie de « l'idéal type » de Max WEBER ainsi que les travaux de François DUPUY¹², décrivant l'art d'améliorer le système hospitalier autour du client et des attentes sociales, distinguent les concepts de coordination et de coopération. En effet, la coordination renvoie à des acteurs isolés, chacun « dans son coin », au symbolisme des alvéoles, du nid d'abeilles. Ce mode managérial nécessite des ponts, des passerelles, des missions transversales, beaucoup d'énergie. Par contre, la coopération prévoit que plusieurs acteurs travaillent ensemble pour la résolution d'un problème et acceptent de « se marcher sur les pieds ». Dans ce cas de figure, les domaines d'activités peuvent s'interpénétrer, se chevaucher.

L'hôpital d'aujourd'hui fonctionne plutôt sur le mode de la coordination et tend vers la coopération.

Il est une autre dimension du cloisonnement qui correspond à la dimension comportementale, une dimension quasi éthologique¹³ ou anthropologique¹⁴. Chaque groupe, à l'intérieur de l'hôpital, que ce soit à l'intérieur d'un service ou à l'intérieur d'une profession, s'identifie à des habitudes culturelles qui sont parfois très implicites, à des comportements qui sont presque caricaturaux par rapport aux autres groupes professionnels. C'est sur cette dimension comportementale que le D.S.c.a.m.t va essayer d'agir, pour tenter de parvenir à un changement d'état d'esprit qui rendrait, dans un deuxième temps, plus faciles les relations entre les différentes composantes de la chaîne du soin. Dans notre description, le cloisonnement ne signifie pas autarcie. Les unités ne sont pas complètement isolées les une des autres, elles entretiennent des relations. Il y a

¹² DUPUY F. *Le client et le bureaucrate*. Paris : Dunod, 1998.

¹³ ÉTHOLOGIE : Etude scientifique du comportement des animaux dans leur milieu naturel.

¹⁴ ANTHROPOLOGIE : Etude des caractères communs à un groupe d'individus appartenant à une même société).

énormément de flux entre les différentes unités. Le problème est que tous ces flux ne sont pas optimisés, c'est là que résident les effets pervers du cloisonnement. En outre, ces flux ont, pour la plupart, un point commun ; ils sont gérés, même s'il n'est pas décideur, par l'encadrement soignant, l'encadrement des services administratifs, des services logistiques et médico-techniques. L'encadrement est donc à l'intersection d'une majeure partie de flux entre services. En conséquence, le D.S.c.a.m.t devra faire en sorte que l'encadrement devienne un des leviers majeurs du décloisonnement à travers une harmonisation des procédures, des référentiels écrits gérés au sein des services et des flux.

2.4.2 Le concept de leadership

La notion de leadership est indissociable de la notion d'autorité. L'autorité du D.S.c.a.m.t ne s'attachera pas seulement au statut ou au grade, mais à la compétence. Selon TAYLOR, la coordination passait par une ligne unique, le long de laquelle descendaient en cascades responsabilité et autorité. Plus tard, avec l'introduction des structures matricielles, on a fait l'expérience de l'autorité partagée. Aujourd'hui, l'hôpital s'achemine vers une répartition de l'autorité plus éclatée, s'appuyant sur des structures plus souples, plus plates, plus évolutives où la notion de compétence, de rapidité de réaction et d'adaptation prime sur l'autorité rigide. Ainsi, le leadership devient multiforme au gré des besoins, le personnel est polyvalent, les modes d'intégration multiples. L'autorité statutaire laisse alors la place à l'autorité basée sur l'expérience, l'expertise et la connaissance.

Les principes du management classique, sans cesse améliorés et maîtrisés par les managers gestionnaires avec leurs plans pluriannuels, leurs budgets et leurs processus, afin de gérer de mieux en mieux, s'avèrent de plus en plus insuffisants. En effet, dans un monde hospitalier de plus en plus complexe et imprévisible, il est devenu au moins aussi important d'oser créer ensemble le futur hôpital que veulent le patient et la société. La vitesse de conception et de mise en œuvre des changements face aux mutations (tarification à l'activité, relance de l'investissement, simplification des procédures administratives, nouvelle gouvernance) est devenue primordiale.

Il n'existe pas de modèle type de leader. Le D.S.c.a.m.t ne peut rassembler toutes les qualités, seule une équipe peut tendre à les rassembler. Les caractéristiques nécessaires du bon leader dépendent des situations dans lesquelles se trouve l'organisation : crise, restructurations internes, fusions. Par exemple, pour une situation de restructuration (laboratoires, imagerie, etc...), il peut être suffisant d'être le leader «de » métier. Par contre pour une stratégie de développement, de coopération, il faut que le D.S.c.a.m.t soit le leader « du » ou « des » métiers de son organisation.

Daniel GOLEMAN¹⁵ définit les déterminants qui constituent l'étoffe d'un leader ainsi que la place de l'intelligence émotionnelle (conscience de soi, maîtrise de soi, motivation, empathie, aptitude sociale) en matière de management. Ainsi, il démontre que les leaders les plus efficaces ont un point commun : ils présentent tous un quotient émotionnel élevé, d'autre part, plus le rang d'un dirigeant performant est élevé, plus son quotient émotionnel intervient dans son efficacité, les personnes douées d'une forte conscience d'elles-mêmes sont capables de parler précisément ouvertement de leurs sentiments. Les personnes qui maîtrisent leurs émotions et leurs impulsions créent un climat de confiance et de justice. Sur la base des recherches qu'il a effectuées auprès de plus de 3000 dirigeants, GOLEMAN explore les modes de leadership qui donnent les meilleurs résultats. Il distingue six styles différents de leadership qui découlent chacun d'une composante particulière de l'intelligence émotionnelle individuelle. Ces styles affectent différemment le climat de travail au sein d'une organisation, d'un service ou d'une équipe et influencent par conséquent sa performance. Le leader coercitif exige une soumission immédiate, le leader autoritaire mobilise les acteurs autour d'une vision, le leader affectif crée des liens personnels et une certaine harmonie, le leader démocratique vise un consensus basé sur la participation, le meneur recherche l'excellence et l'autonomie et enfin le « coach » forme ses collaborateurs en pensant à l'avenir.

Les recherches montrent que les leaders qui obtiennent les meilleurs résultats ne recourent pas à un style unique de leadership. GOLEMAN précise quel style convient le mieux selon les situations professionnelles et explique comment les leaders qui ignorent un ou plusieurs modes de leadership peuvent étoffer leur répertoire.

2.4.3 Le concept d'identités collectives

Parmi les problématiques auxquelles sera confronté le D.S.c.a.m.t, face à la diversité des groupes d'acteurs professionnels dont il aura la charge, sont celles liées à la notion d'identité et de culture.

La différence entre identité et culture est très ténue. Différents déterminants participent à l'émergence du concept d'identité. En premier lieu, il existe des déterminants personnels. Ces déterminants vont créer à l'intérieur de l'organisation hospitalière un noyau de spécialités, agencé autour d'un système de valeurs partagées. En deuxième lieu, nous trouvons des déterminants socioculturels. Les acteurs ont alors en commun un cursus, une formation, un état d'esprit, un réseau. Ces points communs vont cimenter la cohésion du groupe professionnel et vont former une image collective de l'hôpital. Ensuite, nous

¹⁵ GOLEMAN D. *L'intelligence émotionnelle et impact et efficacité des différents styles de leadership*. Éditions d'Organisation.

trouvons des déterminants d'ordre historique. C'est dans l'histoire que se construit l'identité, qu'elle s'inscrit, se forme et se pérennise. Enfin, va naître l'identité de l'hôpital entreprise. Son unicité va s'imposer, faisant d'elle quelque chose de différent, la culture spécifique de tout établissement hospitalier.

Une explication adéquate des relations entre groupes professionnels exige de faire référence aux représentations, aux croyances que les acteurs, membres des groupes en présence échafaudent mutuellement. Ces croyances sont des stéréotypes. Les psychosociologues définissent les stéréotypes comme des croyances à propos des caractéristiques, attributs et comportements des membres de certains groupes professionnels (HILTON et VON HIPPEL, 1996).

Les stéréotypes servent différentes fonctions (TAJFEL, 1981). Deux d'entre elles sont de nature individuelle. La première est cognitive : il s'agit de mettre de l'ordre dans son environnement social, de lui donner un sens. La seconde consiste à préserver les valeurs existantes. Trois autres fonctions sont qualifiées de sociales : la première est une fonction d'explication. Les stéréotypes serviraient à expliquer la réalité sociale. À travers la fonction de justification sociale, liée à la précédente, le stéréotype permettrait de rationaliser les actions collectives à l'égard de l'exo groupe. Enfin, la dernière fonction, de différenciation, est liée à l'identité sociale ou professionnelle. Parmi les différentes fonctions remplies par les stéréotypes, la plus évidente est sans doute la mise en valeur et la différenciation de l'endogroupe, source de tous les corporatismes au sein des groupes professionnels et extrêmement prégnant chez les professionnels médico-techniques.

Le concept d'identités collectives joue un rôle central dans les relations intergroupes professionnels, notamment au sein des filières médico-techniques à l'hôpital. Les dynamiques identitaires correspondent à des causes et les relations intergroupes comme des effets. Selon la théorie de l'acculturation proposée par SABATIER et BERRY en 1994, les individus confrontés au contact interculturel se poseraient deux questions : est-ce important de maintenir son identité culturelle ? Est-ce important de promouvoir des relations positives avec l'exo groupe ? Les quatre combinaisons de réponses à ces questions produisent quatre orientations identitaires différentes. D'une part, une réponse positive à ces deux questions correspond à une orientation d'intégration. Cela signifie que l'acteur désire maintenir sa culture d'origine et en même temps acquérir une autre culture. Le résultat se traduit par un multiculturalisme propice à l'interdisciplinarité. D'autre part, si l'acteur désire maintenir sa culture mais rejette le contact interculturel, son orientation serait de type séparatiste, propice au cloisonnement. Par ailleurs, un rejet de la culture d'origine combiné avec une attitude favorable envers le contact caractériserait une orientation d'assimilation se traduisant par une perte, une moins value pour l'institution.

Enfin, si l'acteur rejette sa propre culture et la culture institutionnelle, il est qualifié de marginal. Ce dernier cas ne constitue pas une orientation identitaire en tant que telle.

Une déduction importante de ce modèle théorique concerne la possibilité du biculturalisme ou du multiculturalisme au niveau d'un acteur. Ainsi, le D.S.c.a.m.t ne devra pas sous-estimer la capacité des acteurs à intégrer plusieurs cultures.

Le comportement collectif impliqué dans les relations intergroupes concernant les professionnels médico-techniques se produit par un modelage et l'harmonisation des perceptions et motivations individuelles. Dans le cadre d'un accompagnement, le D.S.c.a.m.t visera à les convaincre de se rassembler et d'agir collectivement dans le but de promouvoir les intérêts du patient. Par ailleurs, il prendra en compte le contexte culturel, historique et sociologique, afin de faciliter la concertation en vue de l'action collective.

2.4.4 Les défis du Directeur des Soins : le management de la multidisciplinarité et la quête de l'interdisciplinarité

Avant de parler de multidisciplinarité ou d'interdisciplinarité, il faut bien comprendre la notion de disciplinarité. L'historien des sciences GUSDORF (Réflexions sur l'interdisciplinarité, 1989) nous rappelle qu'étymologiquement le mot discipline (du latin disciplina) évoque un enseignement reçu par le disciple qui concède au maître une autorité en raison de la supériorité de son savoir. C'est cette reconnaissance de l'autorité qui donne « le caractère rigide à l'idée de discipline ». En tant que catégorie organisationnelle dans l'ordre de la connaissance, la discipline s'est instituée au cours du XIXe siècle avec l'avènement des universités modernes, puis avec l'effervescence de la recherche scientifique, à laquelle en revanche, les disciplines ont d'ailleurs contribué à leur tour par le découpage et la construction d'objets sur la base desquels l'avancement des connaissances a connu un essor considérable par le biais de la spécialisation (MORIN, 1994). Aujourd'hui, la maîtrise d'une discipline confère à son adepte un domaine des compétences qui lui sont reconnues par ses pairs et qui légitiment certaines pratiques établies. Chaque discipline tend à être autonome, construisant et entretenant ses frontières, possédant son langage propre, ses concepts et ses théories qui l'isolent jusqu'à en oublier que « son » objet aura été extrait d'un tout et qu'il est ainsi relié aux objets d'autres disciplines. À la limite, la fermeture d'une discipline sur elle-même engendre, pour reprendre les termes de MORIN (1994), un risque d'hyperspécialisation qui s'accompagne du réflexe de protection du territoire de connaissances ainsi occupé, que le spécialiste en vient à considérer comme sa propriété, ce qui est le cas pour l'Imagerie et la Biologie. De là, tout est en place pour qu'une logique de convictions, d'opposition et de confrontation conduise trop souvent au dogmatisme. Lors de la mise en

contexte d'équipes multidisciplinaires, sans une volonté d'échange, les discussions entre spécialistes risquent fort de ressembler à un dialogue de sourds, de dégénérer en conflits ou, au mieux, de prendre la forme d'une succession de monologues hermétiques (GUSDORF, 1989). Ce phénomène d'incompréhension mutuelle est à la source de frustrations importantes qui compromettent souvent le partage des idées et l'avancement des projets à l'hôpital.

2.4.5 Les concepts de pluridisciplinarité, d'interdisciplinarité, de transdisciplinarité et de transversalité

Nous pouvons en quelques mots tenter de définir ces notions.

La pluridisciplinarité peut être entendue comme une association de disciplines qui concourent à une réalisation commune, mais sans que chaque discipline ait à modifier sensiblement sa propre vision des choses et ses propres méthodes. À ce titre, la pluridisciplinarité existe depuis longtemps, même si son importance s'est accrue de nos jours. Toute réalisation technique mettant en jeu des corps de métiers divers correspond en fait à une entreprise pluridisciplinaire. Les disciplines mixtes sont nées pour la plupart au cours du XXe siècle. Or, dans le champ social, pour qu'il y ait dialogue, il faut être au moins deux. Le pluriel est donc bien une des conditions requises.

L'interdisciplinarité, née dans les années 50, poursuit en revanche des objectifs plus ambitieux. Son but est d'élaborer un formalisme suffisamment général et précis pour permettre d'exprimer dans ce langage unique les concepts, les préoccupations, les contributions d'un nombre plus ou moins grand de disciplines qui, autrement, restent cloisonnées dans leurs jargons respectifs. Il va de soi que, dans la mesure où un tel langage commun pourra être mis au point, les échanges souhaités s'en trouveront facilités. En outre, la compréhension réciproque qui en résultera est l'un des facteurs essentiels d'une meilleure intégration des savoirs. Enfin, l'histoire des sciences est là pour nous rappeler que les échanges entre des domaines de connaissance éloignés, lorsqu'ils ont pu se produire, ont toujours été la source de progrès scientifiques ou techniques importants. Or, le dialogue est là encore présent. Comme dit RESWEBER¹⁶: « La méthode interdisciplinaire est une tentative parmi d'autres pour déployer la scène oubliée du savoir, pour mettre en scène le phénomène de la constitution de la connaissance. Elle rend salutaire le processus de la division et de la prolifération de la science, car sans le dialogue qu'elle organise entre les disciplines, le savoir n'aurait jamais su qu'il est fait pour être vu ». Ainsi, le dialogue devient à la fois cause et conséquence de l'interdisciplinarité.

¹⁶ RESWEBER J.P. *La méthode interdisciplinaire*. Paris : PUF, 1981. 175 p.

La transdisciplinarité est un concept très récent, puisqu'il n'apparaît qu'après la première moitié du siècle. Il semble que ce soit des auteurs comme PIAGET, MORIN ou LICHNÉROWICZ qui l'utilisent pour la première fois dans les années 1970. Après de nombreuses fluctuations, le sens du mot "transdisciplinarité" tend aujourd'hui à se stabiliser. Nous comprenons, disent CAZENAVE et NICOLESCU, par transdisciplinarité à la fois ce qui est au-delà de toute discipline et ce qui traverse toutes les disciplines possibles. Or dans l'idée de traverser, on retrouve l'étymologie du mot dialogue.

La pluridisciplinarité ne peut pas être une méthode, puisqu'elle est de fait. Elle est plutôt la donnée à partir de laquelle peuvent s'élaborer une pratique, une méthode de recherche et une pensée. Une pratique qui tient compte de la réalité plurielle du savoir. L'interdisciplinarité pourrait jouer ce rôle. Elle a la prétention de lutter contre la fragmentation de l'homme et la désintégration du savoir. À l'instar de ce que déclarait GUSDORF (Encyclopaedia Universalis) : « Le progrès de la connaissance, bien loin de correspondre à un développement organique, évoque la prolifération anarchique de cellules cancéreuses dont chacune se multiplie pour son propre compte sans respecter aucune régulation d'ensemble, avec le risque de mort intellectuelle que cela implique ». Une fois passé le constat de la pluridisciplinarité, est donc venu le temps pour le D.S.c.a.m.t de la question de la possibilité d'une pratique de l'interdisciplinarité, c'est-à-dire de tenter de réaliser la connexion, ce fameux dialogue entre les disciplines comme moyen « d'agir communicationnel », comme moyen de faire passer les messages. En conséquence, l'interdisciplinarité permettra au D.S.c.a.m.t de poser des ponts et d'établir des passages entre les isolats, d'ouvrir des portes, comme le définit Georg SIMMEL : « Toute œuvre de civilisation est à la fois porte et pont. Les organisations sont prises entre une tendance à la continuité et à la cohésion, qui assure son maintien dans le temps, et une tendance à la discontinuité et à la division, qui favorise d'autant plus l'individualisme que le groupe social s'élargit ». Pour échapper à « la myopie hagarde du repli sur soi-même », il faut, déclare Edgar MORIN, « mettre ensemble les connaissances acquises », parce que, selon lui, « un savoir n'est pertinent que s'il est capable de se situer dans un contexte et que la connaissance la plus sophistiquée, si elle est totalement isolée, cesse d'être pertinente ». Et, s'inspirant de Blaise PASCAL qu'il cite volontiers, il écrit : « Je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties ». Et de fustiger « le règne des experts, c'est-à-dire des techniciens spécialistes qui traitent des problèmes découpés et qui oublient les grands problèmes, car les grands problèmes de l'hôpital sont transversaux, ils sont multidimensionnels, ils sont transdisciplinaires. Seule l'interdisciplinarité permet de tenir compte de cette dimension plurielle. L'interdisciplinarité peut aussi vouloir dire échange et coopération et devenir ainsi quelque chose d'organique ». C'est évidemment cette deuxième forme qui a la préférence d'Edgar

MORIN. Et, pour montrer à quel point les échanges entre les différentes disciplines sont importants à ses yeux, il préfère la qualifier de « transdisciplinarité ».

Le concept de transversalité fait référence aux relations horizontales au sein de l'hôpital entreprise. Ces relations ne sont pas nouvelles dans l'organisation, elles ont toujours existé et elles existeront toujours, mais force est de constater que si elles étaient présentes dès la création de la première organisation humaine, les théoriciens les ont longtemps négligées au profit des relations verticales bien plus faciles à contrôler et à réguler.

Dès le début du 20^{ème} siècle, des voix s'élevèrent (Mary PARKER FOLLET entre autres) pour remettre en question cette verticalité sécurisante prônée par les premiers grands théoriciens (FAYOL, TAYLOR, WEBER). Mais il faudra attendre les années 1980/90 pour démontrer qu'en privilégiant les relations verticales, l'entreprise hôpital s'enfonçait dans la bureaucratie, les lourdeurs hiérarchiques, la routine et l'inefficacité. Un autre modèle, capable de relancer la communication et de faciliter la réactivité, devait être trouvé. Ce nouveau modèle, la transversalité, valorise l'échange, le partage, en un mot l'équité et la confiance et a donc rompu radicalement avec ce principe de cloisonnement. Plus question de construire des citadelles, gardant jalousement pour elles des informations qui seraient utiles pour le service voisin, plus question de se replier sur son unité en cas de problèmes : l'hôpital entreprise, système ouvert sur l'extérieur, s'ouvrait enfin sur lui-même. En totale rupture avec ce qui se pratiquait dans le passé, la transversalité, déjà largement prônée au Japon et en Allemagne est apparue au grand jour en France avec l'introduction des chefs de produits et de projets. Mais c'est avec les structures matricielles, la gestion par projet, les structures en réseaux qu'elle a acquis ses lettres de noblesse. Au sein de l'hôpital, la transversalité participe au décroisement, à la réduction de la différenciation, au raccourcissement des délais de réaction et de coordination.

2.4.6 Le concept de processus

Un processus est un ensemble de ressources et un enchaînement d'activités liées qui transforme des éléments entrants en éléments sortants dans un environnement donné. Comme le définit J. de ROSNAY¹⁷, il s'agit d'une sorte de boîte noire qui a une finalité (les données de sortie ou résultats) et qui pour atteindre cette finalité utilise des éléments extérieurs (données d'entrée) et les transforme en leur donnant une valeur ajoutée par du travail et des outils (activités, ressources).

¹⁷ ROSNAY J. (de) *Le macroscope*. Seuil, Collection Points, 1975.

Pour le D.S.c.a.m.t, un processus médico-technique produit un résultat en terme de services, ayant une valeur pour le client. Dans une gestion continue de la qualité des prestations médico-techniques, un processus correspond à une succession de tâches réalisées à l'aide de moyens tels que les ressources en personnel, les équipements, le matériel, les informations, les procédures. Le résultat escompté est un produit, une prestation. L'approche processus permet d'identifier et d'évaluer les activités qui composent la prise en charge du patient et de proposer des améliorations. La finalité d'une analyse par processus est de mettre en place une mesure de performance par des indicateurs.

2.4.7 Les notions de projet de soins, de chaîne du soin et de chemin clinique

L'intégration de Directeurs des soins issus de la filière médico-technique et de rééducation dans les Équipes de Direction marque le passage du concept de Soins Infirmiers au concept de Soins au sens global du terme. Parallèlement à l'avènement de ces collaborateurs, membre de l'Équipe de Soins, les notions de « chaîne du soin » ou encore de « chemin clinique » prennent tout leur sens. Le chemin clinique du patient ou « suivi systématique du client » propose un circuit coordonné des soins, incluant tous les maillons de la chaîne du soin, du début à la fin d'un épisode de soins à l'hôpital, pour un patient donné, afin d'atteindre des résultats cliniques négociés au meilleur coût et dans les délais établis. Il s'agit d'une activité transversale qui priorise la satisfaction du patient. Ce suivi est réalisé en groupe pluridisciplinaire incluant médecins, paramédicaux et administratifs, piloté par la Direction des Soins. L'analyse des circuits patients revêt à la fois un intérêt économique mais s'intègre dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Des évaluations régulières permettent de mesurer les écarts avec les objectifs fixés et de proposer des actions correctives. Ces évaluations peuvent être faites « à l'aveugle » ou par Groupes Homogènes de Malades. La Direction des Soins, en cohérence avec le Projet d'Établissement, le Projet Médical et le Projet de Soins, possède par là, un levier permettant d'optimiser les ressources humaines et matérielles de l'établissement, d'influencer la Durée Moyenne de Séjour des patients, d'améliorer la qualité des soins, de répondre aux attentes de la clientèle et enfin, de maîtriser les coûts. Ce dispositif va dans le sens d'une pratique pluridisciplinaire et implique très fortement le corps médical. Par ailleurs, il valorise l'expertise soignante au sens large (tous les acteurs sont impliqués et concernés : services cliniques, imagerie, biologie, rééducateurs, pharmaciens). Il améliore la coordination et la continuité des soins, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, pour le patient. Parmi les conséquences attendues, nous évoquerons la valorisation des équipes, ainsi que le décroisement de l'institution.

