



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2004

**DE LA RÉDACTION À LA MISE EN
ŒUVRE : COMMENT FAIRE VIVRE LE
PROJET DE SOINS ?**

Christiane GEISSEL

Remerciements

Je remercie très sincèrement toutes les personnes qui m'ont apporté aide et soutien dans la réalisation de ce mémoire.

Je veux citer particulièrement les personnes : directeur des soins, directeur général adjoint, représentant des usagers au conseil d'administration, cadres supérieurs de santé, cadres de santé, infirmières et aide soignantes, qui se sont prêtées au jeu de l'entretien. Je les remercie pour leur disponibilité et l'authenticité de leur discours.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 CADRE CONTEXTUEL ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....	3
1.1 Le cadre réglementaire.....	3
1.1.1 Histoire du projet dans les établissements hospitaliers.....	3
1.1.2 Évolution du service de soins.....	4
1.2 Le cadre théorique de la recherche	6
1.2.1 Un projet de soins pour quoi faire ?	6
1.2.2 Ses enjeux	7
A) Pour l'institution.....	7
B) Pour le directeur des soins	7
1.2.3 Les concepts.....	8
A) Le projet	8
B) Le changement.....	11
C) La motivation au travail.....	13
D) La construction de l'identité collective	15
E) Le sens de l'écriture du projet	17
1.3 La recherche	18
2 ÉTUDE DU TERRAIN	19
2.1 Présentation du lieu de l'enquête	19
2.2 Méthodologie de l'enquête	20
2.2.1 Analyse documentaire.....	20
2.2.2 Les entretiens	21
2.3 Analyse	22
2.3.1 Les résultats de la recherche.....	22
A) Les résultats de l'analyse documentaire	22
a) La rédaction du projet de soins	22
b) La mise en œuvre du projet.....	24
c) Le bilan des actions menées.....	25

B)	Les résultats des entretiens	26
a)	Profil de l'échantillon	26
b)	Ce qu'ils savent et pensent du projet de soins	27
c)	Ce qu'ils savent et pensent de sa réalisation	29
d)	Quelle est leur analyse.....	31
e)	Quelles sont leurs attentes	35
2.3.2	Vérification de l'hypothèse	40
A)	Entre rédaction et mise en œuvre	40
B)	Entre mise en œuvre et résultats.....	41
C)	Entre méthodes utilisées et attentes des acteurs.....	42
3	PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES	43
3.1	Un ancrage dans la politique de l'établissement.....	43
3.2	Une attention particulière à la faisabilité	45
3.3	Une communication étudiée.....	47
3.4	Un suivi réfléchi	48
	CONCLUSION	51
	BIBLIOGRAPHIE	53
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

AS : Aide-Soignant(e)

CA : Conseil d'Administration

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CS : Cadres de Santé

CSS : Cadres Supérieurs de Santé

CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers

DIP : Droit et Information du Patient

DSSI : Direction du Service de Soins Infirmiers

ENSP : École Nationale de la Santé Publique

GRH : Gestion des Ressources Humaines

GSI : Gestion du Système d'Information

HPDD : Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée

IDE : Infirmier ou Infirmière Diplômé(e) d'État

MEA : Management de l'Établissement par secteurs d'Activités

OPC : Organisation de la Prise en charge du Patient

PSI : Projet de Soins Infirmiers

QPR : Qualité et Prévention des Risques

INTRODUCTION

Depuis toujours, hôpital est synonyme d'action. Au départ, il fallait agir pour soulager les pauvres, les orphelins, les malades... prendre soin relevait alors davantage de la générosité et du bon sens. Le "comment faire" se transmettait de bouche de soignant à oreille de soignant. Avec l'arrivée de soins plus techniques et de la formation nécessaire correspondante, l'écriture a fait son apparition dans le quotidien des soignants. En premier lieu de manière rétrospective, pour consigner ce qui avait été fait dans le cadre de dossiers pour les patients, puis dans un deuxième temps de manière prospective afin de prévoir ce qui pourrait être fait pour ceux ci.