Dans ce contexte, le D.S.c.a.m.t pourrait être le relais de la politique de soins auprès des différents prestataires de services.

2.4.8 Le concept de plus-value et de valeur ajoutée

Le concept de valeur ainsi que son analyse sont nés à la suite des travaux de L.D MILES en 1947 dans l'entreprise Général Électric. Ce concept et ses applications ont été utilisés dans le monde industriel (Airbus Industrie, Ariane Espace, construction automobile, etc...). Le D.S.c.a.m.t privilégiera des actions innovantes permettant de faire face à des difficultés souvent inextricables. Cet acteur du système hospitalier ne devra pas ignorer que la valeur est le fruit de compromis entre les acteurs du système et leurs représentations des différentes contraintes¹⁸. L'analyse de la valeur par le D.S.c.a.m.t cherchera à répondre aux besoins du patient en engageant le minimum de moyens, ces besoins étant comblés grâce aux fonctions d'un produit : les prestations médico-techniques.

Du point de vue de l'analyse systémique, l'étude de la plus-value engendrée par l'action du D.S.c.a.m.t correspondra à répondre à un certain nombre de questions. La première question concernera les objectifs pour lesquels le système a été conçu. La deuxième concernera les actions à mettre en oeuvre pour satisfaire ces objectifs. Enfin, le questionnement se focalisera sur l'organisation du système nécessaire pour réaliser ces objectifs. L'analyse de la valeur consistera à remettre en cause un produit existant, à partir de la redéfinition des besoins et de la recherche systématique du minimum de moyens nécessaires à la réponse de ces besoins.

L'analyse de la valeur, par sa démarche, ses concepts et ses outils, constitue une approche systémique de l'évaluation et de la conception des produits et services.

Le D.S.c.a.m.t participera à créer de la valeur ajoutée par une méthodologie d'optimisation des moyens en conciliant les différentes parties prenantes à savoir : le patient, les professionnels et l'institution. En effet, l'action du D.S.c.a.m.t passera par la prise en compte des contraintes financières de l'hôpital, des intérêts du personnel, notamment au travers du concept de flexibilité, qui correspond au niveau de l'acceptable, et enfin de l'intérêt du patient, où l'analyse de la valeur sera centrée sur le temps de prise en charge, donc sur le temps d'attente et sur la coordination des acteurs qui doivent intervenir au bon moment du processus afin d'optimiser la prise en charge.

Un processus est l'ensemble des activités produisant un produit à valeur ajoutée pour un client. Les processus décrivent la chaîne de valeur de l'hôpital, puisqu'un processus

¹⁸ CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, collection Points, 1977.

produit un résultat (prestations médico-techniques) ayant une valeur pour le client (interne ou externe).

2.4.9 Le concept d'expertise professionnelle

Nous posons comme postulat que : parmi les éléments qui ont conduit le législateur, au travers du décret du 19 avril 2002, instituant la filière médico-technique comme élément constitutif de la Direction des Soins, l'expertise professionnelle propre à ces professionnels issus des secteurs de l'imagerie et de la biologie, constituait une réponse en terme de complémentarité aux attentes des équipes de Direction des Établissements en général et de Direction des Soins en particulier.

Selon la définition du Petit Robert, l'expert est « une personne choisie pour ses connaissances techniques et chargée de faire des constatations, des évaluations ». Il se caractérise par l'excellence, la transparence et le caractère approprié de son expertise par rapport à la question posée. Le recours à un Directeur des Soins expert en matière de plateau médico-technique est d'autant plus important que l'expertise dans le domaine de la santé est complexe. En effet, elle intègre des points de vue et des dimensions hétéroclites, aussi bien techniques et cliniques que sociologiques, juridiques et économiques. L'expertise est une forme de délégation temporaire de pouvoir ou de compétence, sur la base d'une commande particulière. La question de l'éthique du fonctionnaire, formulée comme principe d'action par Max WEBER, qui a distingué dans son ouvrage « le savant et le politique », l'éthique de conviction de l'éthique de responsabilité se pose à l'expert médico-technique. Sa responsabilité est alors entendue comme l'obligation ou la nécessité de répondre de ses actions ou de celles des autres devant une autorité. Poser en ces termes la responsabilité de l'expert, c'est réfléchir en termes de devoirs : devoir d'agir dans l'intérêt du patient, devoir de ne pas être négligent. L'article 28 du Statut Général de la Fonction Publique précise que : « tout fonctionnaire, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées...Il n'est dégagé d'aucune responsabilité qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés ».

3 ÉTUDE DE TERRAIN

3.1 La méthodologie

Ce mémoire professionnel se devait de s'appuyer sur une méthode théorique adaptée à l'analyse du réel, de l'hôpital d'aujourd'hui, avec ses réseaux, ses enjeux, ses missions, ses acteurs, sa complexité.

3.1.1 Analyse systémique

Notre objet de recherche étant la fonction de D.S.c.a.m.t au cœur du système de soin hospitalier, il nous est apparu que cette étude pouvait macroscopiquement et de manière pertinente se faire au travers d'une analyse systémique, stratégique et critique, telle que celle prônée par M. CROZIER, E. FRIEDBERG et R. SAINSAULIEU¹⁹.

Face à l'émergence de cette nouvelle fonction dans le système organisationnel hospitalier, notre travail de recherche aura à recueillir, analyser et interpréter le positionnement, les représentations et les attentes des différents acteurs à l'égard de cette fonction, tout cela au sein d'une problématique de « changement ».

Le principe fondamental du systémisme est que dans un système complexe comme par exemple, celui d'une organisation telle que l'hôpital, chaque individu, chaque acteur, ou chaque instance n'est pas une unité isolée. Nous ne pouvons donc pas réduire l'organisation hospitalière à la simple addition de ses différents services (services de direction et de contrôle, services administratifs, services de soins, services médico-techniques, etc...). Chaque unité est en relation avec les autres et l'ensemble, il y a des ajustements continuels et des réactions. Les faits que nous observons, que nous mesurons, sont le résultat des interactions et des ajustements entre les acteurs, les stratégies d'acteurs, les instances et les services.

Par ailleurs, les rapports entre les unités d'un système sont dépendants d'un contexte qui est un cadre symbolique porteur de normes, de règles et de modèles de fonctionnement.

La démarche systémique que nous avons adoptée est une approche interdisciplinaire qui cherche à expliquer le fonctionnement du système hospitalier, en analysant les relations qui existent entre les différents éléments de l'ensemble, les interactions entre les acteurs ainsi que les systèmes de régulation et les interactions entre le tout et son environnement.

¹⁹ SAINSAULIEU R., PIOTET F. *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques et ANACT, 1994.

Le systémisme utilise trois concepts fondamentaux que nous avons repris dans notre étude qui sont : le système, la fonction et le produit. Dans ce contexte, le système est l'organisation délimitée par ses frontières avec l'environnement et qui se caractérise par des échanges avec celui-ci. La fonction est une entité qui se caractérise par des métiers, ou des « rôles » tenus par des acteurs du système. Enfin, le produit peut être soit le résultat final obtenu suite à la réalisation des projets d'action, soit un élément du système, c'est-à-dire le résultat d'un projet d'organisation.

Dans cette approche d'analyse systémique, notre investigation a consisté avant tout à mettre en évidence les aspects résultants positifs (forces et qualités) et négatifs (faiblesses, défaillances, dysfonctionnements) relatifs au contexte d'évolution du D.S.c.a.m.t.

Les méthodes d'investigation utilisées en analyse systémique sont de type qualitatif : diagnostic, entretiens, observation et analyse. Le choix de ce cadre théorique se justifie par la complexité du phénomène étudié et par le fait que les phénomènes sociaux et humains en général et du monde de la santé en particulier contredisent le principe de causalité linéaire. L'analyse systémique tente de dépasser l'analyse logico opératoire pour rendre compte de l'ajustement permanent entre les éléments et leur ensemble. Elle élabore ses propres concepts : système, fonctions, produits, ses méthodes d'investigation à base d'observations, d'entretiens, de diagnostics et propose de porter attention aux résultats des actions engagées dans le système, à leur cohérence et à leur pertinence. De la théorie des systèmes, qui est un concept scientifique, qui se formule en termes mathématiques et physiques²⁰ (WIENER ; *La cybernétique*. 1937 – SHANNON et WEAVER ; *La théorie de l'information*. 1949), nous sommes passés aujourd'hui au concept de systémique et notamment en France (J. de ROSNAY, LE MOIGNE, E. MORIN²¹, J. MÉLESE) qui se réfère aux aspects culturels permettant d'appréhender la complexité des objets étudiés. De ce fait, l'analyse systémique peut être définie comme « un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'une finalité »²² ou bien encore « une totalité organisée faite d'éléments solidaires ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres en fonction de leur place dans cette totalité » (DE SAUSSURE). Un système est donc un ensemble d'éléments qui sont reliés entre eux par un ensemble de relations, de façon à former un tout, qui est distinctement mais relativement isolé de l'environnement. L'analyse systémique est une méthodologie

²⁰ BERTALANFFY L.-V. *Théorie générale des systèmes*. Paris : Payot, 1980.

²¹ MORIN E., LE MOIGNE J.L. *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Lille : ASPEPS, 1997. 85 p.

²² ROSNAY J. (de) *Le macroscope*. Seuil, Collection Points, 1975.

qui définit quatre secteurs au sein de tout système : la structure, le système lui-même, les réseaux et le champ d'évolution. Chacun de ces secteurs est en interaction avec les autres secteurs et s'organise avec des niveaux de hiérarchie d'une complexité croissante. Du point de vue environnemental, l'analyse systémique des activités médico-techniques a pris en compte les frontières, les interfaces, les zones de contact et de friction entre ces organisations spécifiques et cloisonnées et les autres entités de l'hôpital.

L'analyse systémique nous a permis d'appréhender les phénomènes complexes relatifs aux secteurs médico-techniques, par l'étude des interdépendances et la recherche d'une finalité vis-à-vis des partenaires, en vue d'assurer la gestion des interactions par adaptation mutuelle des fins et des moyens. L'analyse systémique replace au niveau global et pluridisciplinaire l'étude des conflits (exigences, choix...). Elle propose des compromis argumentés (impacts, justifications) qui optimisent la qualité (performances, coûts et délais) du système, ses interactions avec l'environnement et son cycle de vie en prenant en compte la notion de risques.

3.1.2 Analyse stratégique

L'analyse stratégique et fonctionnelle nous a permis d'identifier, d'inventorier les domaines d'actions du D.S.c.a.m.t et d'identifier les leviers sur lesquels il s'appuiera pour mener à bien ses missions. Cette grille d'analyse a consisté en outre, à ordonner les différentes fonctions, entre fonctions principales et complémentaires et à déterminer les relations entre elles. Chaque fonction spécifique du D.S.c.a.m.t sera caractérisée en regard de critères et de niveaux d'exigences. Enfin, ces fonctions seront hiérarchisées, pondérées, valorisées selon la stratégie fonctionnelle envisagée.

3.2 Les limites de l'étude

L'approche adoptée dans ce mémoire a consisté à explorer la fonction de D.S.c.a.m.t, à partir des réalités socio organisationnelles de nos hôpitaux et de la place des plateaux médico-techniques au sein de ces institutions. Dès lors, le choix a été fait d'effectuer une étude qualitative. Celle-ci a été réalisée à l'aide d'entretiens semi directifs menés auprès d'acteurs clé, ainsi que d'observations de terrain.

Concernant notre travail de recherche, nous nous sommes donc appuyés sur une pré enquête, permettant d'établir un « état des lieux » le plus exhaustif possible à l'égard du concept de plateau médico-technique et de son organisation. Ainsi, la notion de plateau médico-technique est à considérer dans notre étude, comme l'ensemble des unités prestataires de services transversaux à savoir : les laboratoires, l'imagerie médicale, la pharmacie incluant la filière du médicament et la stérilisation, à l'exception de la filière

rééducation. A ce titre, la notion de plateau médico-technique a pu être associée à la notion de filière de soins. Cependant, antérieurement à la parution du Décret du 19 avril 2002, certains coordonnateurs, dont un que nous avons interviewé, avaient également en charge, selon les établissements, les kinésithérapeutes, les diététiciens, les ergothérapeutes et les pédicures podologues. Dans la nouvelle configuration, les filières rééducation et médico-technique sont bien distinctes et font l'objet d'affectations ainsi que de lettres de missions bien spécifiques.

3.3 Les pré requis : la pré enquête, la recherche documentaire

3.3.1 La pré enquête

Cette étape correspond à la recherche que nous avons conduite auprès de conseillers ministériels ayant travaillé sur cette problématique, de Directeurs d'hôpitaux et de professionnels de santé. Cette pré enquête contient en outre une analyse qualitative et quantitative des expérimentations réalisées en matière de coordination de plateaux médico-techniques. Au plan des objectifs poursuivis, le principe d'une coordination des activités médico-techniques prévoyait la mise en synergie des moyens humains et matériels, la rationalisation des coûts, la conduite de projets notamment en matière de qualité.

D'une nouvelle fonction, qui a vu le jour en 1982, à un nouveau métier concrétisé dans le Décret du 19 avril 2002, nous avons voulu retracer les étapes de cette longue mutation et faire le point à la veille de la nomination des premiers D.S.c.a.m.t.

Au lendemain de la réunion des différentes associations d'infirmiers, les 3 et 4 août 1982, dont une des conclusions était : « la nécessité de créer un cadre infirmier supérieur ayant capacité à encadrer toutes les catégories professionnelles », l'Assemblée Générale du SNMKS de septembre 1982 adopte une motion visant à « définir une fonction de coordination des activités de rééducation et médico-techniques ». Adressée au Ministère et aux grandes institutions, cette proposition convergente aux attentes des personnels et aux réflexions de terrain verra le jour quelques années plus tard. En 1985, le secrétaire général de cette même organisation propose un schéma visant une transformation de la fonction d'Infirmière Générale en une fonction de Paramédical Général accessible à tous. Dès 1991, lorsque naît la DSSI, il proposera d'y substituer la Direction des Activités Paramédicales (DAPM). Proposition reprise depuis lors par l'UIPARM. Instaurée en 1987 au sein de l'AP-HP à l'hôpital Antoine Béclère, la fonction s'est progressivement mise en place dans neuf établissements de cette institution puis en province. A chaque départ du titulaire de la fonction (retraite, mutation, promotion) celui-ci a été remplacé, avec régulièrement, à l'occasion de ces changements, une révision de la fiche de poste

accroissant le rôle du coordonnateur (CPMTR). Les nombreux changements dans les équipes de direction et en particulier des directeurs principaux dans quasiment tous les établissements dotés d'un CPMTR se sont opérés dans la continuité en respectant la fonction et souvent en élargissant les missions.

Des évaluations régulières à propos de cette fonction ont été conduites par le Siège de l'AP-HP en 1993 et 1995 et concluaient à l'utilité et la pertinence de cette fonction. En 1997, la Direction du Personnel et des Relations Sociales de l'AP-HP a mis en place un groupe de travail visant à doter l'AP-HP d'une position institutionnelle sur ce dossier. Parallèlement, un groupe de travail mis en place par la Direction des Hôpitaux au Ministère de la Santé avait élaboré en 1996 une fiche de mission ainsi que des recommandations pour la reconnaissance de la fonction au plan national.

A la suite du rapport de Claudine ESPER²³, le Ministère a lancé un appel d'offre sur l'expérimentation relative à la fonction de coordonnateur. Le libellé en était : « Rechercher l'amélioration de la participation des personnels médico-techniques et de rééducation aux processus de décision ».

3.3.2 La recherche documentaire

- En 1994, Claudine ESPER proposait dans son rapport 22 mesures visant à assouplir les règles de fonctionnement de l'hôpital public. Parmi ces mesures, certaines traitaient du rapprochement entre les professionnels et la création d'un dialogue interne de qualité. Nous en avons extrait quelques éléments qui ont présidé à la création expérimentale de la fonction de coordonnateur de plateau médico-technique : « La place du corps infirmier dont la Loi du 31 juillet 1991 a assuré la promotion par le Service de Soins Infirmiers et la Commission du Service de Soins Infirmiers. Il semble apparaître désormais au sein du personnel non médical une nouvelle césure, personnel infirmier/personnel non infirmier, renforcée par le sentiment qu'expriment certains professionnels paramédicaux des plateaux techniques d'être exclus de ces nouvelles structures ». « L'objectif demeure de provoquer à tous les niveaux le maximum de points de rencontre entre les personnels ». « Les hôpitaux publics français disposent sur le plan technologique de moyens très performants. Il y a par contre un archaïsme certain dans le mode actuel de travail des différentes catégories de personnes concernées ». « Il n'existe à l'heure actuelle à l'hôpital public aucun lien transversal systématique permettant une réflexion commune des différentes catégories

²³ ESPER C. *Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public*. Rapport du 4 Février 1994.

de personnels ». « La possibilité d'intégrer à un groupe de travail composé de membres de la CME, du CTE et de la Commission du Service des Soins Infirmiers, un représentant des services médico-techniques, par exemple un cadre paramédical serait une démarche intéressante ». « L'ouverture à l'équipe de direction sur un professionnel médico-technique mériterait d'être expérimentée ».

- En 1995, dans un rapport de la Sous Direction des Personnels de la Fonction Publique Hospitalière, D. VILCHIEN décrivait que la formation des cadres pouvait être un outil majeur en matière de décloisonnement. Les recommandations contenues dans ce texte sont toujours d'actualité et peuvent s'appliquer au plateau médico-technique : « Dans un contexte à fortes contraintes, le cadre joue un rôle essentiel car il peut agir sur des facteurs qui grèvent les coûts. Aujourd'hui, l'hôpital est évalué sur ses performances de soins et d'accueil couplées à ses performances économiques. Le décloisonnement, c'est la mise en réseau à l'extérieur et le développement de la transversalité à l'intérieur de l'hôpital. Les cadres hospitaliers doivent être reconnus et soutenus par une formation les préparant à une dynamique du décloisonnement. Une demande forte apparaît, exigeant moins d'experts techniques que des hommes ou des femmes capables d'être disponibles, de créer un dialogue et d'animer leur service. »
- Le Rapport du Professeur Yvon BERLAND N°1, en novembre 2002, restituait le contenu d'un ordre de mission relatif à une étude sur la démographie des professions de santé. Dans ce rapport, était soutenue l'idée de redéfinir les missions des médecins et de certains professionnels tels que les manipulateurs d'électroradiologie, afin que ces derniers « puissent assumer des activités qui auraient justifié la seule intervention des médecins il y a 20 ou 30 ans mais, les compétences évoluant, ne le nécessitent plus actuellement ».
- Le 19 mars 2003, René COUANAU livre une analyse de l'organisation interne à l'hôpital : « Les logiques corporatistes ont conduit au repli dans un hôpital forteresse. La métaphore de la forteresse, à la fois solide et protectrice, mais dont les occupants, qui devraient œuvrer ensemble pour réaliser des objectifs communs, se réfugient de plus en plus dans des bastions ou des tours d'ivoire. Ce renfermement et cette tendance autarcique sont des handicaps dans la recherche de solutions de coopération avec d'autres acteurs. A l'intérieur de l'hôpital, les bastions nuisent à toute gestion transversale. La bureaucratisation de l'hôpital fait que l'administration hospitalière se trouve face à des services balkanisés. Il faut ouvrir plus de perspectives aux personnels soignant et la qualification doit être encouragée. Les malaises actuels des personnels infirmiers et médico-techniques posent le problème de la définition des trajectoires professionnelles des soignants. Il faut leur donner plus de perspectives,

gage d'une motivation accrue et donc d'un meilleur fonctionnement des hôpitaux. Une étape significative serait de permettre aux personnels soignants, après une formation préalable qualifiante et diplômante, de réaliser des actes médico-techniques actuellement réalisés uniquement par des personnels médicaux. Cette solution présente l'avantage de donner aux soignants une nouvelle perspective professionnelle, en leur reconnaissant la capacité d'assumer des gestes plus techniques et donc plus valorisants, après une formation adaptée et en échange d'une rémunération accrue. Dans les grands établissements, cela devrait se traduire par la fin de la balkanisation qui multiplie les centres de décision, les logiques territoriales et empêche la mutualisation des ressources, notamment des plateaux techniques. L'absence de création des centres de responsabilité, possibilité aménagée par l'ordonnance hospitalière de 1996, montre a contrario l'attachement des personnels au mode d'organisation par service. Par ailleurs, des pôles de responsabilité rassemblant des activités médicalement cohérentes (du type « mère-enfant » par exemple) permettraient par leur taille des économies d'échelle et une meilleure organisation, notamment en ce qui concerne l'utilisation des équipements lourds. »

- Le Rapport du Professeur Yvon BERLAND N°2, en octobre 2003, sur la « coopération des professionnels de santé, le transfert de tâches et de compétences » donne les exemples suivants : « Les radiologues pourraient confier certains examens standardisés aux manipulateurs radio. Les cardiologues pourraient déléguer certains actes techniques : holter, échographie, etc... à des infirmières techniciennes en cardiologie. L'interprétation des examens resterait de la responsabilité du spécialiste ». L'optique de cette mission était de garantir une offre de soin satisfaisante à la population et comportait des propositions touchant à l'organisation des soins et notamment aux coopérations qu'il semble possible de développer entre les différents professionnels de santé.
- En novembre 2003, le Manuel expérimental de l'A.N.A.E.S. précise les orientations de bonnes pratiques en matière de politique et de qualité du management et fait référence à la notion de ressources transversales. Dans ce contexte, le référentiel N°43 précise que la continuité des soins doit être assurée. Le référentiel N°45 indique que le fonctionnement des secteurs médico-techniques à visée diagnostique fait l'objet d'une concertation avec les secteurs d'activités cliniques. Le référentiel N°46 mentionne que les circuits du médicament et des dispositifs médicaux stériles sont organisés en concertation avec les professionnels de la pharmacie et les professionnels des activités cliniques. Le référentiel N°47 invite les secteurs d'activités interventionnelles à formaliser leur fonctionnement et à communiquer. Enfin, le référentiel N°53 évoque l'évaluation des pratiques professionnelles des secteurs

médico-techniques. Toutes ces recommandations vont dans le sens du décloisonnement et d'une organisation interdisciplinaire.

3.4 L'enquête

3.4.1 Le recueil de données

Afin d'établir un recueil de données le plus riche et le plus exhaustif possible, nous avons opté pour des « entretiens semi directifs ». A l'éclairage des multiples modèles de recueils de données utilisés en sociologie des organisations et préconisés par R. SAINSAULIEU²⁴, les entretiens semi directifs nous sont apparus être les plus pertinents. En effet, compte tenu de la diversité des interlocuteurs, de l'importance du champ exploré et afin de n'occulter aucune des dimensions de l'objet d'étude, cette technique de recueil de données s'est avérée infiniment plus riche que des entretiens directifs à questions ouvertes ou fermées ou bien encore que les questionnaires. La finalité étant de recueillir des données exploitables permettant une analyse qualitative et statistique. L'enquête par entretiens est pertinente lorsqu'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et lorsque nous voulons mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent²⁵.

Ainsi, un guide d'entretien (cf. Annexe N°1) a été élaboré autour des deux pôles de notre problématique à savoir : recueillir l'opinion des différents acteurs sur le « pourquoi » de cette nouvelle fonction ainsi que sur le « pour quoi faire » c'est-à-dire la dimension opérative de la fonction. Le premier pôle a permis de mesurer les représentations et le positionnement des acteurs à l'égard de cette fonction, ainsi que les degrés de pertinence perçus et exprimés dans les discours des acteurs à l'égard d'une coordination médico-technique. Le deuxième pôle est représentatif des attentes et des résultats escomptés liés à ce nouveau maillon organisationnel.

Les discours dominants de chaque groupe de locuteurs ont été, au sein de ces deux pôles, classés selon quatre axes principaux : un axe gestion, un axe organisationnel, un axe centré sur l'amélioration de la qualité du soin, enfin un axe que nous qualifierons de général, où pourront être abordés tous les autres déterminants conduisant à l'instauration de cette nouvelle fonction.

²⁴ SAINSAULIEU R., PIOTET F. *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques et ANACT, 1994.

²⁵ BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Éditions Nathan Université, 1992.

Chaque entretien, d'une durée moyenne d'une heure trente minutes, dûment enregistré, a été intégralement retranscrit selon une technique permettant un traitement informatique et une analyse ultérieurs. Nous précisons, par ailleurs, que chaque entretien a été précédé d'une phase explicative incluant une négociation avec l'interlocuteur, ainsi que des garanties relatives à la propriété du contenu de l'entretien. A ce titre, une relecture corrective sera systématiquement proposée, ainsi qu'une restitution finale.

3.4.2 L'échantillonnage

Le choix de l'échantillon enquêté (cf. Annexe N°2) s'est fait à partir de notre pré enquête, qui nous a permis de définir une « population de référence » pertinente et cohérente à l'égard de la problématique qui est la nôtre. Par ailleurs, cet échantillonnage se devait d'être représentatif au regard du système hospitalier.

La relation établie entre enquêteur et enquêté sera déterminante dans le cadre des entretiens, car elle conditionnera l'échange verbal ainsi que la qualité de l'information produite. A ce titre, il sera important pour nous de contrôler nos propres attitudes, de montrer des capacités d'écoute et d'intervenir opportunément afin d'introduire une dose de directivité. Notre grille de thèmes préalablement préparée devrait faciliter l'expression de l'interviewé tout en lui laissant une relative autonomie pour organiser son récit.

3.5 Le traitement des données

3.5.1 Choix d'une méthode et d'un outil

Cette phase de notre recherche aura pour support un outil de traitement automatique de l'information. Il s'agit du logiciel dénommé ALCESTE, développé par Max REINERT, chercheur à l'Université de Toulouse Le Mirail, directeur de recherche au C.N.R.S. et son équipe. P. BOURDIEU et A. DARBEL, en 1969, avaient déjà eu recours à un système de traitement automatisé permettant une analyse des données sur les plans qualitatifs, quantitatifs et statistiques. Notre objectif est de quantifier les textes des interviews que nous aurons conduits, afin d'en extraire les structures sémantiques les plus fortes et de dégager l'information qualitative essentielle contenue dans les données textuelles.

Les recherches de J.P. BENZÉCRI ont confirmé que les structures sémantiques sont étroitement liées aux distributions des mots dans un texte et que la distribution des mots se fait rarement au hasard. Décrire, classer, assimiler, synthétiser automatiquement le texte d'un discours, tels sont les objectifs de l'analyse de données textuelles. L'objectif étant, par ailleurs, de produire, au delà des différences individuelles, des régularités statistiques qui révèlent le poids des déterminations sociales et des représentations sur

les comportements. Cette procédure devrait déboucher, après la phase d'analyse, à un diagnostic de situation à l'égard de la fonction de D.S.c.a.m.t.

3.5.2 Présentation du logiciel ALCESTE

L'analyse des données textuelles est une méthodologie en développement (LEBART, SALEM, 1989). Elle rentre dans le cadre général de l'analyse de données en linguistique (BENZÉCRI, 1981) et consiste principalement en l'étude des lois de distribution du vocabulaire d'un corpus. De ce point de vue, elle peut apparaître comme un prolongement de l'approche distributionnelle de BLOOMFIELD et Z.S. HARRIS. On considère généralement trois plans principaux de structuration sémantique d'un corpus : le vocabulaire, les propositions ou énoncés élémentaires, le texte ou le corpus considéré. L'étude de la structure du vocabulaire dans les propositions correspond à un premier niveau d'analyse qui relève plus spécifiquement de la linguistique. L'étude de la structure des propositions dans le texte entre plutôt dans le cadre de l'analyse de discours. Si nous nous situons, de par nos objectifs, proche de l'analyse de discours, il s'agit en effet d'étudier la structure d'un texte comme ensemble de propositions, l'approche proposée reste cependant essentiellement de nature linguistique, puisque c'est par l'intermédiaire de l'étude de distribution du vocabulaire dans les propositions que cette analyse est effectuée.

Plus précisément, ce logiciel propose la modélisation suivante : le découpage du corpus en mots et énoncés permettant d'identifier les éléments habituels d'un tableau de données ; avec en lignes, les objets, c'est-à-dire ce que l'on cherche à décrire et en colonnes, les attributs de ces objets, ce qui correspond à la grille de description. Cela suppose que l'on identifie d'une part les énoncés et les objets et d'autre part les mots et attributs. Décrire la structure des énoncés revient alors, d'un point de vue technique, à décrire la structure d'un tableau de données pouvant avoir plusieurs milliers de lignes et plus d'un millier de colonnes. L'objectif de cette modélisation n'est pas tant de comparer les énoncés deux à deux, mais de dégager globalement des classes d'énoncés caractérisées par la spécificité de leur vocabulaire.

Les analyses effectuées sur des corpus très divers montrent l'existence de telles classes d'énoncés spécifiques. Autrement dit, elles montrent l'existence de lois d'association entre les mots selon les énoncés, indépendamment de leur place dans la phrase. Ces lois impliquent que le locuteur, à un moment donné de son énonciation, privilégie l'accès à certains mondes sémantiques plus qu'à d'autres. Nous entendons par là : des ensembles de mots dont les associations se révèlent suffisamment stables dans le temps pour pouvoir structurer un discours. Ces mondes sémantiques renvoient à des manières particulières du locuteur de choisir tel cadre référentiel ou tel autre. L'analyse de discours,

à l'aide du logiciel ALCESTE, revient à dégager pour un corpus donné le jeu de ces changements de référentiels.

3.5.3 Intérêt et limites de la méthode

Cet outil permet de dégager le contexte référentiel signifiant pour les sujets interviewés. Ayant dégagé ces contextes, c'est-à-dire ayant situé la position d'où parle le sujet interviewé, il sera possible d'analyser la manière et en quels termes l'interviewé conçoit la fonction de D.S.c.a.m.t. Par ailleurs, cet outil permet de conserver des critères et des procédures constantes, indépendants de l'analyse ou du moment de l'analyse. Il permet une analyse longitudinale de l'évolution des systèmes de représentation de la fonction de D.S.c.a.m.t. Un risque potentiel serait de nous laisser enfermer dans des classes que nous ayons implicitement préétablies. Cependant, les informations apportées par l'analyse automatique permettent d'accéder à des indicateurs latents de représentation, qui n'étaient pas anticipés dans le jeu des hypothèses.

3.5.4 Phase d'analyse

Cette étape correspond à l'interprétation des résultats, à l'explication et à la compréhension des phénomènes. Elle débouche sur des constructions explicatives.

L'objectif global de cette analyse est d'approcher autant que faire se peut les missions, la fonction et le rôle type correspondant à la fonction de D.S.c.a.m.t. La finalité étant de dégager un certain nombre de capacités inhérentes au concept de D.S.c.a.m.t.

Lors de l'analyse de contenu de nos entretiens, nous avons pris en compte qu'ils sont des actes de communication autant que des actes de transmission d'informations et ce à la fois au plan qualitatif et quantitatif.

La finalité de l'approche qualitative est de comprendre les représentations ainsi que les attentes de l'interviewé, mais aussi, le sens qu'il leur accorde. Il est ensuite possible de souligner les concordances et les différences entre interviewés. Le traitement automatisé de l'information à l'aide du logiciel ALCESTE nous a permis d'établir des relations entre les variables (catégories socioprofessionnelles par exemple) et les modalités étudiées.

3.6 Les résultats : Des représentations de la fonction au prisme des logiques professionnelles

Macroscopiquement, nous avons noté l'absence d'une réponse unique aux deux questions étayant nos hypothèses. Il apparaît donc que la fonction de D.S.c.a.m.t est exprimée au travers des différentes logiques professionnelles. En conséquence, l'impact

de la variable « catégorie professionnelle » sur l'expression du « pourquoi » et du « pour quoi faire » nous a conduit à proposer une typologie des représentations de cette fonction selon les catégories professionnelles des interviewés.

Les points de vue issus de l'analyse des discours ne sauraient nullement correspondre à un ensemble de représentations types de la catégorie professionnelle considérée. Elles sont fonction des aspects à la fois quantitatifs et qualitatifs de l'échantillonnage interviewé.

3.6.1 Paroles de Directeurs : (cf. Annexe N°6)

REPRÉSENTATION DE LA FONCTION PAR LES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS

POINTS CENTRAUX : Fonctionnement, fonctionner, prise en charge, risque, processus de coopération, management, formation interprofessionnelle, enjeux.

REPRÉSENTATION TYPE : Les Directeurs ont un discours en relation avec le fonctionnement de l'établissement. Ils évoquent également la notion de risques encourus et la plus-value d'un collectif organisé au service du patient.

ILLUSTRATION :

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Le Directeur des Soins en charge des activités médico-techniques est une réponse à la confusion, la complexité, aux rigidités, à la désresponsabilisation, à l'absence de complémentarité caractéristiques de ce pôle d'activité majeur à l'hôpital ».

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« A l'hôpital, comme dans bien des organisations, ce n'est pas d'outils dont on manque, mais de coopérations ouvertes entre professionnels autour de la question de leur maniement, et dans ce cadre, le Directeur des Soins a son rôle à jouer ».

ANALYSE :

Pour le corps des Directeurs, le décloisonnement est un enjeu important pour l'hôpital et il apparaît que le D.S.c.a.m.t peut correspondre à une réponse.

Le groupe des Directeurs se réfère au récent rapport COUANAU pour affirmer que l'avenir stratégique des établissements hospitaliers passe par le développement des « métiers de la coordination », notamment face à la technicisation de la médecine. Par ailleurs, les Directeurs mettent en exergue la pression sociale et technique pour justifier les orientations vers plus d'efficacité, de qualité et de sécurité. Ils définissent la médecine comme un « processus collectif » au service du client, le D.S.c.a.m.t étant un maillon majeur dans ce processus collectif. Ainsi, l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient passe nécessairement par l'optimisation des prestations médico-techniques. Les Directeurs constatent que c'est au niveau des interfaces entre les différents secteurs

participant au chemin clinique du patient que se développent les zones critiques. L'un d'entre eux compare l'action des futurs D.S.c.a.m.t, en charge du management des activités prestataires telles que la biologie, l'imagerie ou encore la pharmacie, à un travail scolaire de thème grec : « C'est au moment où nous passons d'une page à la page suivante, que la probabilité de faire des fautes est la plus grande ».

Il apparaît que l'appareillage, notamment en imagerie, correspond à un écran derrière lequel se réfugient les professionnels pour accentuer leur processus de différenciation tel que le définit MINTZBERG et que nous avons repris dans notre cadre théorique²⁶. Il revient donc au D.S.c.a.m.t de « faire tomber ce rempart ».

Parmi les actions attendues figure la construction d'indicateurs spécifiques permettant de mesurer le degré de performance des différentes unités comme par exemple les délais de rendez-vous et d'attente dans les services de radiologie, l'analyse du circuit du médicament (prescription, analyse pharmaceutique, distribution). Ainsi, le D.S.c.a.m.t devra développer une véritable « politique d'indicateurs » dans une logique client/fournisseur. Il apparaît que transversalité et organisation hospitalière sont deux notions opposées. L'hôpital est perçu par le groupe des Directeurs comme une organisation complexe et cloisonnée, marquée avant tout par la logique de service et une grande rigidité de fonctionnement. Selon eux, plusieurs logiques difficilement conciliables s'y affrontent. La multiplication des métiers renforce les stratégies individuelles au détriment de la collectivité. Mais des possibilités d'atténuer certaines causes de ce cloisonnement existent. Ce cloisonnement est une réponse à l'insécurité, à la rigidité bureaucratique et à l'absence de mode de coordination suffisamment efficace pour faire face à l'interdépendance grandissante entre les différents services. En intervenant sur ces facteurs de cloisonnement, le D.S.c.a.m.t peut réduire celui-ci. L'hôpital regroupe en son sein plusieurs logiques contradictoires qui correspondent aux trois cultures professionnelles dominantes. D'une part, la logique médicale qui se caractérise par son indépendance et sa faible identification à l'organisation de l'établissement. L'intérêt du service prime souvent sur l'intérêt global de l'établissement. Le regroupement des services en départements a certes introduit un fonctionnement plus collectif dans l'hôpital, mais la logique de territoire marque encore fortement la culture médicale. L'implication des médecins dans la gestion des établissements et la réflexion sur les orientations stratégiques progressent. D'autre part, la logique administrative qui diffère de la logique médicale, même si l'objectif commun reste d'améliorer la prise en charge des patients.

²⁶ MINTZBERG H. Nous vivons dans le culte du management. *Sciences Humaines*, hors série mars/avril 1998, n°20.

Elle tente de concilier des impératifs de gestion avec le maintien de la qualité et de la sécurité des soins prodigués dans l'hôpital. En cela, elle s'écarte de la logique médicale, qui n'inclut pas ces impératifs de gestion. La nécessité de faire face à une situation financière tendue contribue à séparer un peu plus ces deux logiques médicale et administrative. A cela s'ajoute l'absence de lien hiérarchique entre la Direction et le corps médical. Cette analyse faite par les directeurs est conforme à celle d'Henry MINTZBERG²⁷ qui évoque l'existence de deux hiérarchies parallèles à l'hôpital : une hiérarchie professionnelle, celle des médecins, basée sur les compétences et qui échappe à l'autorité du Directeur et une hiérarchie non professionnelle basée sur le pouvoir et le statut associés à la fonction, sous l'autorité du Directeur. Ainsi, comme le décrit M. CRÉMADEZ²⁸ : « La ligne hiérarchique est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel ». Ainsi, le Directeur n'a ni la possibilité, ni les compétences pour diriger directement les chefs de services médicaux et médico-techniques (biologistes, radiologues, pharmaciens). La présence à ses côtés, au sein de l'Équipe de Direction, d'un Directeur des Soins faisant le lien entre la dimension administrative par la légitimité conférée par son statut et la dimension paramédicale conférée par ses compétences et son expertise devrait tendre à créer des passerelles entre ces deux logiques. Enfin, les Directeurs identifient une troisième logique : la logique soignante qui a beaucoup évolué selon eux depuis la création du Service Infirmier au travers de la Loi Hospitalière de 1991. Cette logique est apparue pendant un temps comme une manifestation supplémentaire du cloisonnement dans l'hôpital. Depuis, cette logique a changé de nature, pour finir par se rapprocher de la logique administrative. Au-delà de ces trois logiques, le cloisonnement à l'hôpital est selon les Directeurs aggravé par la multiplication des métiers et l'hyperspécialisation dans les disciplines médicales, paramédicales et logistiques. Ils évoquent une crise identitaire, comme le décrit F. GONNET²⁹ « où chaque corps de métier inculque des valeurs, une représentation des choses, sa propre culture ». Les différences ont tendance à s'accroître au sein de l'institution. La logique individuelle prime sur la logique collective. Chacun a tendance à défendre sa zone de pouvoir.

Par ailleurs, les Directeurs, dans leur grande majorité, révèlent que les défauts d'interaction et de synergie représentent un coût humain et économique important pour l'hôpital et sont en grande partie responsables des problèmes d'inefficacité et de non qualité. En conséquence, le rôle du D.S.c.a.m.t sera, entre autres, de pallier ce manque

²⁷ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisation, 1982.

²⁸ CRÉMADEZ M. *Le management stratégique hospitalier*. Editions Masson, 1997.

²⁹ GONNET F. *L'hôpital en question(s)*. Paris : Lamarre, novembre 1992.

d'interaction, il ne sera pas de donner des ordres ou d'organiser le travail de base mais de faire travailler ensemble la totalité des professionnels. La coopération entre les services médicaux et médico-techniques doit être renforcée, en favorisant les conditions d'émergence de «centres de synergies ». Les difficultés doivent être considérées de manière globale et non plus traitées séparément les unes des autres. Le D.S.c.a.m.t devra privilégier l'approche et le raisonnement interactifs. Les problèmes qui se posent à l'hôpital sont trop souvent analysés indépendamment les uns des autres. Cet état de fait est lié à la complexité de l'organisation, à sa taille, à ses spécialités multiples. Cependant, de très nombreux aspects du travail sont transversaux et relèvent de plusieurs fonctions à la fois. Dans ce contexte, un des rôles du D.S.c.a.m.t sera de rassembler tous les acteurs d'un circuit, de les faire travailler ensemble en repérant les contributions spécifiques de chaque acteur et en identifiant les coopérations nécessaires pour mieux faire fonctionner l'ensemble. Le D.S.c.a.m.t, dans sa fonction de coordination, devra développer des mécanismes de liaison. Ce que Michel CRÉMADEZ appelle des « modes d'intégration ». Ces stratégies consisteront, pour le D.S.c.a.m.t, à identifier les différences entre les groupes d'acteurs et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs. Ainsi, le D.S.c.a.m.t, dans sa fonction d'intégrateur, sera à même de débloquent les relations entre unités antagonistes. Pour les Directeurs, la coordination ainsi que le management transversal du Directeur des Soins prennent tout leur sens dans une organisation par pôles d'activités (même si le cadre législatif manque encore à ce jour de clarté).

Le Directeur des Ressources Humaines est certainement l'acteur de l'équipe de direction, outre le C.G.S, avec lequel le D.S.c.a.m.t établira les échanges et conduira les négociations les plus étroites et les plus fréquentes. Ces deux acteurs devront être soucieux de créer une unité au sein de l'équipe de Direction. Dans l'absolu, l'idéal étant une coopération complice. Par exemple, la gestion opérationnelle de la R.T.T impose au D.S.c.a.m.t d'être le garant d'une certaine équité entre grades, entre services, entre établissements. Il devra minimiser le fait que les modifications organisationnelles liées à la R.T.T peuvent représenter un facteur de remise en cause des identités collectives, des identités d'équipes et à terme devenir un facteur de cloisonnement venant en contradiction avec les enjeux et les besoins de l'hôpital. En effet, parmi les conséquences de la R.T.T, nous pouvons évoquer la réduction des temps de latence donc des temps sociaux, l'existence de stratégies de contournement (glissement de compétences, cf. rapport BERLAND) et enfin, une augmentation de l'absentéisme (augmentation d'un jour par an depuis cinq ans, à prendre en compte dans les tableaux de bords sociaux).

A l'éclairage des entretiens que nous avons conduits, les domaines d'interventions ainsi que les missions à partir desquels le D.S.c.a.m.t sera évalué correspondent à : l'organisation des soins au sein des plateaux médico-techniques, la prise en charge de

l'évolution et du suivi de structures prestataires de services, la participation à l'uniformisation des processus de sélection de l'encadrement, la prise en charge globale du patient en incluant le plan social et l'amélioration de la qualité.

Les tensions auxquelles nous aurons à faire face seront pour partie liées à l'environnement (nouvelle gouvernance, problème de moyens, médiatisation). Le D.S.c.a.m.t devra être un dirigeant lucide, conscient des réalités, de ce qui est attendu de lui. Partage de la décision, argumentation obligatoire et rationalisation des choix, nécessité de composer avec les différents interlocuteurs et transparence de l'activité réalisée constituent les challenges du coordonnateur des plateaux médico-techniques.

Pour les Directeurs, le D.S.c.a.m.t, au sein de la Direction des Soins, impulsera, décidera, animera, écouterà et recherchera la négociation.

Si les Directeurs d'établissement sont amenés à créer des postes de D.S.c.a.m.t, c'est avant tout pour s'attacher la collaboration d'un expert, capable d'avoir une lecture optimale des problématiques ; il devient à ce titre une « force de proposition » pertinente pour l'ensemble de l'équipe de Direction.

Le plan de formation, construit en partenariat avec le DRH, privilégiera les actions transversales en groupes pluridisciplinaires. Parmi les thèmes de formations actions permettant de mettre en synergie l'ensemble des partenaires de la chaîne du soin, le dossier de soin en qualité de support commun et partagé pourrait être abordé judicieusement.

En matière de gestion des risques, notamment dans des secteurs sensibles comme les laboratoires (biovigilance), l'imagerie (matéiovigilance) et la pharmacie (pharmacovigilance), le D.S.c.a.m.t peut être une réponse à « l'éparpillement » des procédures. En ce sens, sa collaboration à une coordination permettrait de participer à l'assurabilité de l'établissement et de faire diminuer le taux de plaintes. Cette coordination permettra d'avoir une vision globale du risque et sera particulièrement précieuse dans un processus d'accréditation. Pour le D.S.c.a.m.t, le management par la qualité au sein de l'hôpital suppose des conditions préalables, notamment la réalisation de cahiers des charges clients fournisseurs, le développement d'une culture de l'évaluation, le développement de l'efficacité de l'encadrement au service des projets de l'hôpital et l'amélioration de la coordination entre les différents secteurs d'activité de l'hôpital.

Pour créer un hôpital intelligent, il faut que la culture soutienne les processus d'apprentissage et que les différents groupes professionnels aient appris à collaborer pour constituer une équipe. Le D.S.c.a.m.t doit promouvoir une politique de formation dans cette logique de coopération et d'interprofessionnalité en direction des professionnels et des Cadres de Santé.

SYNTHÈSE :

Le D.S.c.a.m.t devra organiser, sous contrainte des moyens alloués, la délivrance de soins médico-techniques de qualité. La prise en charge du patient par les prestataires de services, dans le cadre de la continuité des soins, doit être coordonnée. Son rôle sera de responsabiliser les acteurs, de clarifier les fonctions, les relations et les rôles, d'organiser et de gérer l'information pour intégrer cet ensemble hétéroclite dans une démarche cohérente de prise en charge globale du malade. Le Directeur des Soins médico-technique doit décloisonner au maximum. Dans cette mission, le chemin clinique représente l'angle d'attaque de l'ensemble des pôles d'activités. Le D.S.c.a.m.t doit favoriser le rapprochement des unités en forte interaction. Cet acteur doit intégrer des contraintes de plus en plus lourdes et s'adapter à la rapide évolution de l'hôpital notamment dans le domaine du droit de l'utilisateur et des vigilances sanitaires. Son action s'inscrit dans le cadre d'une optimisation de la gestion du plateau médico-technique dont les modalités de mise en œuvre font apparaître un besoin de méthodologie concertée avec les Directions. Enfin, le D.S.c.a.m.t devra gérer un collectif de travail tout en optimisant les potentiels individuels. En effet, il ressort que le changement de l'institution hospitalière connaît quelques difficultés, c'est en raison de l'insistance qui est attachée à ses particularismes.

3.6.2 Paroles de Directeurs des Soins et de Coordonnateur Général des Soins :

REPRÉSENTATION DE LA FONCTION PAR LES **DIRECTEURS DE SOINS** (cf. Annexe N°7)

POINTS CENTRAUX : Besoin, réponse, répondre aux attentes, soin, expertise professionnelle, amélioration de la prise en charge du patient, projet de soin, décloisonnement.

REPRÉSENTATION TYPE : Les membres des équipes de Direction des Soins perçoivent le Directeur des Soins médico-technique comme un acteur apportant du lien à la chaîne du soin et une valeur ajoutée par rapport à la qualité des soins.

ILLUSTRATION :

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Parce que l'avenir est à une démarche pluridisciplinaire globale autour du patient ».

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« La direction des soins, enrichie de nouveaux acteurs, doit être un levier au service de la promotion d'une culture du soin et s'appuyer sur la pratique de la coopération ».

ANALYSE :

Le groupe des Directeurs de Soins s'accorde pour définir la compétence essentielle du D.S.c.a.m.t autour de son expertise, à savoir : sa capacité à décoder le système complexe que représentent les plateaux techniques. Cette expertise justifie à elle seule sa place dans l'équipe de Direction des Soins et sa collaboration au Projet de Soins. Par ailleurs, ce nouvel acteur est clairement identifié comme un relais majeur dans le cadre : de l'amélioration des processus de prise en charge du patient, de l'optimisation des ressources matérielles ainsi que de la mise en conformité avec la réglementation dans ses domaines d'expertise. Par ailleurs, il est décrit dans deux entretiens sur trois comme un lien, collaborant à un « soin commun autour du malade ». Le législateur a réuni dans une Direction des Soins unique des acteurs issus de mondes professionnels différents mais que les réalités de terrain réuniront autour d'un Projet de Soins commun.

Sur les trois directeurs des soins interviewés, tous invitent le coordonnateur des activités médico-techniques à « faire face à la réalité des pratiques et à partager cette réalité avec les autres professionnels et plus particulièrement les collègues de la Direction des Soins » ou encore à « mesurer objectivement notre présent pour engager l'avenir du Service de Soins en particulier et celui de l'établissement en général ». A l'éclairage de ces attentes, plus notre diagnostic de l'existant sera pertinent plus nos projets seront efficaces. Dans ce contexte, il y a urgence à établir de véritables filières de prise en charge des patients en promouvant le concept de « chemin clinique ». En conséquence, il existe une nécessité de mettre en place des plans d'actions pluridisciplinaires avec de véritables projets d'équipes : « Tous ensemble, promoteur du Projet de Soins, nous leur donnerons la vision d'un futur ensemble ».

Pour les D.S, l'arrivée de collègues issus des métiers de la biologie ou de l'imagerie médicale est perçue comme la régularisation d'une situation et la possibilité de mettre en cohérence les différentes pratiques de soins. Par ailleurs, ces acteurs considèrent le renforcement des Directions de Soins comme une mise en adéquation entre les concepts de direction et de missions en matière de soin global. Enfin, ces opportunités sont vécues dans la majorité des cas comme des facteurs d'amélioration des rapports entre professionnels de santé.

À l'éclairage des entretiens que nous avons conduits, les domaines d'actions dans lesquels les futurs collègues médico-techniques sont les plus attendus correspondent à la participation active au sein des Commissions de Soins, à l'élaboration d'un Projet de Soins commun ainsi qu'à la facilitation dans la mise en place de groupes de travail interdisciplinaires. L'arrivée de ce nouveau collègue est perçue comme un renforcement de la Direction des Soins Infirmiers vis-à-vis des autres directions et surtout du corps médical. Parmi les objectifs stratégiques majeurs des futurs D.S.c.a.m.t sont évoqués les

résultats attendus en terme de sécurité sanitaire, de continuité des soins, de gestion des compétences et enfin de qualité.

Ce nouvel acteur participera à la mobilisation des professionnels dans son domaine d'action en les faisant participer aux différents projets et en les impliquant dans les actions. Il devra en outre communiquer en interne comme en externe à propos de son pilotage stratégique, de sorte qu'il sera en mesure de réguler son action et d'en adapter la programmation. Dans ce cadre, nous aurons à guider la mise en œuvre des projets notamment auprès de l'encadrement supérieur et de l'encadrement de proximité avec des réunions bien préparées, des temps ainsi que des contenus de réunions maîtrisés. Nous serons évalués entre autres sur notre aptitude à désigner les « bons » pilotes pour les divers projets que nous mettrons en œuvre.

Le D.S.c.a.m.t devra favoriser la circulation de l'information, se situer en veille organisationnelle en ce qui concerne le management des processus de production de services et la mise en œuvre du Projet de Soins. Il doit par ailleurs exercer un contrôle à l'égard de l'action des Cadres dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Il existe un lien entre le Décret du 19 Avril 2002 et la Loi du 4 Mars 2002. La Loi du 4 Mars 2002 précise que le patient veut et doit bénéficier d'une trajectoire de soin standard, ce qui nécessite la mise en œuvre de normes de bonnes pratiques ainsi que des mécanismes de coopération, enfin, la création de ponts entre les activités des différents professionnels avec un maximum de sécurité et de qualité. Les missions du D.S.c.a.m.t consisteront à développer les intelligences collectives au travail, par une aptitude partagée pour réfléchir ensemble, par la compréhension des situations complexes et en construisant des solutions nouvelles dans le cadre d'un Projet de Soins global. Par ailleurs, ce nouvel acteur devra développer une véritable culture de la coopération et, pour ce faire, devra articuler organisation, communication et compétences spécifiques. L'autorité et la légitimité du coordonnateur des activités médico-techniques se fonderont sur ses compétences professionnelles et la qualité de ses relations humaines. Le D.S.c.a.m.t sera le garant de la mise en cohérence des tâches par rapport aux projets et, par ailleurs, il devra sortir des logiques catégorielles. Ses stratégies consisteront à articuler les différentes phases de la trajectoire du patient. Cette articulation devra, pour être opérationnelle, concerner l'ensemble des patients et prévoir une coopération effective entre les différentes catégories professionnelles. Au sein de l'équipe de Direction, il participera à la structuration de l'institution et devra s'inscrire au sein d'une mission commune ainsi que dans une vision partagée des finalités à atteindre. Ses actions s'appuieront sur une gestion partagée des ressources humaines ainsi que sur une étroite collaboration avec la Direction des Ressources Humaines. Dans le cadre des actions visant à optimiser les ressources humaines et matérielles des secteurs dont il aura la responsabilité, la mobilité, qui ne fait pas partie de la culture des médico-

techniques, devrait être un levier et un outil de gestion en cohérence avec les autres politiques de gestion et de développement des ressources humaines de l'établissement telles que la politique de formation, d'évaluation professionnelle, de recrutement, de remplacement, d'accueil et d'intégration. Cette politique de mobilité sera un atout dans le cadre des restructurations conduites à l'occasion de la mise en place des pôles d'activités et contribuera à une plus grande adéquation entre les compétences des professionnels médico-techniques et les exigences de l'établissement et du patient.

Les D.S estiment que les capacités de négociation, dont devra faire preuve ce nouvel acteur, seront le support de la coopération entre les professionnels dans la construction des Projets d'Établissements et des Projets de Soins. Ainsi, dans un souci d'insertion du Projet de Soins dans le Projet d'Établissement, la nouvelle Direction des Soins doit s'ouvrir à l'ensemble des professionnels. La confrontation de nos représentations influencées par une culture professionnelle parfois corporatiste, avec celle des autres professionnels du soin, médicaux ou paramédicaux, constitue une démarche qui va dans le sens de la qualité du Projet de Soins et de sa cohérence avec le Projet d'Établissement et le Projet Médical. L'élaboration du Projet de Soins global et commun sera une démarche conceptuelle où les autres professionnels, jusqu'alors isolés, participeront à la réflexion. Il s'agira d'une étape fondatrice, base d'une réelle démarche qualité.

La négociation avec les professionnels médico-techniques sur l'implication des groupes dans les orientations stratégiques se situera lors de la phase de réflexion collective sur le Projet d'Établissement. Lors de cette phase, se négocieront de façon informelle les territoires et les zones de pouvoir. Au moment de cette phase stratégique du Projet de Soins, à laquelle participeront des représentants de tous les corps professionnels ainsi que des usagers, ces territoires seront renégociés. Parmi les résultats de ces négociations, figurera la mise en évidence des marges de manœuvre et des champs de compétence de chacun des acteurs ainsi que des zones de collaboration obligées. De ces négociations, des relations client/fournisseur plus égalitaires émergeront. L'expertise des professionnels médico-techniques demeurera et sera engagée dans une démarche d'amélioration réclamée par les usagers. Ce dynamisme professionnel, qui succède à une certaine tradition conservatrice, promu par une nouvelle Direction des Soins interdisciplinaire, sera gage de progrès.

En matière de démarche de projet, notamment lors des restructurations liées à la constitution des pôles d'activités, le D.S.c.a.m.t devra hiérarchiser les problèmes afin de définir des cibles prioritaires. Cette démarche devra intégrer, dès la phase de conception, l'ensemble des acteurs ; elle sera interdisciplinaire, participative et ergonomique. L'évolution économique, sociale et technologique génère de nouvelles exigences de la part des usagers. Dans ce contexte, les structures médico-techniques doivent répondre aux attentes des usagers en intégrant les progrès scientifiques et techniques, mais aussi

une organisation optimale, pertinente, cohérente et une rationalisation des soins paramédicaux adaptés aux attentes des soignés et des professionnels ainsi qu'aux ressources disponibles. Le D.S.c.a.m.t aura un rôle primordial dans la stratégie de management de projet. Il devra constituer puis gérer les équipes, relier les problèmes sans a priori culturel, appliquer un savoir-faire éprouvé sur des activités à chaque fois différentes, intégrer les contraintes et les enjeux liés à la complexité du système hospitalier. Reconnu comme acteur stratégique par les D.S, le D.S.c.a.m.t est attendu pour fédérer les acteurs autour de projets, favoriser l'émergence d'un travail collectif qui ambitionne l'harmonisation des pratiques et des modes organisationnels autour d'un Projet de Soins paramédical. Dans cette perspective, sa politique de communication visera la transparence ainsi que la disponibilité de l'information. L'évaluation continue des différents projets développera la reconnaissance et la valorisation des acteurs. Ses qualités de médiateur lui permettront d'être l'interface en terme de négociation et de décision mais aussi, l'interlocuteur privilégié pour représenter la culture et la logique soignante médico-technique auprès de la Direction des Soins et de l'équipe de Direction dans son ensemble.

Dans cette perspective, la place de la contractualisation est essentielle. Elle permet l'achèvement du processus de décision et constitue une réponse à la complexité en réalisant le lien entre ceux qui savent et ceux qui organisent. Elle engendre des changements qui peuvent heurter les cultures professionnelles spécifiques. Elle donne cependant aux acteurs médico-techniques l'opportunité de montrer leurs capacités d'innovation. La contractualisation est une réponse apportée à la complexité des secteurs médico-techniques et de l'hôpital en général en reconnaissant un niveau d'analyse et de décision plus décentralisé et répondant au principe de subsidiarité. En effet, la multiplication des niveaux hiérarchiques peut être source d'incompréhension pour les professionnels car plus personne n'arrive à identifier clairement le donneur d'ordre, le responsable. Dans le cadre d'un partage des responsabilités initié par le D.S.c.a.m.t, les décisions sont prises au plus près des problématiques de terrain. Elles seront prises au sommet hiérarchique uniquement pour des raisons tenant à la cohérence globale du système.

Le regroupement des activités au sein de pôles favorisera la coopération entre les professionnels et la centration sur le patient en privilégiant les trajectoires de soins et les réponses aux besoins réels. La gestion de proximité, insufflée par le D.S.c.a.m.t rendra le système hospitalier plus flexible et plus réactif. L'enjeu pour la biologie et l'imagerie est important et la réussite du dispositif, au-delà du changement culturel qu'il entraîne, est en partie liée à l'articulation qui pourra être trouvée entre les relations hiérarchiques traditionnelles et les relations contractuelles basées sur la délégation et sur l'autonomie des acteurs du pôle.

Le rôle des D.S se trouve modifié de façon importante et ce ne peut plus être leur seul statut hiérarchique qui leur confère leur autorité et leur légitimité. Leur positionnement, notamment ceux en charge de fédérer les activités des plateaux médico-techniques, les conduit à exercer un rôle de coordination entre les pôles. Leur expertise technique leur confère, au côté du Directeur des Ressources Humaines, une place stratégique dans la gestion prévisionnelle des compétences des professionnels médico-techniques. Ce nouvel acteur sera au cœur des stratégies d'intégration. Dans ce contexte, il est préférable d'appuyer le management sur les différences, de les mettre en dialogue, plutôt que de tenter de les masquer. Le D.S.c.a.m.t sera un fédérateur, celui qui créera des liens, qui regroupera, fera émerger l'unicité et la solidarité au sein des groupes sans gommer les particularités, les différences génératrices de richesses et d'énergies créatrices. Pour une efficacité optimale, notamment dans les phases de transition, il est nécessaire que la Direction des Soins élargie soit une véritable équipe où chacun s'écoute, se concerte, se complète. Les Cadres situés aux interfaces des différentes logiques sont des relais essentiels, notamment en matière d'information. Le D.S.c.a.m.t est un élément moteur du nécessaire processus d'appropriation du changement par les professionnels, notamment lors des restructurations et redéploiements.

L'action du D.S.c.a.m.t en matière de vigilances et de gestion des risques pour les secteurs médico-techniques, permettra d'élaborer des propositions sur les mesures à prendre concernant les risques potentiels. Il lui appartiendra, pour les secteurs dont il aura la charge, à faire entrer dans les esprits la gestion des risques, de même que la démarche qualité et l'évaluation des pratiques.

SYNTHÈSE :

Le D.S.c.a.m.t apportera du lien dans la chaîne du soin. Il renforcera l'efficacité de l'équipe de la Direction des Soins par son expertise. Cet acteur devra participer à l'élaboration d'un Projet de Soins pluridisciplinaire qui conjugue clinique, technique, amélioration de la qualité et maîtrise des dépenses de santé. Cet acteur devra être à la fois gestionnaire et soignant. Il devra s'organiser, dans un contexte de ressources limitées, pour préserver et approfondir les avancées dans les pratiques professionnelles en laissant le malade au centre des préoccupations. Les implications managériales de ce nouvel acteur devront être organisées selon trois axes : l'interprétation de l'environnement des plateaux médico-techniques, l'adéquation entre les caractéristiques organisationnelles des différents secteurs médico-techniques et l'environnement soignant, enfin, l'intégration de stratégies d'alliance dans un Projet de Soin global.

3.6.3 Paroles de médecins, biologistes, radiologues, pharmaciens (cf. Annexe N°8)

REPRÉSENTATION DE LA FONCTION PAR LES MÉDECINS CHEFS DE SERVICES

POINTS CENTRAUX : Prise en charge, service, soins.

REPRÉSENTATION TYPE : Les médecins centrent leur discours sur la nécessaire organisation de la qualité des soins en y intégrant les notions d'accueil et la prise en charge.

ILLUSTRATION :

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Pour sa connaissance de la spécificité des métiers, de la culture professionnelle, de l'organisation du travail propre aux plateaux médico-techniques ».

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« Sa mission sera de mettre en place des procédures de production garantissant, grâce à un système de contrôle rigoureux, la qualité ».

ANALYSE :

Une réelle politique des soins passe nécessairement par un partenariat étroit avec les médecins, l'organisation des soins étant intimement liée à l'organisation médicale.

La mise en place d'une Direction des soins élargie peut être source de conflits. De plus, l'objectif principal de cette nouvelle Direction des Soins incluant les activités du plateau médico-technique consiste précisément à coordonner les différents acteurs. Alors que les médecins ont tendance à développer un mode d'exercice très indépendant dans une logique de service très affirmée. Dans ce contexte hospitalier, caractérisé par un environnement économique et concurrentiel difficile, le corps médical peut développer deux attitudes : soit un repliement frileux au sein de son unité ou, au contraire, considérer qu'il n'est plus possible d'ignorer la nécessité de coordonner et de participer à la politique institutionnelle. A ce titre, différentes formules d'organisations collectives se développent, avec notamment le regroupement des services en fédérations ou en pôles d'activités.

Dans le cadre des pôles, où les médecins coordonnateurs reçoivent une délégation de gestion pour laquelle ils ne sont pas toujours préparés, le rôle du Directeur de Soins prend tout son sens en qualité de modérateur et de fédérateur pour faire coexister des logiques parfois différentes. La perception des médecins est que seul un Projet de Soins incluant à la fois les problématiques médicales et paramédicales peut être le dénominateur commun à tous les professionnels et c'est dans la collaboration entre la Direction des Soins élargie et la C.M.E qu'il doit se construire. Le D.S.c.a.m.t aura un rôle intégrateur majeur entre le corps médical et les dirigeants administratifs. Son expérience

et son expertise reconnues lui octroient une lisibilité de la réalité que les autres membres de l'équipe de direction n'ont peut-être pas toujours.

SYNTHÈSE :

La production de services rendus au patient dépend de plus en plus de la manière dont les professionnels, quelle que soit leur place dans l'institution et leur catégorie professionnelle d'origine, organisent leurs activités et coopèrent dans un esprit de reconnaissance mutuelle. Au-delà des outils, méthodes et procédures, c'est le collectif qui met en jeu les compétences pour une plus-value. Le challenge du D.S.c.a.m.t sera de mobiliser l'intelligence collective au travail et notamment celle des médecins. Pour cela, il devra partir de la réalité concrète des situations de travail et non d'une prétendue situation générale qui vaudrait pour tous et en tous lieux. La coordination renforce la coopération et « l'agir ensemble ». Ce Directeur des Soins, grâce à sa compréhension des situations, sera une aide à la prise de décisions au plus près de la réalité. Il sera porteur d'une logique de projet plutôt que d'une logique de territoire médical pour centrer l'action sur l'utilisateur, décloisonner et investir le champ de la transversalité. Par sa force de proposition et son expertise, cet acteur devra être en mesure de mettre en place une gestion optimisée des ressources.

3.6.4 Les attentes des collaborateurs Cadres et Cadres Supérieurs médico-techniques (cf. Annexe N°9) :

REPRÉSENTATION DE LA FONCTION PAR LES CADRES ET CADRES SUPÉRIEURS

POINTS CENTRAUX : Besoin, prestations, coopération, prise en charge, frontières, satisfaction, service, soin, agir ensemble.

REPRÉSENTATION TYPE : Les Cadres et Cadres Supérieurs évoquent la fonction de D.S.c.a.m.t en terme « d'agir ensemble sur les frontières professionnelles » et leur discours est très centré sur le patient.

ILLUSTRATION :

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Les corporatismes et l'absence d'une vision d'ensemble sont à l'origine de bien des difficultés : frictions au bloc, problèmes de brancardage, sous utilisation des équipements, retard des consultations et des soins, recours permanent à la notion d'urgence ».

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« Le Directeur des Soins devra accompagner les cadres dans leur croissance et sur les grands projets institutionnels tels que le Projet d'Établissement et le C.O.M. ».

ANALYSE :

Par obligation et nécessité, les organisations hospitalières évoluent et se modifient. Les démarches de contractualisation interne se généralisent. On remarque aussi l'émergence de pôles d'activités, de départements et de centres de responsabilités qui permettent de créer une dynamique plus collective.

Donner des soins est un travail d'équipe dont la réussite repose sur l'interdisciplinarité.

Les Cadres expriment un besoin grandissant d'autonomie et de personnalisation, allant à l'encontre de nombreux outils de management qui ne font pas assez confiance à l'initiative créatrice de tous et qui, par contre, font trop appel à l'ordre rationnel et à l'intelligence individuelle et logique. Ils ont vis-à-vis du D.S.c.a.m.t des exigences en matière de sens à donner à leurs actions et d'éthique, d'où leur demande d'utilité sociale et sociétale accompagnant l'efficacité économique.

L'évolution d'un Projet de Soins Infirmier vers un Projet de Soins global est perçue par les deux Cadres comme un facteur d'intégration des professionnels prestataires de services parmi les soignants et de synergie entre les acteurs hospitaliers.

La formation commune des Cadres est perçue par les Cadres comme un facteur majeur participant au décloisonnement et à la réussite dans la mise en œuvre des projets transversaux à l'établissement. Cette expérience leur a permis de partager avec les autres filières une culture, un langage communs et, au final, d'affirmer leur identité de soignants. L'exemple concret cité le plus fréquemment concerne les procédures liées à l'accréditation.

La déconcentration de gestion vise à responsabiliser les différents acteurs du pôle et à les impliquer mais, si elle donne plus d'autonomie, elle peut générer de l'insécurité. La présence d'un représentant au sein d'une Direction des Soins élargie est dans ce sens un gage de reconnaissance et un lien sécurisant. C'est dans le partage des pouvoirs que naîtra le réel décloisonnement. Un effort de communication est attendu du D.S.c.a.m.t de la part de l'encadrement, afin qu'il se positionne en leader non pas catégoriel mais transformationnel. Il devra être le promoteur et le relais des valeurs professionnelles propres aux médico-techniques. Il sera l'ambassadeur de la Direction auprès des équipes et le porte-parole des médico-techniques auprès de ses collègues de la Direction des Soins. Pour cela, il lui faudra trouver la bonne distance et les mots justes pour aplanir certains antagonismes issus des logiques en présence.

Les cadres expriment, par ailleurs, un besoin de confiance de la part de la Direction des Soins. Ils considèrent que cette confiance est le fondement du concept de délégation. Ces acteurs se félicitent de ne plus être à l'avenir des « électrons libres » avec un réel ancrage dans la grande famille des soignants. Les cadres souhaitent de la part du D.S.c.a.m.t

soutien et aide et notamment une préparation ainsi qu'un accompagnement dans le cadre des processus de changement.

La déconcentration de la gestion et des responsabilités génère d'une part, une modification des apports hiérarchiques au profit d'un fonctionnement plus transversal et d'autre part, un changement dans le rôle des Cadres Supérieurs de santé qui doivent réaliser la synthèse de leurs trois domaines de responsabilités que sont : la fonction hiérarchique, l'expertise médico-technique et l'animation des Cadres du pôle.

Les Cadres Supérieurs estiment que le D.S.c.a.m.t doit être le garant de la dynamique des projets, qu'il doit se départir de son rôle hiérarchique et se situer en qualité d'accompagnant et de soutien vis-à-vis des Cadres.

Les Cadres Supérieurs attendent une aide à la fois méthodologique, pédagogique et technique de la part du D.S.c.a.m.t, notamment dans la mise en œuvre de la politique de formation. Ils souhaitent, en outre, contractualiser avec la Direction des Soins afin d'être en phase en matière d'objectifs à atteindre, de moyens mis en œuvre ainsi que de définition claire des missions. Les Cadres Supérieurs de santé auront, auprès du coordonnateur médical du Pôle, un rôle primordial à jouer dans l'exercice d'un métier qui évolue. Ils se présentent comme un relais indispensable entre les équipes et la Direction des Soins. Leur identité professionnelle se démarque de celle des soignants médico-techniques car, bien que proche des problématiques de prises en charge des malades et du soin, elle est basée sur une compréhension des enjeux globaux et stratégiques. Ils doivent être en capacité de traduire auprès des pôles les axes politiques du Projet d'Établissement. Leur positionnement, autrefois difficile et inconfortable, devrait être rendu plus stable par la présence d'un pair au sein de l'équipe de Direction. Les Cadres Supérieurs attendent de cette nouvelle Direction qu'elle leur laisse gérer l'opérationnel, mais aussi une aide pour déterminer les moyens de stabiliser l'organisation paramédicale du pôle en établissant des règles visant à créer la transversalité.

Le Cadre Supérieur d'imagerie est le plus impliqué dans la collaboration avec la Direction des Soins à l'égard de l'élaboration et de la mise en œuvre du Projet de Soins, notamment en matière d'amélioration de l'hygiène en services de radiologie. Cet acteur exprime qu'à travers cette collaboration, la Direction des Soins a pris conscience de la vraie nature de l'activité de ces unités et a débouché sur une certaine reconnaissance.

Le Cadre Supérieur de biologie perçoit cette évolution organisationnelle comme stratégiquement pertinente, notamment en matière d'aide méthodologique dans le cadre de la conduite des projets d'amélioration de la qualité. Cependant, il émet des réserves vis-à-vis de l'objectif interdisciplinaire sur l'ensemble d'un établissement notamment un CHU. En ce sens, faire travailler tout le monde autour d'un même objectif lui paraît utopique, il trouve plus pertinent de travailler à l'échelle d'un projet de service ou de département. La crainte du Cadre Supérieur de biologie, à l'égard d'une participation à la

Commission des soins, est « d'être noyé » dans la masse des infirmiers. Ce rapport de force quantitatif est repris par le Cadre d'imagerie mais de façon atténuée.

Confrontés à la gestion des risques, les Cadres Supérieurs voient, dans l'arrivée du D.S.c.a.m.t, l'opportunité de définir des références communes, car ils constatent que chaque secteur travaille avec ses instruments propres et selon des procédures spécifiques. Cette multiplication de documents et de procédures est un frein à l'efficience de la démarche. La coordination permettra aux professionnels infirmiers et médico-techniques de se rencontrer, de se connaître et de travailler sur des documents utilisables par tous.

À propos des enjeux liés à la création de la fonction de D.S.c.a.m.t, un clivage apparaît nettement entre les Cadres de proximité et les Cadres Supérieurs. Les premiers considèrent qu'il s'agit d'une évolution très positive, qui participe à la création d'une réelle perspective en matière de trajectoire professionnelle. Les seconds avouent, de manière implicite, avoir du mal à faire le deuil de leur situation hiérarchique et de leur rapport avec la Direction, jusqu'alors privilégiés.

SYNTHÈSE :

À l'hôpital, plusieurs métiers se côtoient, mettant en jeu un pool de compétences considérables en vue d'une finalité commune : la prise en charge du patient. Ceci implique inévitablement une interdépendance et donc une certaine complémentarité entre plusieurs groupes professionnels qui ne pourraient travailler les uns sans les autres. Cela suppose de reconnaître l'existence de frontières de la coopération. Cela suppose aussi que la coopération soit organisée par un D.S.c.a.m.t, qu'elle soit consciente, délibérée, et décidée. Le D.S.c.a.m.t devra faire des Cadres Supérieurs, des managers ressources porteurs de sens. Il sera un maillon incontournable en qualité de conseiller, d'expert, de facilitateur et facteur de cohérence notamment en matière d'orientations stratégiques et de travail inter pôles. Le D.S.c.a.m.t devra inciter les équipes à développer des réflexions sur leurs pratiques professionnelles. La logique de production de services s'est substituée à une logique de production d'actes. Cet acteur devra, par ailleurs, faire face à la solitude du cadre, il sera pour lui un appui et une ressource notamment en matière de formation et de communication. Les pôles médico-techniques ont remis en cause les métiers fondés uniquement sur un sous-bassement technologique.

3.6.5 Les coordonnateurs médico-techniques (cf. Annexe N°10)

REPRÉSENTATION DE LA FONCTION PAR LES COORDONNATEURS MÉDICO-TECHNIQUES

POINTS CENTRAUX : Rejet, spoliation, interfaces, projets, collaboration, périmètre d'activité, compétences, incertitudes, innovations technologiques, organisationnelles et sociales, force de proposition.

REPRÉSENTATION TYPE : Le discours des coordonnateurs de plateaux médico-techniques à l'égard de la pertinence de l'instauration d'un Directeur des Soins en charge de leur secteur de responsabilité se caractérise par une double approche. La première fait état d'une profonde frustration liée au fait que leur statut de « pionniers » n'a pas été pris en compte par le législateur et la seconde consiste en un plaidoyer en faveur de la plus-value représentée par un professionnel capable de fédérer et potentialiser les équipes de biologie, d'imagerie et de rééducateurs.

ILLUSTRATION :

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Le coordonnateur des activités médico-techniques est le seul acteur de l'équipe de direction capable de décoder pour le directeur les problématiques spécifiques à ce secteur d'activité et de relayer efficacement auprès des soignants des laboratoires, de l'imagerie, de la pharmacie, le message du chef d'établissement ».

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« L'expérience démontre que l'on attend de nous des propositions pertinentes dans le cadre des restructurations et de l'amélioration de la qualité des prestations, c'est sur cette aptitude que nous sommes évalués ».

ANALYSE :

Le pouvoir spécifique du coordonnateur est celui du « marginal sécant », comme le définit Haroun JAMOUS dans son étude sur le processus de décision³⁰. Cet acteur est partie prenante dans différents systèmes d'actions interconnectés et de ce fait joue un rôle d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires. L'examen des fiches de postes et des lettres de missions montre l'étendue très vaste du champ d'action des CPMTR. Alors que les évaluations ministérielles ont conclu à l'efficacité des CPMTR ainsi qu'à leur utilité, dans un contexte particulièrement délicat, ils expriment cependant

³⁰ JAMOUS H. *Étude sur le processus de décision, sociologie de la décision*. Paris : Éditions du CNRS, 1969.

faire face à des situations de travail difficiles. Essentiellement conducteurs de projets, facilitateurs, animateurs, les CPMTR n'interfèrent pas avec le fonctionnement direct des services et reconnaissent intégralement les prérogatives des Cadres. Cette situation explique que l'origine professionnelle (biologie, imagerie ou rééducation) n'est absolument pas un obstacle dans l'exercice de cette fonction. Les expériences sur le terrain le confirment. Ceci s'explique probablement par un fond de culture commune développé chez l'ensemble des médico-techniques et rééducateurs (et qui va bien au-delà du seul sentiment d'exclusion ressenti par ces professionnels) qui fait que des métiers différents se sentent proches les uns des autres. Le regroupement de toutes les associations nationales médico-techniques et de rééducation en une Union Nationale : l'UIPARM en est la preuve. En France, de multiples expériences ont lieu : soit dans des CHU, soit dans des CHG, avec des formules variables allant de la coordination de l'ensemble du plateau médico-technique à la coordination d'un secteur (rééducation, biologie, imagerie) sur un ou plusieurs établissements. Pour mettre leurs expériences en commun, les coordonnateurs en place ont pris l'habitude de travailler ensemble et d'échanger à propos de leurs pratiques au sein de l'ANCO. La loi de 1991 a fort justement reconnu le Service Infirmier mais elle avait oublié les médico-techniques et les rééducateurs. En 1989 et 1990 lors des mouvements sociaux, ces personnels étaient proportionnellement plus mobilisés que leurs collègues IDE. Ils ont d'ailleurs bénéficié des mêmes reconnaissances statutaires et des mêmes revalorisations indiciaires. Mais moins reconnus sur le plan médiatique et moins nombreux, leurs revendications « existentielles professionnelles » n'ont pas, à l'époque, touché le législateur. Aujourd'hui, les services médico-techniques et de rééducation, de plus en plus indispensables au fonctionnement hospitalier, qui jusqu'à ce jour ne sont pas représentés au sein des Directions, ne bénéficient pas de la dynamique collective hospitalière. Par exemple, bien peu ont développé des projets de service. Ils bénéficient rarement des informations venant de la Direction, ne participent ni à la CSSI, ni à l'élaboration du Projet de Soins. Leur isolement est source de cloisonnement (et de rivalités) exacerbant des concurrences tenaces alors que les synergies, les complémentarités, les coopérations devraient être au centre de leurs préoccupations. L'existence d'un Service de Soins Infirmiers, transformé depuis peu en Direction des Soins, structuré et opérationnel a créé de fait un début de décloisonnement. Un autre objet de décloisonnement réside dans l'évolution des frontières entre le plateau médico-technique et le service infirmier, au travers de collaborations, de complémentarités, d'associations dans le but d'améliorer la prise en charge du malade et les circuits (brancardage, prélèvements, résultats). Les fonctions de coordonnateur de plateaux médico-techniques font appel à des compétences nouvelles. Dans l'évolution hospitalière, de nouvelles compétences apparaissent sans cesse. Celles liées au domaine médical sont assez facilement prises en compte (cas des structures

mises en place pour les soins palliatifs, le SIDA, la gériatrie). Celles liées à la logistique et à l'organisation souffrent de retards de prise en compte des besoins réels (systèmes d'information, gestion des risques).

Les coordonnateurs ont le sentiment d'obtenir des résultats positifs malgré l'absence de reconnaissance statutaire. C'est notamment le cas de ceux qui ne se sont pas présentés ou qui n'ont pas été admis au premier concours de Directeurs des Soins dans les filières médico-technique et de rééducation en 2002. Seuls 20 % des coordonnateurs en poste à la date du concours se sont présentés. Les autres comptaient sur des mesures transitoires qui leur auraient donné l'équivalence du concours. Hypothèse qui ne s'est pas concrétisée à ce jour.

Un des deux coordonnateurs interviewés exprime son opposition à la création de la fonction de Directeur des Soins responsable de son secteur d'activités dans son établissement et dans l'hypothèse où son chef d'établissement la lui imposait, il adopterait une position de retrait. Par ailleurs, ils se positionnent comme des pionniers ayant eu une participation active dans la pérennisation du concept de coordination des plateaux techniques. Nous pouvons comprendre la frustration de ces acteurs ayant statut de Cadres Supérieurs et entretenant des relations directes et privilégiées avec les équipes de Direction depuis une vingtaine d'années pour certains. La gestion future de ces acteurs, dans l'hypothèse où une collaboration avec un D.S.c.a.m.t entrerait dans les stratégies managériales de certains Directeurs, ne serait pas sans poser quelques difficultés. Ce type de problématique justifierait un positionnement clair de la Direction définissant précisément les missions de chacun des acteurs et un déploiement de tact et de stratégie de la part du D.S.c.a.m.t concerné par cette éventuelle cohabitation.

Trois ressources ont participé à l'évolution de l'hôpital : le savoir, les équipements et l'organisation du travail qui dépend notamment de la qualité de la coordination entre les différents acteurs qui participent à la prise en charge du patient. Cette coordination prévoit notamment une extrême rigueur dans la planification des différents actes dans le but d'optimiser l'utilisation des équipements et de réduire le temps de présence du patient dans la structure de soins.

SYNTHÈSE :

La coordination est fondée sur un cadre stratégique tel que le management par projets pluridisciplinaires. Le coordonnateur des activités médico-techniques se trouve fortement questionné sur le plan de son périmètre d'activité ainsi que sur la nature et le champ de ses compétences. L'incertitude engendrée, le choc des cultures et des aspirations posent le management comme un métier d'interfaces, d'orientation, de médiation et de décision. Puisque la collaboration entre les équipes et les projets caractérisent l'optimisation des soins, il n'est plus désormais possible de les encadrer avec les mêmes

principes, les mêmes méthodes, les mêmes dispositifs. Le D.S.c.a.m.t devra faciliter le travail en commun et le jeu des solidarités entre les équipes de soins. Une véritable coordination devra s'appuyer sur des acteurs identifiés, impliqués et responsabilisés avec une marge de manœuvre laissant la place à la créativité, dans le respect des métiers.

3.6.6 Les professionnels paramédicaux – Techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie médicale, préparateurs en pharmacie

REPRÉSENTATION DE LA FONCTION PAR LES PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

(cf. Annexe N°11)

POINTS CENTRAUX : Reconnaissance, information, communication, peur, abandon, accompagnement, représentant, identité, responsabilité, territoire.

REPRÉSENTATION TYPE : Le discours des professionnels fait apparaître un besoin de reconnaissance et un sentiment d'abandon. Le Directeur des Soins est perçu comme pouvant être le relais de leurs besoins en terme d'information et défense de leurs identités professionnelles.

ILLUSTRATION :

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« A l'hôpital, la position des soignants non infirmiers doit être mieux prise en compte, notamment par le corps infirmier lui-même ».

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« Pour améliorer la qualité du fonctionnement de l'hôpital, notamment en terme de communication ».

ANALYSE :

Au sein d'une Direction des Soins, la présence d'un représentant médico-technique est vécue comme une reconnaissance professionnelle et une réponse face à la peur générée par la masse du corps infirmier. La crainte d'une dilution dans la masse des soignants de leur identité professionnelle peut les amener à revendiquer une plus grande reconnaissance. Ces professionnels, dans deux cas sur trois, ont décrit une situation d'« abandon » de la part de la hiérarchie hospitalière. Ce mal être est nourri par un sentiment de non reconnaissance au niveau des Directions. Ces acteurs attendent d'être reconnus au travers de leur travail et, si le Cadre demeure leur référent au niveau de l'unité, le D.S.c.a.m.t sera, selon eux, leur représentant et leur « avocat » auprès de la Direction d'Établissement. Sur les trois techniciens interviewés, tous sont unanimes pour exprimer une certaine non reconnaissance en qualité d'authentiques soignants de la part

du corps infirmier. Les manipulateurs de radiologie se disent perçus comme de simples « presse boutons », des imageurs dans le meilleur des cas. Le plus grand déficit d'image, nous l'avons rencontré dans l'enceinte close d'un laboratoire où la notion de responsabilité vis-à-vis du parcours du malade est perçue comme sous évaluée. Leurs connaissances techniques leur permettent de pouvoir ériger des barrières et renforcer le cloisonnement. Nous mesurons, au travers de ces expressions, combien les cicatrices corporatistes sont encore bien présentes.

Par ailleurs, pour ces professionnels, il n'y a pas eu jusqu'alors, à leur égard, de véritable GPEC et le futur D.S.c.a.m.t est attendu sur ses aptitudes et ses engagements à accompagner et suivre les projets professionnels individuels.

Le personnel médico-technique, dans sa satisfaction au travail, attache une grande importance à la dimension relationnelle ainsi qu'à l'appartenance à un groupe professionnel. Nous noterons que ce facteur impacte directement le déficit de mobilité de ces catégories professionnelles. Pour ces acteurs, l'identité professionnelle est dépendante du contexte dans lequel elle se forme.

Dans le cadre des restructurations internes, le besoin d'informations est récurrent. Les professionnels attendent de la future hiérarchie des réunions d'informations en insistant sur les enjeux, car ils veulent comprendre les raisons qui motivent les décisions. Les professionnels insistent sur les capacités que doit posséder le D.S.c.a.m.t et les efforts qu'il devra développer en matière de communication. Nous constatons que ce n'est pas la note de service qui va induire le changement, mais le partage des enjeux.

Le D.S.c.a.m.t ne doit pas remettre en cause la spécificité des professionnels. Ils revendiquent que l'on reconnaisse leurs différences pour pouvoir développer des complémentarités avec les autres partenaires du soin. A cet éclairage, leur diversité doit être appréhendée comme une richesse et un potentiel. Ainsi, dans une logique de décroisonnement, le concept d'intégration devra s'appuyer sur celui de la différenciation.

Les professionnels sont peu sensibilisés à la démarche qualité et à la gestion des risques, si ce n'est en imagerie avec le développement de la radiologie interventionnelle. Nous vérifions que l'hôpital est abordé beaucoup plus en terme de territoires qu'en terme de fonctionnalités et que comme l'exprime MINTZBERG³¹ : « c'est le professionnel qui fait la norme ».

SYNTHÈSE :

³¹ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Editions d'Organisation, 1982.

Le D.S.c.a.m.t devra travailler dans la clarté et la transparence, donner une grande place à l'expression ainsi qu'à la négociation et amortira ainsi les tensions liées au changement. Le D.S.c.a.m.t devra être le promoteur d'objectifs connus et partagés ainsi que de rencontres régulières et structurées avec les professionnels. Il devra mettre en œuvre un fonctionnement différent, basé sur la confiance et la compétence de chacun. Cet acteur devra développer une meilleure utilisation des compétences et des savoir-faire de chacun et participer à l'unité de l'équipe dans une véritable cohésion au service de l'institution.

3.6.7 Synthèse générale des entretiens :

L'arrivée d'un nouvel acteur venant compléter et renforcer la Direction des Soins est un facteur favorisant l'élaboration d'un projet cohérent et la réalisation d'actions concrètes visant une amélioration de la qualité des soins et du degré de performance des institutions hospitalières. Le Directeur d'établissement, le Président de la Commission Médicale et la Direction des Soins forment ainsi un triptyque à partir duquel un projet centré autour des attentes du patient, conciliant ces trois logiques, optimisera les ressources mises en œuvre. Le D.S.c.a.m.t participera à une nouvelle organisation managériale interprofessionnelle des soins et viendra consacrer la notion d'interdépendance professionnelle.

La dimension de la structure dans laquelle évoluera ce nouvel acteur aura une influence majeure sur la nature opérationnelle de sa fonction. Ainsi, en CHU, les missions de ce Directeur des Soins seront souvent circonscrites à la sphère médico-technique stricte. Alors qu'en CHG, son domaine d'actions pourra être passablement étendu notamment à la rééducation, voire aux soins infirmiers.

Le D.S.c.a.m.t participera à l'élaboration ainsi qu'à la mise en œuvre de la politique des soins dans son établissement. Dans ce contexte, il sera l'artisan d'un partage d'état d'esprit entre des groupes professionnels qui, jusqu'alors, étaient enfermés dans des structures étanches. Pour cela, il devra créer du lien, faire converger des logiques et des cultures différentes.

En conséquence, la pérennisation de cette nouvelle fonction passe par un processus d'évaluation portant sur les effets du changement organisationnel ainsi que par l'amélioration de la prise en charge des soins dans toutes ses dimensions.

À l'éclairage de notre étude de terrain, sommes-nous en mesure de valider nos hypothèses ?

L'hypothèse selon laquelle la recomposition des Équipes de Direction va entraîner d'une part une redéfinition du concept de soin incluant les prestataires de services (imagerie médicale, biologie, pharmacie etc...) d'autre part, un élargissement ainsi qu'un

enrichissement des différents Projets de Soins et enfin, par voie de conséquence, une mutation profonde de toute la chaîne du soin au sein des établissements hospitaliers est globalement validée.

Par ailleurs, la majorité des locuteurs qui se sont exprimés à l'égard de la pertinence de l'introduction au sein des Équipes de Direction d'un responsable des activités médico-techniques, Directeur des Soins non infirmier, dans un objectif d'amélioration de la prise en charge du patient, valident également cette hypothèse. Cette pertinence serait effectivement construite à partir de sa légitimité professionnelle issue du socle réglementaire et de sa formation qualifiante ainsi que de son expertise professionnelle et dont la résultante correspond à une réelle valeur ajoutée en matière de qualité des soins.

Il ressort de cette étude que ce nouvel acteur est avant tout un Directeur des Soins, membre d'une Direction des Soins, au service des attentes des soignés. Depuis la promulgation du Décret de mars 2002, les Coordonnateurs Généraux des Soins, tous issus de la filière infirmière, ont été officiellement missionnés pour manager les services médico-techniques. Deux ans après, les premiers constats vont dans le sens d'une plus grande cohérence ainsi que d'une amélioration de la performance au sein de la chaîne du soin. Chez certains techniciens médico-techniques, le sentiment d'appartenance à un grand ensemble de soignants n'est pas consolidé à ce jour, les repliements corporatistes demeurent, mais la dynamique est engagée. Les Cadres et Cadres Supérieurs sont les leviers de cette évolution, ils vont majoritairement dans le sens d'une prise en charge globale et collective du patient. Les D.S.c.a.m.t, en rejoignant leurs collègues au sein des Directions des Soins, viendront prolonger l'œuvre entamée.

Les contraintes fortes qui pèsent aujourd'hui sur l'hôpital dans le domaine de la sécurité, avec des normes juridiques très strictes, scellent la pertinence d'une coordination de la gestion des risques au niveau de l'établissement en général et du plateau médico-technique en particulier. A l'égard de cette problématique, les avis des Directeurs, des Directeurs de Soins et des Cadres sont tout à fait convergents pour qualifier la collaboration d'un D.S.c.a.m.t à une fédération des vigilances sanitaires, de plus-value à la fois pour l'établissement, l'équipe de direction et le patient, notamment par le biais de son expertise.

4 PLANS D' ACTIONS

À l'éclairage de l'analyse des entretiens qui a permis de valider nos hypothèses de départ et de définir précisément les domaines d'actions à partir desquels le D.S.c.a.m.t construira sa pertinence ainsi que sa légitimité, nous sommes en mesure de proposer des plans d'actions concrets, conformément aux attendus d'un mémoire professionnel.

4.1 Légitimer notre positionnement dans l'institution

Nous aurons pleinement conscience que le fait d'être parmi les premiers à occuper cette fonction, nous participerons en conséquence à la créer. La dimension de la compétence du D.S.c.a.m.t est à investir. Par l'analyse des sources de motivations et des attentes des différents groupes professionnels et en faisant écrire les anciens à propos de leurs pratiques dominantes, en développant une lisibilité ainsi qu'une visibilité des compétences, nous participerons à l'élaboration d'une organisation apprenante qui se concrétisera dans le Projet de Soins médico-technique, lui-même inclus dans le Projet de Soins global. La stratégie du D.S.c.a.m.t sera de ne pas s'enfermer au sein d'une ligne hiérarchique mais de faire travailler les acteurs ensemble, d'intégrer les «cœurs de métiers» comme noyaux de qualification, d'identifier les frontières et les interfaces sources de conflits, de maîtriser les zones d'incertitudes et de s'appuyer sur les compétences collectives afin d'instaurer un apprentissage collectif du changement. Par ailleurs, la force et le pouvoir, au sens sociologique du terme, du D.S.c.a.m.t résideront notamment dans sa capacité de réaction.

Parmi les premières questions que nous serons amenés à nous poser en arrivant au sein de notre établissement d'affectation seront celles relatives au niveau de développement du Projet Médical, du Projet de Soins ainsi que du Projet Social.

Nous avons mesuré combien le management des ressources humaines est un levier stratégique qui nous permettra de repenser l'organisation des acteurs évoluant au sein du plateau médico-technique. Le mode de management que nous adopterons sera, autant que faire se peut, de faire produire par les acteurs eux-mêmes leur forme d'organisation. Pour ce faire, notre rôle sera de mailler, d'articuler les compétences et les expertises existantes, de ne pas laisser chaque expert isolé dans son domaine et de parvenir à un nouvel équilibre en fonction d'un objectif commun.

Lors de notre prise de fonction en qualité de D.S.c.a.m.t, nous serons donc amené à déterminer le niveau de différenciation entre les divers groupes professionnels dont nous aurons la charge afin d'en réduire les effets centrifuges. Viendra ensuite la phase d'intégration, dans laquelle notre mission sera de réunir, de rassembler.

En faisant circuler l'information, en valorisant les compétences, nous participerons à la construction de notre légitimité professionnelle. En outre, le D.S.c.a.m.t devra, dans sa stratégie visant à établir des coopérations entre les groupes professionnels, prendre en compte certaines difficultés sociologiques notamment l'évolution différenciée des différents métiers, les différences en terme d'identités professionnelles, un certain intérêt qu'ont ces acteurs à cloisonner, enfin les craintes et l'insécurité, sources de conflits.

4.2 Mettre en œuvre une politique de soins médico-techniques

Cette mise en œuvre passe par l'élaboration d'un Projet de Soins incluant la totalité de la chaîne du soin, les soins infirmiers bien évidemment mais également les prestataires participant au chemin clinique du patient. Ce projet global, élaboré par l'équipe de la Direction des Soins, définira les orientations soignantes au sens large à mettre en œuvre, en adéquation avec le Projet d'Établissement, le Projet Médical et le Projet Social. Ainsi, chaque secteur médico-technique sera doté d'axes de progrès interconnectés qui identifieront les pratiques professionnelles à faire évoluer. La cohésion de la Direction des Soins et la cohérence d'action de ses acteurs prennent appui sur son projet commun. Ce projet doit donner du sens aux actions des équipes. Pour cela, il devra être élaboré avec l'ensemble des personnels paramédicaux et mis en œuvre par une politique d'amélioration de la qualité. Il est à construire dans la confrontation des idées, en prenant en compte les individualités et en mettant en synergie les potentiels.

Nous l'avons vu, le fonctionnement d'un hôpital peut être modélisé sous la forme de processus interconnectés. L'expérience montre que la gestion des interfaces entre les processus est délicate, la coordination interservices étant plus complexe que celle au sein d'un même service. La coopération gagnant-gagnant (cf. Le dilemme du prisonnier) a peu de probabilité d'apparaître naturellement entre services ou entre structures sanitaires distinctes. Les objectifs de ces groupes d'acteurs sont en effet formalisés dans des projets de service ou d'établissement qui ne sont pas forcément compatibles, une certaine concurrence pouvant s'instaurer entre eux. Dès lors, le recours à la formalisation peut avoir des vertus, pour garantir et stabiliser les engagements réciproques permettant d'aboutir à une relation gagnant-gagnant. La formalisation de ce travail en commun, sous forme de contrats, peut trouver sa traduction au sein des Fédérations de Gestion Communes ou de Pôles d'Activités.

La contractualisation permet à chaque partie d'exprimer ses besoins. Chaque acteur peut ainsi dégager de façon objective les contraintes qui sont les siennes, en partant d'une analyse processus, ce qui est favorable à la négociation et à la mise en évidence de terrain d'entente.

La décomposition du processus de travail permet d'identifier les causes de dysfonctionnement et donc de s'orienter vers une solution, plutôt que de rester dans l'expression d'un malaise diffus lié à un dysfonctionnement auquel les acteurs ont tendance à répondre par des demandes de moyens supplémentaires, notamment humains. L'idée est de faire que chaque acteur se recentre sur son processus de travail, analysé comme un tout, où l'interdépendance des étapes est mise en évidence. Les causes apparaissent ainsi comme elles-mêmes interdépendantes et leur origine interne comme externe est mise en évidence. En soulignant ce que l'autre peut apporter par sa coopération, de façon objective, raisonnée et chiffrée (besoin de tel délai de réaction de tel acteur), le D.S.c.a.m.t dégagera des zones d'entente possible par l'analyse des flexibilités des structures qui sont en interface et qui peuvent fournir des marges de manœuvre.

L'approche processus est tout d'abord favorable au décloisonnement des acteurs, puisqu'elle offre une modélisation qui est transverse à la structure organisationnelle et fonctionnelle de l'hôpital. Par ailleurs, l'approche systémique ainsi que l'analyse de la valeur ajoutée qui sont globales et pluridisciplinaires permettent une appréhension de la complexité par la prise en compte de l'environnement et des interactions et facilitent la communication entre acteurs. L'analyse stratégique et fonctionnelle est un moyen de poser les problèmes d'une manière comprise par tous les acteurs.

Ces deux approches, systémique et stratégique conjuguées, permettront de trouver des pistes d'optimisation, elles sont donc un gage de solutions viables d'amélioration de la prise en charge du patient. Elles ont aussi l'avantage de reposer sur une séparation des besoins et des solutions, ce qui permet de ne pas recourir systématiquement à une augmentation des moyens pour répondre à un besoin exprimé, celui-ci pouvant aussi être satisfait par une réorganisation des tâches et des modes opératoires.

4.2.1 Dans le cadre de l'Imagerie Médicale

L'utilisation de matériels coûteux en acquisition comme en matière de fonctionnement tels les scanners, les IRM, les gamma caméras, entraîne la présence d'un personnel nombreux et formé et ces acteurs professionnels doivent être répartis le plus judicieusement possible afin d'en optimiser le fonctionnement. Située au cœur du diagnostic et donc de la chaîne du soin, le poids de l'imagerie dans l'organisation est majeur et les conséquences des dysfonctionnements sont considérables en matière de non qualité pour le malade et pour l'hôpital (délais de prise en charge, transmissions des comptes rendus, influence sur les durées de séjour, etc...). La qualité des prestations, les délais les plus performants, l'intégration des explorations dans un système d'information sont des défis à relever pour le Directeur des Soins responsable de ces unités.

A) Par un management en processus (Annexe N°3) :

C'est-à-dire par l'analyse de flux et de successions de transformations qui produisent de la valeur ajoutée. Cette démarche, qui privilégie le résultat, trouve sa justification dans une compétition qui pousse les unités d'Imagerie à l'excellence par rapport aux besoins des patients et à l'économie par rapport aux ressources. Sur le plan de la qualité, la gestion en processus faisait déjà partie des modèles de management par la qualité totale. La gestion en processus, dynamisée par les besoins des patients, oblige à réfléchir à la véritable mission d'une unité d'imagerie médicale et à vérifier l'adéquation entre les services rendus et les réels besoins des patients. La gestion en processus a comme autre intérêt d'éliminer les processus inutiles et surtout d'éliminer les données inutiles générées par certains processus. L'implication du personnel est évidemment essentielle dans la démarche. La réflexion sur les processus est nécessaire à tous les niveaux : à l'étape de la cartographie, mais aussi dans la construction des logigrammes. Cette implication, pilotée par le D.S.c.a.m.t, contribuera à décloisonner les unités d'imagerie médicale, en permettant à chaque groupe de mieux comprendre ses relations avec les autres groupes d'acteurs de soins. Cette implication est évidemment un préalable à une amélioration des processus par le personnel lui-même. Par ailleurs, l'identification des différentes tâches d'un groupe professionnel à partir de l'ensemble des logigrammes permettra aisément d'obtenir et de vérifier le descriptif de postes. Nous développerons la gestion en processus à partir d'un système intégrant le management par la qualité totale et l'assurance qualité. Ainsi, les procédures d'amélioration continue comme l'autoévaluation managériale et la gestion des actions correctives et préventives seront incorporées dans le système. Cette démarche est apte à rendre compte non seulement de la qualité des soins médico-techniques en imagerie mais aussi de la performance de l'organisation mise en place. Le système documentaire que nous promovons formalisera les procédures utilisées et contiendra les enregistrements des indicateurs qualité. Notons que ce modèle de management en processus est applicable aux autres secteurs d'activité médico-technique après une simple adaptation du processus. Enfin, déployé au niveau de la structure transversale d'un établissement, il aura comme vocation à factoriser certaines procédures collectives et apporter les liens nécessaires entre les différentes composantes de la chaîne du soin. Parmi les axes de travail que le D.S.c.a.m.t pourrait développer en interdisciplinarité pour ce qui concerne l'imagerie, nous citerons : la prescription médicale (Définition du degré d'urgence : urgence vitale et urgence organisationnelle, renseignements cliniques), le dossier de soins et l'information du patient (Consentement éclairé, circulation du dossier, éléments à fournir selon les examens, accès des manipulateurs au réseau d'information), la gestion des risques (Identification du patient confus ou désorienté, la surveillance et la continuité des soins en salle d'attente, la

préparation des patients aux examens invasifs), la circulation de l'information (Catalogue des examens à réaliser par secteur d'imagerie, le répertoire des conduites à tenir pour chaque examen, la préparation physique, l'information du patient, les éléments du dossier, les bons d'examens, la transmission du statut infectieux du patient), le parcours patient, la centralisation des informations pour la prise de rendez-vous et la restitution des résultats.

B) Par l'évaluation de la qualité des comptes rendus :

Le rapport de l'Office de Protection contre les dangers des Rayonnements Ionisants (OPRI) publié en 1999 a mis en relief une irradiation médicale excessive en France. Le nombre d'examens radiologiques effectués, rapportés à la population, y est l'un des plus élevés d'Europe. Parallèlement, la directive européenne Euratom 97/43, relative à la protection sanitaire des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors des expositions à des fins médicales, impose le principe de la justification : tout acte utilisant les rayonnements ionisants doit être justifié par une indication clinique bien pesée. L'application de ce principe pose la question de la pertinence des examens radiologiques par rapport à l'indication médicale. Pour comparer la pratique des radiologues à des standards (guides de bonnes pratiques indiquant quels sont les examens à pratiquer ou à éviter face à telle ou telle indication), il est nécessaire de connaître avec précision les motifs médicaux qui ont amené à réaliser lesdits examens. La mention de ces données dans le compte rendu est donc un élément qualitatif primordial. Depuis janvier 1997, la nomenclature des actes professionnels rend obligatoire dans les comptes rendus d'imagerie médicale la mention des indications, des incidences, de l'analyse et l'interprétation de l'examen. L'évaluation, que sera en mesure de conduire le Directeur des Soins dans le cadre d'un groupe projet, portera sur la qualité des comptes rendus, le respect des cotations d'actes et l'opportunité des actes (examen en double, clichés effectués au lit du malade par confort ou manque de moyens, incidences radiologiques en inadéquation avec la prescription ou l'indication). L'évaluation de la pertinence des examens radiologiques est un exercice difficile d'autant que ces examens s'inscrivent dans le cadre global d'une démarche diagnostique parfois complexe. Dans ce contexte, l'exigence de porter les indications cliniques de l'examen au compte rendu constitue le pré requis minimal qui doit impérativement s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations délivrées aux malades. L'amélioration de la qualité des comptes rendus constitue une des étapes de la recherche de l'amélioration de la qualité des soins en imagerie médicale à laquelle la directive Euratom 97/43 ajoute une dimension de santé publique.

C) Par le développement d'un système d'information et d'un réseau d'imagerie :

L'exigence collective croissante d'une disponibilité en temps réel des données médicales et de soins des patients au lit des malades ou sur les lieux des examens complémentaires, voire en dehors de l'hôpital, la nécessité d'être relié en direct et en temps réel avec les prestataires externes de l'hôpital, les financeurs, de plus en plus exigeants en matière d'approvisionnement, commande, facturation, font que le système d'information devient un élément déterminant du management opérationnel et stratégique des hôpitaux et des unités d'imagerie en particulier. Pour le D.S.c.a.m.t, il sera un outil à promouvoir pour la connaissance, le pilotage, le suivi et les évaluations de la production de soins et de l'ensemble des actes qui les constituent. Par ailleurs, il faut prendre en compte le fait que le dossier radiologique représente 60 % du dossier médical du patient. Le D.S.c.a.m.t pourrait, dans le cadre de l'optimisation des unités d'imagerie, promouvoir ou développer un système de communication et d'archivage. Le P.A.C.S est un système informatisé qui centralise et qui gère l'acquisition digitale de tous les examens radiologiques, la consultation d'examens radiologiques sur des stations de travail, l'impression et l'envoi d'images dans et en dehors de l'hôpital et l'échange d'informations administratives avec les systèmes informatiques hospitaliers. En ce sens, le P.A.C.S représente l'évolution naturelle des nouvelles technologies digitales (Scanners, IRM...) vers un environnement global où les activités basées sur le film sont progressivement remplacées par leur équivalent digital.

4.2.2 Dans le cadre de la Biologie

Ces secteurs sont et seront de plus en plus automatisés et les gains d'exploitation, que ce soit en matière de ressources humaines ou en produits consommables, restent encore à mettre en œuvre de façon organisée et méthodique. En effet, les automates d'analyses biologiques sont de plus en plus performants, de plus en plus rapides et consomment toujours moins de réactifs par analyse. Mais ces gains de productivité et le nombre toujours plus grand d'analyses réalisées automatiquement nécessitent de moins en moins l'intervention humaine. Pour le D.S.c.a.m.t, la recherche de l'optimisation des moyens affectés à ces structures est un enjeu majeur de nos organisations. La notion de taille critique doit également être prise en compte dans la réflexion du D.S.c.a.m.t. Les plus petits laboratoires dont les coûts sont importants doivent-ils être conservés ou le travail en réseau avec d'autres laboratoires proches et plus importants doit-il être favorisé ?

Tout comme pour l'imagerie, le D.S.c.a.m.t, à l'aide de logigrammes permettant d'identifier les différentes phases et articulations du processus de gestion des analyses biologiques (Annexe N°4), sera en mesure d'objectiver les sources de dysfonctionnements et de réaliser collectivement des fiches d'actions prioritaires. Parmi les dysfonctionnements repérés lors de nos deux stages et à l'éclairage de notre expérience, nous pouvons extraire des problématiques liées à la prescription (identification, date, signature), à la définition de « l'urgence vraie », au non respect des règles du GBEA, au non respect de la confidentialité et de la sécurité, aux locaux de dépôt, au transport des analyses, aux bons de demandes d'examens et pochettes de contention, à la modification des actes par les soignants, à l'identification du patient et à la traçabilité des prélèvements.

Parmi les actions correctives envisageables en fonction du diagnostic par analyse de processus nous citerons : les demandes d'examen (prescription médicale et renseignements), l'information du patient concernant les prélèvements, le catalogue des actes (optimisation, accessibilité et mise à jour), les prélèvements biologiques (conformité et critères de refus), l'amélioration de la communication entre unités de soins et laboratoires, l'optimisation de l'acheminement des prélèvements et la sécurisation des locaux de dépôt des prélèvements.

Les éléments fondamentaux de l'approche organisationnelle que nous prôtons pour le D.S.c.a.m.t dans le cadre des plateaux techniques de biologie sont que les laboratoires sont actuellement considérés par les Directions comme des éléments structurants et une source d'optimisation des moyens humains, des matériels et des locaux. Dans ce contexte, le D.S.c.a.m.t sera le promoteur d'une logistique dédiée et conforme pour le transport des échantillons, condition de base des restructurations entre plusieurs sites et d'un système d'information performant de traitement des informations. Le D.S.c.a.m.t accompagnera la transformation des laboratoires d'urgence rattachés à des laboratoires de routine en laboratoires multidisciplinaires automatisés pour le « screening » en réponse rapide, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Il prévoira en outre une répartition spatiale des activités spécialisées fondées sur les nécessités de confinement, mais aussi sur les mises en commun de technologies et de compétences. Des efforts sont à réaliser en aval (maîtrise des prescriptions) et en amont (rendu des résultats). Ces délais de restitution doivent également, selon les prescriptions de l'ANAES, faire l'objet de contrats clinico-biologiques et être tracés quotidiennement. Enfin, le D.S.c.a.m.t participera à la mise en place de structures transversales de gestion de la qualité et d'évaluation des technologies et des pratiques.

4.2.3 Dans le cadre de l'organisation des Pharmacies

A) En matière d'achat, d'approvisionnement et de gestion :

Le D.S.c.a.m.t, en concertation avec les pharmaciens, participera à la coordination du suivi budgétaire et à l'analyse médico-économique des consommations de produits pharmaceutiques au niveau des pôles d'activités et mettra en place une politique de gestion des stocks.

B) En matière de distribution et de dispensation :

Le D.S.c.a.m.t devra optimiser la distribution globale, assurer la traçabilité et la dispensation nominative des dispositifs médicaux implantables sensibles et définir les bonnes pratiques dans le cadre de la chaîne du médicament.

C) En matière de stérilisation et de matériovigilance :

La stérilisation assure la production interne et la préparation des dispositifs médicaux stériles. Cette activité est réservée exclusivement aux dispositifs médicaux réutilisables, tels que définis par le marquage « C.E ». L'organisation induite par le D.S.c.a.m.t devra garantir l'exigence de stérilité par la mise en place d'un management de la qualité, en conformité avec les obligations réglementaires. Ce management prévoira l'analyse des produits à stériliser et la tenue d'un fichier de productions, en relation avec les services utilisateurs, le C.L.I.N et les comités thérapeutiques. Le D.S.c.a.m.t peut être amené à participer à des études et essais en vue d'élaboration de nouveaux dispositifs ou de protocoles. Le D.S.c.a.m.t devra assurer l'accueil et la formation de stagiaires. Il peut en outre participer à la mise en place de prestations pour d'autres établissements dans le cadre de conventions.

4.2.4 Les stratégies d'actions interdisciplinaires du Directeur des Soins

Parmi les enseignements de cette étude, il apparaît que l'interdisciplinarité génère des craintes notamment celles d'être instrumentalisé par l'autre, d'être dissous, de perte d'identité. Cependant, nous pensons que l'ouverture et la confrontation au regard d'autres disciplines nourrissent les disciplines dans leur dynamisme. Nous constatons que l'usager se déplace sur un continuum de soins et de services. Il est continuellement en contact avec divers professionnels qui doivent allier leurs compétences et leurs habiletés pour atteindre un objectif commun, à savoir, apporter une réponse optimale à ses besoins. Le travail en interdisciplinarité, promu par le D.S.c.a.m.t, oblige la concentration de diverses ressources. À l'éclairage de notre enquête, nous sommes amenés à reconsidérer la pertinence de la notion de champ d'exercice exclusif qui limite la collaboration entre professionnels. Parmi les questions que doit se poser le D.S.c.a.m.t, il y a celles de

l'intégration, de la traduction de multiples savoirs au sein d'un même Projet de Soins. Dans son rôle d'intégrateur, il devra être capable de comprendre les uns et les autres et de construire un point de vue, une vision d'ensemble. Le D.S.c.a.m.t doit promouvoir la pratique de l'interdisciplinarité, notamment en structurant ses stratégies managériales autour du « prendre soin ». Dans ce cadre, il sera le fédérateur des soignants médico-techniques autour d'une mission unique orientée vers la prise en charge optimale du patient. Cette conversion du regard des professionnels passe par un changement des mentalités et dans cette perspective, le D.S.c.a.m.t sera leur guide. L'interdisciplinarité fonctionne sur le binôme divergence/convergence qui potentiellement contient une exceptionnelle richesse. Chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire doit prendre en compte la complexité des situations de soin tout en reconnaissant le patient comme un acteur essentiel. Les compétences professionnelles spécifiques offrent des moyens d'intervention particuliers, mais leur finalité doit rester commune. À chaque soignant, quel que soit son métier spécifique, de prendre soin du patient en mettant en œuvre tout ce qui va permettre à l'acte posé de prendre du sens, que l'on soit médecin, cadre, manipulateur d'électroradiologie, technicien de laboratoire ou autre.

A) En matière de leadership :

Le rôle de leader peut et doit s'apprendre. Marvin BROWER a écrit : « le leadership ne peut être enseigné, mais il peut s'apprendre ! ». Pour devenir un leader authentique, le D.S.c.a.m.t devra, durant sa période d'apprentissage, bien choisir ses modèles successifs et les étudier attentivement. Il devra, en outre, être exigeant dans chacune de ses responsabilités, vis-à-vis de lui-même et de son équipe en se comparant régulièrement aux meilleurs de son métier ou de sa fonction et en osant innover en permanence dans tous les domaines. Par ailleurs, le D.S.c.a.m.t devra attirer et savoir conserver des collaborateurs quelquefois plus performants que lui, au moins dans certains domaines spécifiques, et oser leur faire confiance. C'est à cette condition que le leader s'oblige à apporter une valeur ajoutée pour chacun de ses collaborateurs directs et à ne pas se contenter de son titre ou de ses succès passés. Il devra également développer son intelligence émotionnelle, c'est-à-dire à la fois des compétences de management de soi (connaissance et contrôle de soi, motivation personnelle) et des compétences relationnelles (empathie, sens de l'écoute active, création de réseaux et sensibilité multiculturelle et multicritères avec acceptation des différences). Enfin, il devra apprendre à toujours mieux communiquer, tant oralement que par écrit. Car un leader a besoin de décliner sa vision partagée et de convaincre.

B) En matière de décloisonnement :

Une hypothèse de travail qui a été confirmée par nos entretiens, faisant état que l'encadrement de proximité est potentiellement un levier de décloisonnement, pourrait être

mise en œuvre. Notre objectif sera de contourner le cloisonnement institutionnel en agissant sur les comportements, afin de dépasser cette dimension comportementale du cloisonnement. À partir d'un constat partagé par l'équipe de Direction entre le Directeur et la Direction des Soins, la stratégie du D.S.c.a.m.t devra reposer sur le groupe des cadres infirmiers et médico-techniques ainsi que sur la Commission des Soins.

La première étape pourrait être, sous l'impulsion du Directeur et de la Direction des soins, la mise en place de groupes de travail de cadres. Ces travaux auraient pour thématiques : l'harmonisation des procédures, l'unification de ses procédures dans les unités de soins et médico-techniques, la validation par différents experts. La deuxième phase consisterait à uniformiser ces étapes de projets avec la Commission des Soins ainsi que la Commission Médicale d'Établissement, puis par extension, avec les autres instances.

C) En matière de management :

Le D.S.c.a.m.t devra concilier la tendance à la différenciation des structures dont il aura la responsabilité avec la nécessité d'intégration de ces structures au sein d'un ensemble cohérent. Il devra pour cela mesurer les différents degrés de différenciation (nouvelles activités, nouvelles prestations et services) et mettre en place des stratégies d'intégration (langage commun, idées communes). Il gagnera en légitimité en articulant les compétences, en donnant de l'information, en mettant en lien, en faisant travailler ensemble et en reconnaissant les compétences spécifiques.

D) En matière de gestion des processus (Annexe N°5) :

Le temps est une variable essentielle dans la gestion des hommes et des processus. Les méthodes de gestion des flux permettront au D.S.c.a.m.t de manager la gestion temporelle des différents acteurs, notamment par la rationalisation des flux interservices. Comme nous le démontre notre enquête, le D.S.c.a.m.t devra être à même de décrire ces flux, de les quantifier et de les optimiser. En outre, le D.S.c.a.m.t devra être en mesure d'établir des conventions entre acteurs par la contractualisation. L'analyse des processus par le D.S.c.a.m.t doit permettre à chaque acteur d'exprimer ses besoins qui seront la base de la contractualisation. Ainsi, chaque acteur pourra exprimer quelles sont ses contraintes, en partant de l'analyse des processus. En mettant à plat les processus de travail, ainsi que les besoins des patients, chaque acteur aura l'occasion de s'exprimer sur le registre de son expertise technique et de son métier, au lieu d'être dans le registre de la plainte.

Par ailleurs, la décomposition des processus de travail nous permettra d'identifier les causes de dysfonctionnement et donc de s'orienter vers des solutions pertinentes.

Ces accords de coopération devront être formalisés.

E) En matière de gestion des risques :

Les établissements de santé se trouvent aujourd'hui encadrés par une législation et une réglementation de plus en plus stricte en matière de sécurité. En conséquence, les pharmacies et leur composante stérilisation, les laboratoires et les unités d'imagerie doivent trouver des réponses à ces contraintes et aux menaces financières encourues par les établissements en terme de responsabilités. Le D.S.c.a.m.t, dans ce contexte, devra piloter un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients, les personnels et les visiteurs. Pour le D.S.c.a.m.t, la première démarche collective consistera à identifier ces risques. Pour cela, il mettra en place les moyens permettant de rassembler les informations sur tous les types d'incidents susceptibles de se produire, qu'il s'agisse des risques liés à l'activité médico-technique, des risques techniques ou environnementaux. Dans un deuxième temps, l'équipe pluridisciplinaire procédera à l'analyse des risques et donc, à la détermination des facteurs de survenue de tel ou tel événement. Le D.S.c.a.m.t, conscient du coût élevé de la prévention, sera amené à prioriser, à classer selon leur probabilité ainsi que leurs conséquences tous ces risques. Enfin, en concertation avec les équipes, il prendra les mesures adéquates, notamment par un système de veille et de vigilance. Son action s'inscrira dans deux domaines : la prévention et la gestion des plaintes. Sa démarche consistera à coordonner les vigilances en concertation avec la Cellule de Gestion des Risques et la Direction des Soins, à organiser un système d'information qualité performant, à développer les méthodes d'analyse des dysfonctionnements identifiés, enfin, à promouvoir la formation à la démarche qualité.

Le D.S.c.a.m.t devra être en mesure de repérer les grands processus dans le champ qui est le sien, d'identifier les maillons les plus faibles ainsi que les points à améliorer. Son discours se devra d'être fonctionnel, en décloisonnant et en évacuant les territoires et leurs logiques autocentrées. Il fera porter son effort sur les interfaces qui sont les zones de dysfonctionnements majeurs. Dans ce domaine, ses actions de communications sur les maillons forts et faibles, sur les plans d'actions sont essentielles et participeront à ce que les professionnels aient envie de travailler ensemble. La segmentation en microprojets assurera la lisibilité des démarches initiées par le D.S.c.a.m.t et favorisera la dynamisation des équipes.

F) En matière de gestion du temps de travail et de ressources humaines :

Le D.S.c.a.m.t devra se doter des bons outils dans une gestion opérationnelle délicate notamment en promouvant l'informatisation des plannings ainsi que par un recentrage sur la production de soins, en incluant notamment les astreintes dans les fiches de postes.

Le D.S.c.a.m.t devra intégrer le fait que le recrutement est un métier ainsi, outre la dimension statutaire, il intégrera la dimension fonctionnelle et stratégique du recrutement

en faisant preuve d'une extrême rigueur (l'hôpital est une entreprise de main-d'œuvre qualifiée et les conséquences d'un recrutement s'étalent sur quarante ans).

Le D.S.c.a.m.t se servira des tableaux de bords sociaux en tant qu'outils stratégiques, notamment par l'analyse des causes d'absentéisme, ou encore en matière de benchmarking (comparaisons en interne et en externe notamment entre activités). En ce sens, le bilan social d'un établissement peut être le point de départ du projet de soins ainsi que du projet social.

Les objectifs du D.S.c.a.m.t en matière de G.R.H seront de promouvoir le développement des compétences individuelles et collectives, de concevoir des organisations de travail efficaces, d'optimiser également un système d'information adapté aux secteurs d'activités dont il a la responsabilité, enfin de contribuer à la permanence d'un dialogue social de qualité.

G) En matière de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences :

Le D.S.c.a.m.t devra élaborer des plans d'actions dans le but de réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines dans les secteurs dont il a la responsabilité. Outre la conception de ces plans d'actions, il en assurera la mise en œuvre et le suivi. Pour cela, il devra disposer de référentiels afin de mesurer les écarts à l'égard de son plan stratégique. Parmi les enjeux auxquels aura à faire face le D.S.c.a.m.t en matière de G.P.E.C, nous citerons la gestion des interfaces, notamment en matière de déplacement des patients ainsi que l'appropriation des Nouvelles Techniques d'Information et de Communication.

Ainsi, parmi les plus-values générées par son action, nous pouvons citer la reconnaissance du concept de métier et de cœur de métier. À titre d'exemple le métier de laborantin a évolué vers celui de technicien de laboratoire, puis dans les années quatre-vingt vers celui de conducteur d'automates parallèlement à celui d'assistant en recherche biologique. Pour ce qui concerne le secteur de la radiologie, les manipulateurs évoluent vers la spécialité de reconstruteur d'images. Cette reconnaissance se traduira par une valorisation du personnel médico-technique et par voie de conséquence à sa fidélisation au sein de l'établissement. Nous constatons donc que la compétence est une variable d'ajustement majeure en matière de stratégie managériale pour le D.S.c.a.m.t, notamment dans un contexte de concurrence forte.

H) En matière de démarche de soins interdisciplinaire

Partie prenante d'un Projet de Soins global, en qualité de D.S.c.a.m.t, nous aurons comme objectif premier d'optimiser les potentialités et les énergies des professionnels. Nous ferons en sorte de nous écarter des schémas hiérarchiques dépassés où l'attitude autoritaire remplace le manque d'autorité. Nous reconnaitrons, avec la même intensité, les compétences ainsi que la nécessité du travail de tous les intervenants de la chaîne du

soin en même temps que nous veillerons à l'interdépendance et à la cohérence du système de soin. Une interdisciplinarité riche, cohérente et respectueuse des différents métiers doit être le véritable défi des soins de demain. Seule l'interdisciplinarité permet véritablement d'aborder la complexité de l'être humain, de dépasser les approches simplificatrices qui le morcellent et où chacun a déterminé son territoire d'intervention. Cette interdisciplinarité, pensée en terme de Projet de Soins et non en terme de projet de spécialité, est un atout qui devrait contribuer à une régénérescence dont tout le système de soins a besoin. Cette stratégie est donc ambitieuse car elle devrait permettre de dépasser les déséquilibres nés des replis corporatistes et d'une course à la sophistication et à l'intellectualisation parfois audacieusement qualifiée de scientifique. Ce soin interdisciplinaire ne saurait exister sans démarche de soin. En regard de l'action de prendre soin, aucun acteur de la chaîne du soin n'occupe de place prépondérante. Ce qui n'exclut ni une organisation structurée, ni une hiérarchie. La complémentarité est un élément clé du management interdisciplinaire.

5 CONCLUSION

À l'issue de ce mémoire professionnel, nous avons appris que le D.S.c.a.m.t devra oser franchir, transgresser les frontières, sans nier qu'elles existent. La conséquence de base du travail en équipe, outre le plaisir que nous pouvons éprouver à travailler avec d'autres, réside dans la capacité accrue que l'on peut en extraire. Ainsi, tantôt en se divisant le travail, tantôt en misant sur nos complémentarités en termes de talents et de compétences, tantôt en partageant les risques inhérents à l'hôpital ou encore en s'assurant de la représentation de plusieurs points de vue dans le cadre d'une prise de décision, chaque fois, nous concédons à l'équipe que nous ne pourrions pas faire plus et mieux seuls. C'est l'interdépendance qui, en partie du moins, fonde la nécessité de fonctionner en groupes organisés. De plus, au niveau individuel, la perception et l'interprétation de la réalité que nous observons passent inévitablement par le filtre subjectif de la pensée. Ainsi, sans jamais pouvoir l'être absolument, on peut dire que l'on est plus objectif dans l'exercice de notre jugement dans la mesure où l'on accepte d'examiner les biais qui nécessairement déforment la réalité lorsque nous nous en forgeons une représentation³². Il en est de même sur le plan du savoir, notamment lorsque nous cherchons à comprendre une réalité complexe, car nous sommes dans le domaine de la représentation du réel : la carte ne sera jamais le territoire ! Dans l'état

³² LAPIERRE L. La subjectivité, le jugement et la gestion. *Gestion*, décembre 1995.

actuel du foisonnement des connaissances, notamment dans le champ médico-technique, nous devons choisir entre deux attitudes qui, pour en faire une caricature, consistent à en savoir beaucoup sur peu de choses ou en savoir peu sur beaucoup de choses. L'équipe pluridisciplinaire peut certainement viser à dépasser nos capacités limitées à cet égard.

Quand nous nous penchons sur la dimension humaine du savoir, nous devons de surcroît reconnaître la construction sociale qui préside à sa définition et qui remet en question la possibilité même de l'existence d'une réalité objective qui échapperait à toute interprétation. Ainsi, connaître ses modes de pensées, ses paradigmes, c'est d'abord savoir où l'on se situe sur le territoire des connaissances et c'est un pré requis indispensable à tout échange entre partenaires de la chaîne du soin et à toute possibilité d'intégration des professionnels médico-techniques au sein d'un Projet de Soins global. GUSDORF dit bien que «celui qui ne connaît que sa spécialité ne connaît pas sa spécialité. Savoir où l'on se trouve au sein de l'océan des significations, c'est déjà échapper à cette errance où semblent se perdre les esprits bornés qui ne savent que ce qu'ils savent » (GUSDORF, 1989). Après tout, la pire des ignorances est celle qui s'ignore. Pour le D.S.c.a.m.t, admettre les limites de son savoir et de son point de vue, les expliciter, ne pas hésiter à s'expliquer sans craindre de paraître simpliste et en contrepartie se permettre de questionner sans peur du ridicule, sont des conditions favorables pour mieux comprendre et apprendre. Au cours de ce mémoire de fin d'études, nous aurons appris que l'échange interdisciplinaire est un lieu privilégié de la confrontation des savoirs. Nous avons également appréhendé le fait qu'il ne suffit pas de mettre en présence un groupe d'experts pour former une équipe interdisciplinaire. Quand on parle des vertus de l'équipe interdisciplinaire, ce n'est certes pas dans le but de s'appauvrir mutuellement, ni de se nuire. Ainsi, chacun des experts en son domaine viendra apporter son éclairage et sa contribution. Seule une véritable culture de débat, caractérisée par l'ouverture, le respect et une volonté d'échange favorisera alors une capacité de tenir compte et de relativiser les différents points de vue dans la considération d'ensemble. Si chacun arrive avec ses convictions, si légitimes soient-elles, il faut peut-être renoncer à convaincre en usant de l'autorité de son savoir (RESWEBER, 1981) et s'ouvrir davantage à l'échange et à l'influence mutuelle, dans une sorte de copropriété de l'objectif commun (GUSDORF, 1989). L'enjeu pour le D.S.c.a.m.t se situe d'abord en matière de communication. Ainsi, c'est l'ouverture et l'intérêt pour l'autre qui peut permettre l'échange et le dialogue. Pour cela, il faut chercher davantage à être compris de l'autre qu'à briller par l'hermétisme de son discours. À la curiosité et l'ouverture sur l'autre et sur les autres disciplines, l'écoute s'ajoute comme une qualité essentielle du D.S.c.a.m.t.

De la juxtaposition des points de vue multidisciplinaires et du débat qui l'accompagne, à la construction collective d'une réalité partagée et éclairée par chacun, il y va d'un

changement d'attitude et de perspective. La quête de l'interdisciplinarité, qui serait caractérisée par un effort d'intégration des professionnels médico-techniques, suppose que dans le regard porté sur l'objet, quelqu'un doit donc être le gardien du questionnement d'ensemble et ce mémoire de fin d'étude nous a permis de comprendre, aux travers des attentes recueillies, que le D.S.c.a.m.t peut et doit être cet acteur. Sans ce retour à la question de départ, la production de connaissances demeure stérile³³. C'est en ce sens que l'approche interdisciplinaire dépasse la multidisciplinarité en visant une intégration des connaissances disciplinaires sur un objet qui est le service rendu au patient. De plus, le D.S.c.a.m.t doit tenir compte de la dimension éminemment politique des organisations hospitalières et considérer d'emblée les jeux de pouvoir dans la réalisation de projets. Une lecture juste des intérêts que chacun apporte à la dynamique, une conscience des inégalités de poids des disciplines dans le système hospitalier, ainsi qu'une bonne dose de courage et d'habiletés stratégiques sont essentielles pour garder le cap dans la direction d'équipes. Véritable projet stratégique du D.S.c.a.m.t, l'approche interdisciplinaire lui offre une possibilité de trouver une solution satisfaisante à un problème, de créer une vision collective répondant aux valeurs démocratiques, d'élaborer un compromis créatif, s'il est prêt à relever les défis humains qu'elle comporte.

La création d'une fonction de D.S.c.a.m.t s'inscrit dans une approche ambitieuse de la prise en charge de tout patient hospitalisé ou consultant. Définir un séjour hospitalier sous la forme d'une trajectoire clinique nécessite de mettre en place une organisation qui réponde à cette vision spatiale de prise en charge : décloisonner, faire interagir, créer des liens, sécuriser, reconnaître. Ce nouvel acteur dans le système hospitalier devra privilégier les valeurs collectives et conjointement permettre aux qualités individuelles de chaque acteur de s'exprimer dans le respect de la diversité.

En synthèse, nous dirons que la valeur ajoutée du D.S.c.a.m.t résidera essentiellement dans la réponse qu'il donnera à la question : « où dois-je aller ? », qui devra être : « Là où l'on m'attend ! ». Pour ce faire, ce nouvel acteur dans le système hospitalier en général et dans le système de soins en particulier devra prendre le temps de donner du sens à ses actions et d'analyser le « pourquoi » ainsi que le « pour quoi » avant le comment.

« Les vrais hommes de progrès sont ceux qui ont pour point de départ

un respect profond du passé ». Ernest Renan

³³ MORIN E. *Introduction à la pensée complexe*. ESF 1991.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

1. BERTALANFFY L.-V. *Théorie générale des systèmes*. Paris : Payot, 1980.
2. BLANCHET A., GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Editions Nathan Université, 1992.
3. BOULLIER D., CERTAINES J.D. (de). *L'art du compromis sociotechnique dans l'innovation hospitalière*. Paris : Sci Soc Santé, 1992. 103 p.
4. CONTANDRIOPOULOS A., SOUTEYRAND Y. *L'hôpital stratège*. Paris : 1994.
5. CRÉMADEZ M. *Le management stratégique hospitalier*. Editions Masson, 1997.
6. CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, collection Points, 1977.
7. DERVAUX B., EECKHLOUDT L., LEBRUN T., et al. *Evaluation économique : santé et multidisciplinarité*. Paris : Hermès, 1995.
8. DUPUY F. *Le client et le bureaucrate*. Paris : Dunod, 1998.
9. GALLIER J. R. *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*. Toulouse : Octaves, 1994.
10. GOLEMAN D. *L'intelligence émotionnelle et impact et efficacité des différents styles de leadership*. Paris : Editions d'Organisation, 2000.
11. GONNET F. *L'hôpital en question(s)*. Paris : Lamarre, novembre 1992.
12. HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir*. Paris : Lamarre, 1993.
13. JAMOUS H. *Étude sur le processus de décision, sociologie de la décision*. Paris : Éditions du CNRS, 1969.
14. MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation, 1982.
15. MORIN E. *Introduction à la pensée complexe*. ESF 1991.
16. MORIN E., LE MOIGNE J.L. *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Lille : ASPEPS, 1997. 85 p.
17. RESWEBER J.P. *La méthode interdisciplinaire*. Paris : PUF, 1981. 175 p.
18. ROSNAY J. (de) *Le microscope*. Seuil, Collection Points, 1975.
19. SAINSAULIEU R., PIOTET F. *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques et ANACT, 1994.
20. SCHOTES PR. *Le guide pratique du travail en équipe*. Madison : Joiner, 1992. 332 p.
21. VINCK D. *Pratiques de l'interdisciplinarité*. Presses Universitaires de Grenoble, 2000.

PÉRIODIQUES

1. ARBUZ G., DEBROSSE D. Changement à l'hôpital. Initier une dynamique. *Soins Formation Pédagogique Encadrement*, 3^{ème} trimestre 1996, n°19.
2. BALDNER J.-M., GUILLARD L. Simmel et les normes sociales. *Actes du colloque « Simmel, penseur des normes sociales »*, 16 et 17 décembre 1993. Paris.
3. BANGA B. La métamorphose des plateaux techniques. *Décision santé*, octobre 1997, n°119.
4. BODART J.- P. *La direction des soins*. Octobre 1997, n° 53.
5. BOURGUEIL Y. L'hôpital et la promotion de la santé : un projet paradoxal ? *Revue Hospitalière de France*, mai/juin 2003, n°492.
6. BRELET R. L'art sacré du thérapeute. *Gestions Hospitalières*, 1992, n°321.
7. BRIDENNE M., GAURIER P., HUGUES M. et al. Cadre supérieur hospitalier : réflexion sur son référentiel métier et son positionnement dans l'institution. *Gestions Hospitalières*, février 2001.
8. CRÉMADEZ M. Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ? *Revue Hospitalière de France*, janvier/février 2002, n°490.
9. CRÉMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Gestions Hospitalières*, mai 1987, n°266.
10. CUEILLE S. Enquête : « L'hôpital et les évolutions de son environnement ». Etude de la formation de la stratégie des hôpitaux publics. *Revue Hospitalière de France*, novembre/décembre 2000, n°6.
11. DESTREM H. L'hôpital, les hommes, les métiers. *Revue Hospitalière de France*, novembre/décembre 1996, n°6.
12. DUBOURG Y. Etat de l'Imagerie Médicale mondiale. *Techniques Hospitalières*, 1996, 607 : 54-58.
13. ESPACE SOCIAL EUROPÉEN. Filières et réseaux, la coordination des soins. Janvier 1997, n°363.
14. ESPACE SOCIAL EUROPÉEN. La reconfiguration de l'emploi hospitalier. Février 1997.
15. GESTIONS HOSPITALIÈRES. L'évolution de l'Imagerie. Mars 1996, n°354.
16. GESTIONS HOSPITALIÈRES. Le management stratégique dans le secteur hospitalier. Février 1996, n°353.
17. GREMY F. Filières et réseaux. Vers l'organisation et la coordination des systèmes de soins. *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 1996.
18. GROSSIER E., JANCOURT D., NIZARD G. Le déplacement du pouvoir à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, 1996.

19. HERREROS G. Changements, pouvoirs et logiques d'action à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*, décembre 1996.
20. JAMEUX C. Analyse des organisations et entreprises. Points de repères issus de la notion de pouvoir. *Sciences de la société*, 1994, n°33.
21. LAPIERRE L. La subjectivité, le jugement et la gestion. *Gestion*, décembre 1995.
22. LE LUDEC T., MASSIOT J.-L. Partenariat et ouverture des plateaux techniques des établissements de santé. *Gestions Hospitalières*, mars 1996, n°126 -127.
23. MINTZBERG H. Nous vivons dans le culte du management. *Sciences Humaines*, hors série mars/avril 1998, n°20.
24. OMNES L. L'hôpital et son plateau technique en 1997. Impact et perspectives. *Technologie Santé*, novembre 1997, n°31.
25. PAICHELER G. Les professions de soins : territoires et empiètements. *Sciences sociales et santé*, septembre 1995, volume 13, n°3.
26. PITAVAL J.-L. La coordination interne. *Objectif Soins*, juin/juillet 2002, n°117.
27. POISSON M.-A. Le département à l'hôpital. Réforme d'une organisation ou refonte d'un statut ? *Connections*, 1985, n° 45.
28. RAIKOVIC M. Une nouvelle génération d'hospitaliers, les «HEGPéens ». *Décision santé*, février 2001, n°171.
29. ROMATET J.-J. Une pensée globale qui doit inspirer le changement. *Revue Hospitalière de France*, mai/juin 2003, n°492.
30. TRUCHAUD A. Nouvelles approches organisationnelles des plateaux techniques de biologie. *Revue Hospitalière de France*, mars/avril 2002, n°485.
31. VIGLIANDI S. Imagerie Médicale : la centenaire à l'âge de réseaux. *Stratégies Santé*, 1995, 77 : 26-29.

RAPPORTS

1. ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS. *Expérimentation sur la fonction de Coordonnateur de Plateau médico-technique*. Paris : Département Prospective et Nouveaux Métiers, DPRS, 1995.
2. BERLAND Y. *Coopération des professionnels de santé : le transfert de tâches et de compétences*. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003.
3. CERTAINES J.D. (de) Un projet pionnier : SIRENE, le PACS du CHU de Rennes. In : *Evaluation d'une technologie transversale à l'hôpital. Le réseau d'imagerie médicale SIRENE*. Boullier D, Certaines JD (de), Frossard M. Rennes : Université de Rennes I et II, Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique, 1991.
4. CROZIER M., LASSERRE A., PAVY G. *A l'écoute de l'hôpital. Des pistes vers le décloisonnement*. SMG. Rapport pour le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1994.
5. ESPER C. *Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public*. Rapport du 4 Février 1994.
6. VADROT D., SOUFFIR W., COTTRET Y. *Plateau Technique Médical, des fonctions à l'organisation*. Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville. Décembre 1994. 243 p.

MEMOIRES

1. HENRY J. *Plus-value de la transversalité dans le management des soins à l'hôpital*. Mémoire de fin d'études, ENSP, 1998.

Liste des annexes

- Annexe N°1 : Grille d'entretiens.
- Annexe N°2 : Tableau récapitulatif de l'échantillonnage des interviewés.
- Annexe N°3 : Logigramme traduisant le processus de prise en charge du patient en radiologie.
- Annexe N°4 : Logigramme traduisant le processus de prise en charge d'un examen biologique.
- Annexe N°5 : Méthodes PERT et RAR.
- Annexe N°6 : Paroles de Directeurs.
- Annexe N°7 : Paroles de Directeurs des Soins.
- Annexe N°8 : Paroles de Médecins.
- Annexe N°9 : Paroles de Cadres et Cadres Supérieurs.
- Annexe N°10 : Paroles de Coordonnateurs Médico-Techniques et de Rééducation.
- Annexe N°11 : Paroles de professionnels paramédicaux.

ANNEXE N°1

Grille d'entretiens

<p>UN DIRECTEUR DES SOINS COORDONNATEUR DES ACTIVITÉS MÉDICO-TECHNIQUES</p> <p>POURQUOI ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Le choix de la création de cette fonction vous semble-t-il pertinent ?• Est-ce que cette nouvelle fonction correspond au comblement d'une carence institutionnelle ?• Dans quelle mesure l'arrivée de ce nouvel acteur modifie-t-elle l'organisation hospitalière ?• Ce nouvel acteur peut-il être un facteur d'amélioration de la qualité des soins ?• Peut-il être un facteur d'enrichissement du projet de soins ?• Lui reconnaissez-vous une certaine expertise professionnelle ?• Quelles devraient être ses qualités ?• Quelles devraient être ses compétences ?
<p>UN DIRECTEUR DES SOINS COORDONNATEUR DES ACTIVITÉS MÉDICO-TECHNIQUES</p> <p>POUR QUOI FAIRE ?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Quels domaines d'actions doit-il couvrir ?• Quelles missions essentielles doit-il remplir ?• Peut-il être un facteur de décloisonnement ?• Peut-il être un générateur de plus-value pour l'hôpital et de quelle nature peut-elle être ?• Dans quelle mesure participe-t-il à l'optimisation des moyens humains et matériels du plateau technique ?• Dans quelle mesure participe-t-il à l'amélioration de la prise en charge du patient et de ses attentes ?

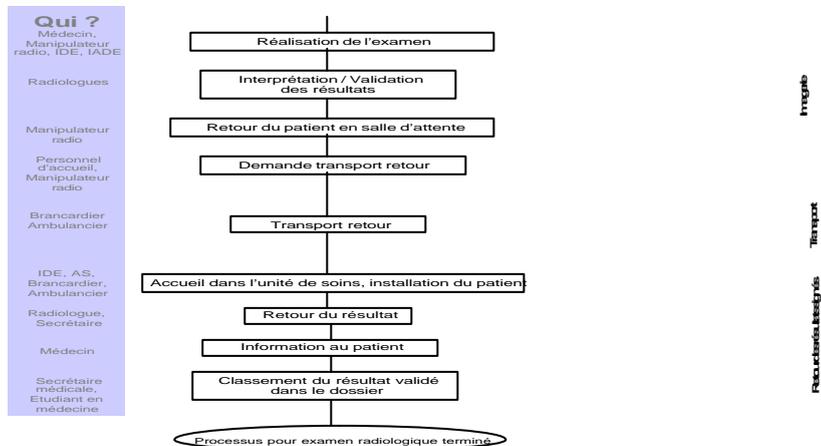
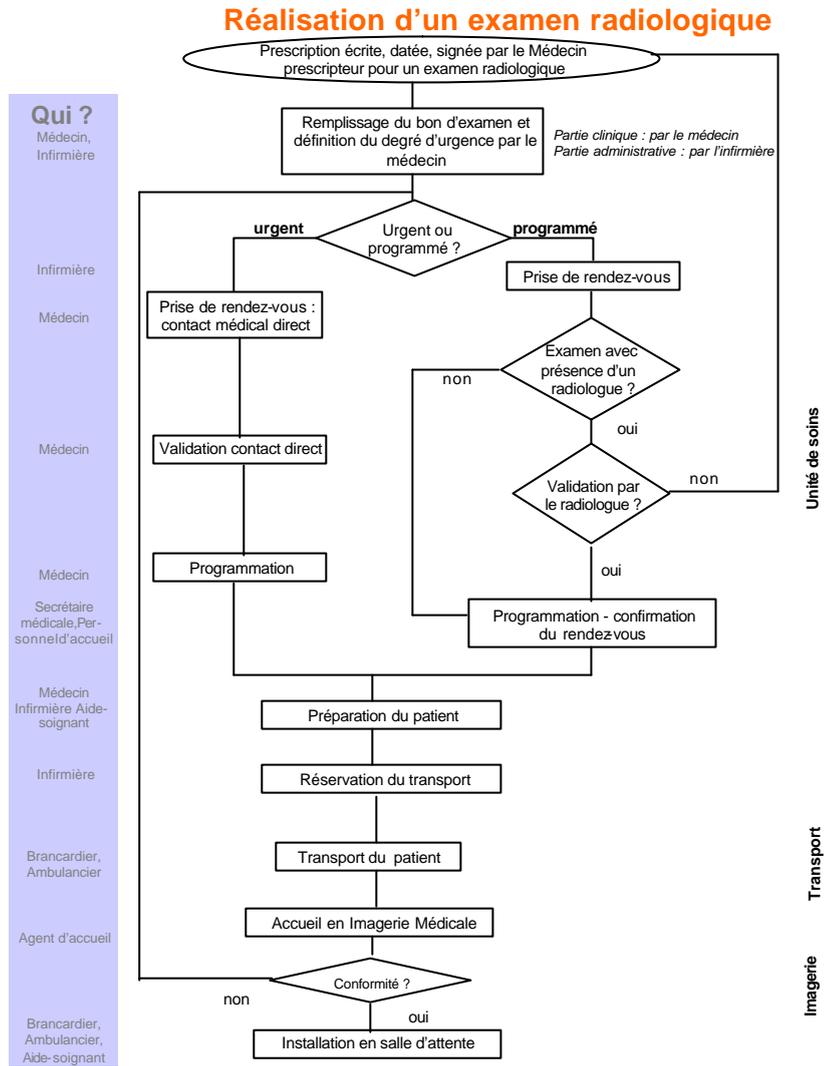
ANNEXE N°2

Tableau récapitulatif de l'échantillonnage des interviewés

LOCUTEURS - INTERVIEWÉS	NOMBRE
1 DIRECTEUR GENERAL CHU 2 DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENTS CHG 1 DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES	4
1 COORDONNATEUR GÉNÉRAL DES SOINS 2 DIRECTEURS DES SOINS	3
MÉDECINS CHEFS DE SERVICES (BIOLOGIE - IMAGERIE) - PHARMACIEN	3
COORDONNATEURS DE PLATEAUX TECHNIQUES	2
2 CADRES SUPERIEURS – 2 CADRES (BIOLOGIE - IMAGERIE)	4
1 TECHNICIEN DE LABORATOIRE 1 MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE 1 PRÉPARATEUR EN PHARMACIE	3
TOTAL DES ENTRETIENS	19

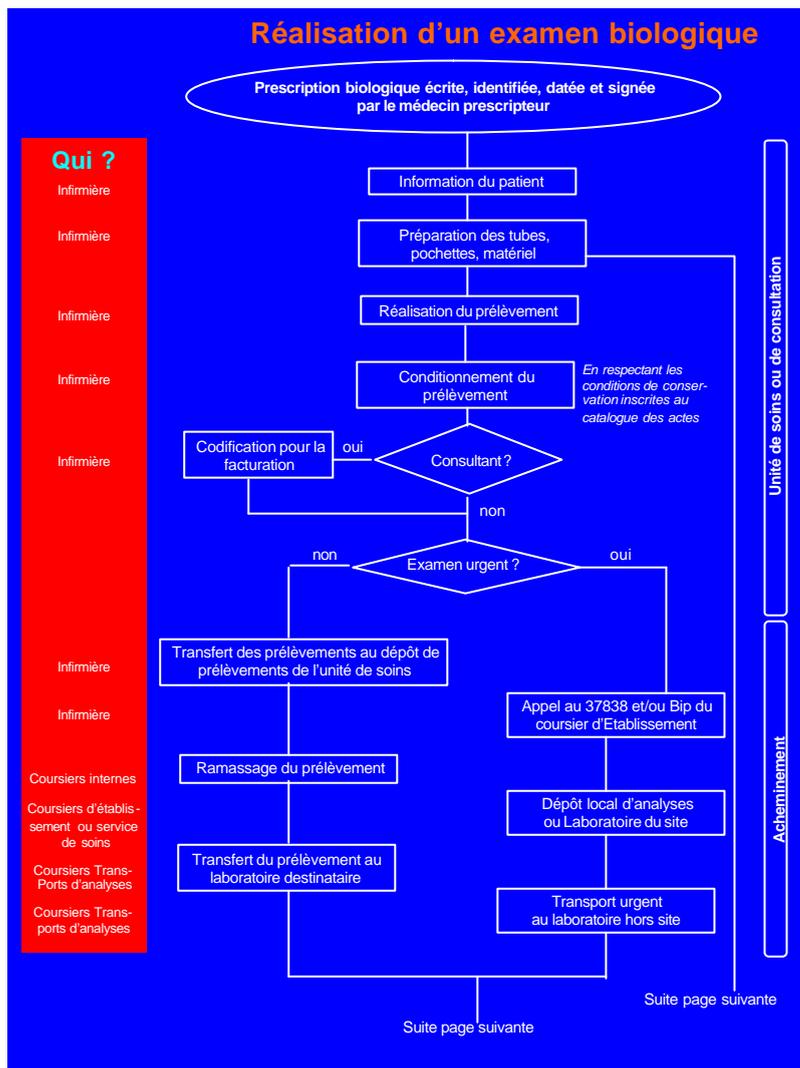
ANNEXE N°3

Logigramme traduisant le processus de prise en charge du patient en radiologie.



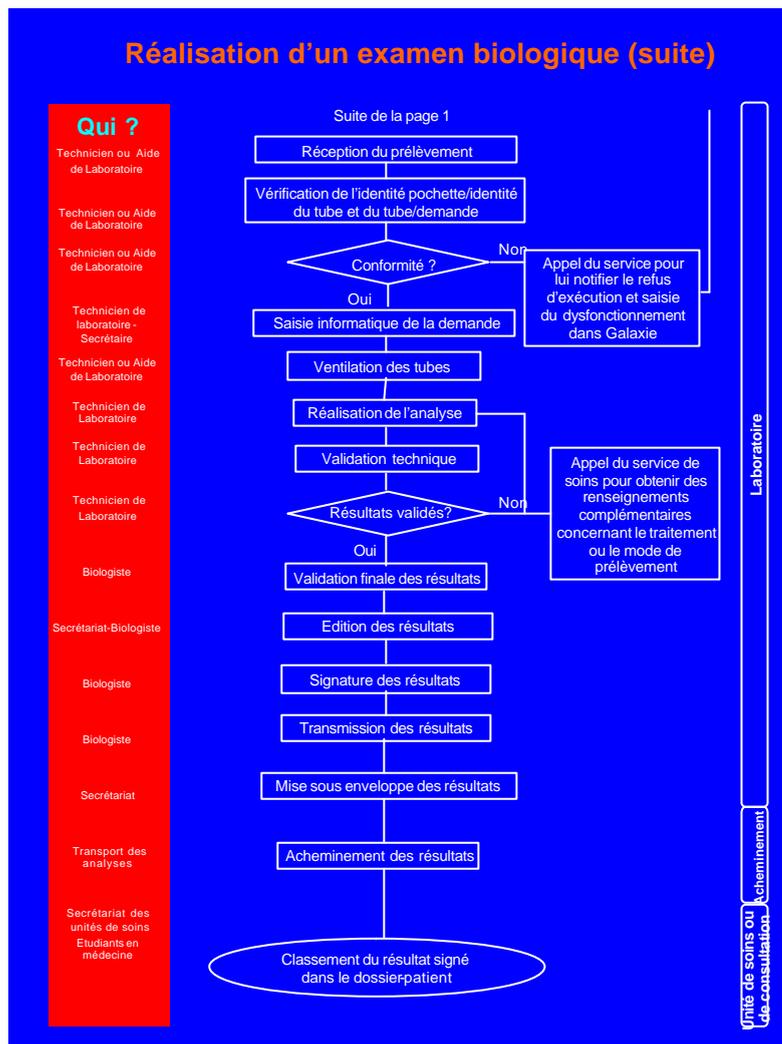
ANNEXE N°4

Logigramme traduisant le processus de prise en charge d'un examen biologique.



ANNEXE N°4 (suite)

Logigramme traduisant le processus de prise en charge d'un examen biologique.



ANNEXE N°5

Méthodes de gestion des flux « PERT » et de gestion de processus « RAR »

a) *La méthode PERT :*

La gestion des flux, par la méthode Program Evaluation & Review Technic (PERT) peut permettre de gérer l'ensemble d'un processus en juste temps, sans imposer de contraintes inutiles aux acteurs médico-techniques. Cette méthode de gestion des flux permet de faire un rétro planning pour gérer le temps global du processus au plus serré : le chemin critique, chemin dont la succession des tâches donne la plus longue durée d'exécution, intègre en effet les contraintes de temps de chaque étape du processus et des processus interconnectés. La date au plus tôt est la date à laquelle peut se terminer le projet en réduisant au maximum toutes les marges. Pour déterminer la date au plus tôt, on parcourt le diagramme depuis le premier nœud jusqu'au dernier. Dans le cas où plusieurs tâches sont effectuées en parallèle par les acteurs, les autres tâches, non situées sur le chemin critique, disposent d'une marge.

b) *La méthode RAR :*

Les scénarios d'optimisation du processus tels que décrits par la méthode Ressources Activités Résultats peuvent explorer plusieurs pistes. De manière générale, le principe est d'augmenter le résultat de chaque étape et/ou de réduire les ressources engagées pour l'atteindre. Ainsi, nous pouvons pour cela : avoir recours à une modification des processus pour créer davantage de valeur ajoutée, une action de réduction des ressources, une modification de l'ordre des activités, enfin, une augmentation directe du résultat. En terme de réduction des ressources, nous pourrions jouer sur les flexibilités afin de réaffecter des ressources existantes, et ainsi récupérer des ressources ou des marges de manœuvres. Cette stratégie permet de créer plus de valeur ajoutée au niveau global du processus (quotient ressources sur résultat du processus total plus élevé après réaffectation des ressources au sein du processus étudié et/ou des processus connectés).

ANNEXE N°6

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Une des évolutions du métier de soignant se caractérise par l'augmentation de la variété des tâches, elle-même due à une multiplication des approches du malade. »

« Le Directeur des Soins en charge des activités médico-techniques est une réponse à la confusion, la complexité, aux rigidités, à la déresponsabilisation, à l'absence de complémentarité caractéristiques de ce pôle d'activité majeur à l'hôpital. »

« Pour organiser la mutualisation des compétences, générer la confiance et la solidarité. »

« On observe une dépendance réciproque entre les activités de services telles que les unités de soins, les consultations et les activités de nature plus industrielle tels que les laboratoires, les unités d'imagerie. »

« La sophistication technologique qui s'évalue en fonction de la nature de l'offre de services, des équipements mis en œuvre et des compétences, marque l'organisation hospitalière à laquelle on oppose l'extrême diversification et fragmentation des processus. »

« Le bon fonctionnement et l'efficacité des plateaux techniques reposent sur la régulation de ses relations sociales. » « Pour ne plus hiérarchiser les logiques d'actions mais les faire converger. »

« Il nous faut des dirigeants imaginatifs, capables de créer l'avenir de l'organisation. »

« Le leadership du Directeur des Soins, sera d'aller de l'avant, de montrer la voie et de servir d'exemple. »

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« Le Directeur des Soins en charge des activités médico-techniques doit donner la priorité aux flux en matière de logistique, de flux de patients, d'information, de produits et services, et de connaissance. »

« Le Directeur des Soins doit transformer des groupes professionnels isolés en équipes pluridisciplinaires. » « Le coordonnateur des activités médico-technique doit penser global et agir local. » « Il doit prioriser les clients et les objectifs qualité. » « Il doit promouvoir une collaboration proactive avec les soins primaires. » « Il doit développer les compétences professionnelles et organisationnelles. »

« A l'hôpital, comme dans bien des organisations, ce n'est pas d'outils dont on manque, mais de coopérations ouvertes entre professionnels autour de la question de leur maniement, et dans ce cadre, le Directeur des Soins a son rôle à jouer. »

« Modifier la gestion des flux de patients et favoriser l'accroissement des interactions fonctionnelles. »

« Définir et adapter les règles de fonctionnement de toutes les unités médico-techniques impliquées dans la prise en charge opérationnelle du patient et en superviser l'application. »

« De multiples prestataires concourent partiellement à la réalisation du service de santé, et doivent être coordonnés. »

« Le rôle de ce nouvel acteur sera de promouvoir la qualité, de lutter contre la fragmentation des soins et des services, d'optimiser la continuité des soins, de contrôler le coût d'un épisode de soins et de construire une banque de données. »

« Un des secteurs d'activités dans lequel le Directeur des soins médico-technique devra mettre en œuvre ses qualités est la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences. »

ANNEXE N°7

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

- « L'interdépendance entre les acteurs participant à la chaîne du soin est avant tout fonctionnelle. »
- « Pour une plus large maîtrise de l'ensemble du processus de soin ainsi qu'une bonne gestion des interfaces sont attendus. »
- « Cette nouvelle fonction participera à la reconstruction de règles collectives au niveau interprofessionnel afin que chacun soit reconnu dans sa spécificité, reconnaisse l'autre dans la sienne et contribue à la réussite de l'œuvre collective. »
- « Un ordonnancement des comportements soignants est impératif dans une dynamique d'amélioration de la qualité globale des soins. »
- « Cette fonction repose sur l'émergence de la notion de plateau médico-technique et d'une absence de cohésion entre ses différentes composantes. »
- « Parce que l'avenir est à une démarche pluridisciplinaire globale autour du patient. »
- « Il y a nécessité d'avoir un regard de complémentarité, et notamment que les médico-techniques soient intégrés aux Equipes de Direction. »

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

- « La mission du Directeur des Soins, chargé de mettre en synergie les activités médico-techniques est d'optimiser la planification et l'organisation temporelle des activités, où la seule façon d'avancer est de transformer l'agitation désordonnée des acteurs en actions orientées. »
- « Articuler compatibilité et temporalité entre les différentes actions et interventions des différents acteurs. »
- « Apparition d'effets correctifs attendus par rapport à des pratiques ou des situations de travail. »
- « L'action du Directeur des soins médico-technique devrait permettre l'émergence de nouvelles relations au sein de l'organisation hospitalière. »
- « La permanence du soin est prioritaire, elle doit être cogérée pour assurer une prise en charge rationnelle et efficiente des patients. »
- « La direction des soins, enrichie de nouveaux acteurs doit être un levier au service de la promotion d'une culture du soin et s'appuyer sur la pratique de la coopération. »
- « La nouvelle Direction des Soins, enrichie de l'expertise médico-technique devra être une organisation innovante centrée sur le patient. Le décloisonnement mettre fin aux logiques de chapelles qui parasitent le fonctionnement des institutions. »

ANNEXE N°8

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

- « L'obligation de l'évaluation et de l'accréditation fondent la pertinence de cette fonction. »
- « Pour sa connaissance de la spécificité des métiers, de la culture professionnelle, de l'organisation du travail propre aux plateaux médico-techniques. »
- « Parce qu'il est nécessaire de poser le changement comme quelque chose de nécessaire, mais pas d'inéluctable au sens de non maîtrisable parfaitement démobilisateur. »
- « Nous assistons à la disparition des services, à l'alternance dans les postes de responsabilité, à la disparition des castes, et en ce sens, un fédérateur issu de la filière médico-technique sera utile. »

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

- « Sa mission sera de mettre en place des procédures de production garantissant grâce à un système de contrôle rigoureux la qualité. »
- « C'est acteur devra être un traducteur, celui qui opère des convergences. »
- « Cet acteur devra gérer les tensions nées des oppositions entre protagonistes, des frustrations de ceux qui ne s'y retrouvent pas. »
- « Pour réaliser un diagnostic des systèmes qui doit s'imposer en amont de tout changement. »
- « Moderniser l'institution hospitalière. »
- « La gestion des pharmacie et de la stérilisation est complexe et stratégique, tant par son impact sur les soins dispensés au patient que sur les budget, cette fonction sera un lien apportant de la cohérence entre les utilisateurs, les prestataires et la Direction. »

ANNEXE N°9

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« La mise en place de cette fonction tient au fait que les hôpitaux et notamment les laboratoires doivent abandonner une gestion conçue en terme d'équipement produisant des actes pour développer une gestion d'un ensemble technologique conçu pour apporter le meilleur service possible au patient. »

« La polyvalence requise se heurte souvent à un sentiment de perte de compétence de la part des manipulateurs alors que l'activité de soins induit la mise en œuvre d'actions simultanées ou successives nécessitant plusieurs compétences. »

« Les personnels se replient trop souvent sur leur corps d'appartenance et leur service. »

« Les corporatismes et l'absence d'une vision d'ensemble sont à l'origine de bien des difficultés : frictions au bloc, problèmes de brancardage, sous utilisation des équipements, retard des consultations et des soins, recours permanent à la notion d'urgence. »

« Pour apporter une réponse stratégique et méthodologique aux changements qui déstabilisent les acteurs notamment les innovations liées aux missions des établissements et à la gestion des nouveaux risques. »

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« Pour renforcer la professionnalisation et le partage du sens de l'action au travail. »

« Pour garantir la cohérence institutionnelle, décider des orientations stratégiques, et entretenir une logique de proximité. »

« Le Directeur des soins créera une nouvelle professionnalité, à la fois moins territorialisée, plus complexe et plus mouvante. »

« Le Directeur des Soins devra accompagner les cadres dans leur croissances et sur les grands projets institutionnels tels que le Projet d'Etablissement et le C.O.M. »

« Cet acteur devra élaborer et déployer une vision dynamisante pour ses collaborateurs et il devra en outre être exemplaire. »

ANNEXE N°10

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Parce que depuis vingt ans nous avons fait la preuve de la valeur ajoutée induite par notre fonction. »

« Dans l'organisation hospitalière, chaque unité a tendance à ne voir les problèmes posés qu'en fonction de sa perception des contraintes de l'environnement, de ses routines de travail. »

« Apporter des réponses au cloisonnement existant entre les professionnels, le morcellement des activités, le manque de communication interne et externe, la faiblesse des organes de concertation et de prise de décision, l'absence de vision prospective. »

« Le coordonnateur des activités médico-techniques est le seul acteur de l'équipe de direction capable de décoder pour le directeur les problématiques spécifiques à ce secteur d'activité, et de relayer efficacement auprès des soignants des laboratoires, de l'imagerie, de la pharmacie, le message du chef d'établissement. »

« J'ai du mal à imaginer devoir céder tout ou partie de mes pouvoirs et zones d'influences à un coordonnateur légitimé seulement par un concours. »

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« Certainement pas pour prendre notre place, cette fonction, c'est nous qui l'avons légitimée. »

« Parce que la notion de coordination renvoie à la réalisation d'une action conjointe ou un ensemble d'opérations et implique des processus finalisés et orientés et pilotés vers un même objectif. »

« Le Directeur des soins, coordonnateur du plateau médico-technique a vocation à jouer le rôle de stimulateur de la réflexion hospitalière portant sur l'évolution des métiers. »

« Nous sommes des acteurs fédérateurs qui assurons l'encadrement des professionnels des unités médico-techniques, par un contact permanent avec les patients et les usagers, en interaction avec le corps médical, les autres professionnels de soin, et l'équipe de direction. »

« L'expérience démontre que l'on attend de nous des propositions pertinentes dans le cadre des restructurations et de l'amélioration de la qualité des prestations, c'est sur cette aptitude que nous sommes évalués. »

ANNEXE N°11

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pourquoi ?

« Il existe un déficit d'information des personnels concernant la situation de l'hôpital, sa place dans l'environnement économique et social. »

« Nous nous plaignons aujourd'hui de la dégradation de nos conditions de travail, de ne pas être écoutés, reconnus. »

« Je déplore une focalisation trop exclusive sur la modernisation des équipements et des pratiques médicales. »

« Parce que la gestion du personnel est marquée par la rigidité des statuts et une grande diversité des pratiques, ce qui ne correspond plus aux attentes, ne favorise ni la mobilisation des volontés, ni la reconnaissance des mérites. »

« A l'hôpital, la position des soignants non infirmiers doit être mieux prise en compte. Notamment par le corps infirmier lui-même. »

« Aucune discipline dans un projet de coopération ne doit être lésée. »

« Parce que la notion de soin ne représente peut être pas la même chose pour tout le monde. »

Un Directeur des Soins, coordonnateur des activités médico-techniques : Pour quoi faire ?

« Pour améliorer la qualité du fonctionnement de l'hôpital notamment en terme de communication. »

« Dispenser une information fiable sur tous les aspects du fonctionnement de l'hôpital. »

« Associer les professionnels à la mise en œuvre du changement. »

« Considérer l'hôpital comme un tout et opter pour une évolution d'ensemble de l'organisation en ne laissant personne au bord de la route. »

« Nous avons besoin d'un Directeur des Soins qui comprenne nos problématiques spécifiques et qui nous accompagne notamment dans le cadre des évolutions techniques et des nouvelles tâches que nous sommes amenés à prendre en charge à court terme. »