Vingt cinq ans d'exercice et d'observation dans plusieurs établissements de santé nous ont montré que ce n'est toutefois pas l'activité préférée des soignants. En effet, si l'action reste très valorisée, l'écriture représente pour eux une charge, une contrainte mal acceptée dans la mesure où son utilité ne leur apparaît pas évidente et qu'elle est jugée consommatrice d'un temps précieux.

Nous avons en effet pu constater, qu'aujourd'hui encore un grand nombre d'actions sont menées au quotidien dans les établissements hospitaliers, dont il ne reste aucune trace écrite sans que les équipes s'en émeuvent. Parallèlement, des groupes de travail ont mené des réflexions approfondies qui ont abouti à l'élaboration de quantité de documents (protocoles, procédures...) soigneusement rangés dans des classeurs ou des armoires et rarement consultés. Si les soignants se disent le plus souvent satisfaits des actions menées, il n'en est pas de même pour ces travaux d'écriture. Ils expriment souvent leur regret, voire leur agacement devant le temps passé à la réflexion sans qu'il s'en suive de grands changements.

Il semble toujours y avoir peu de liens entre écriture et action, alors que la notion de projet de soins, concernant tous les niveaux de prise en charge, fait une entrée en force dans l'activité soignante sous la forme d'une obligation réglementaire de plus en plus pressante.

La lecture de plusieurs mémoires de fin d'études a conforté notre constat que les projets de soins existent bien sur le papier, une enquête menée à ce sujet¹ par l'ENSP en 1997 a

¹ *COUSIN D.*, Le projet de soins infirmiers : un apprentissage expérientiel, un acquis du service de soins infirmiers et de l'infirmier général pour s'impliquer dans une dynamique de changement, *Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 1999*

montré leur présence dans 89,7% des établissements ayant répondu, mais que peu sont mis en place de façon pratique au niveau des services. Chacun souligne l'importance de son rôle de guide, du sens qu'il doit contribuer à donner aux actions. *"Or, donner du sens, c'est rendre intelligible et rendre intelligible, c'est créer des liens."*² C'est pourtant précisément ces liens que les cadres de santé interrogés, pivots de l'opérationnalité de ces projets, déclarent avoir des difficultés à réaliser.

L'INSTITUT MONTAIGNE, dans un rapport intitulé *L'hôpital réinventé*, avertit : *"une institution qui n'a pas une claire vision de son évolution n'a plus d'avenir, pas plus qu'une institution dont le management a certes sa propre vision de l'avenir, mais ne cherche pas à la partager avec ses collaborateurs"*³, tout en précisant que c'est un art à inventer.

La gestion du projet de soins faisant partie, nous le verrons, des missions du directeur des soins, il a à prendre une part active dans l'invention de cet art.

Responsable demain de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du projet de soins institutionnel, il nous apparaît important de réfléchir dès à présent sur les ressources à mobiliser pour réussir à rendre ce projet opérationnel. Dans un premier temps, nous ferons le point sur sa finalité et ses enjeux. Dans une deuxième partie, nous explorerons à l'aide d'une enquête, la réalité du décalage entre rédaction et mise en œuvre. L'analyse des origines et conséquences de ce décalage permettra de distinguer dans un troisième temps les conditions favorables à mettre en place par le directeur des soins pour faciliter cette opérationnalisation.

² GALLET M.A. et AMORE M., Écrit professionnel effacé, identité gommée, Soins Encadrement-Formation, 3^e trimestre 1999, n°31, p 21

³ INSTITUT MONTAIGNE, L'hôpital réinventé, janvier 2004, disponible sur Internet, p 16

1 CADRE CONTEXTUEL ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Le projet de soins se définit tout d'abord par le cadre réglementaire qui l'a mis en place. L'étude de la succession des textes qui le décrivent permet de mieux comprendre ses enjeux actuels.

1.1 Le cadre réglementaire

1.1.1 Histoire du projet dans les établissements hospitaliers

Avant 1991, les textes régissant le fonctionnement hospitalier faisaient état de plans, de programmes. C'est avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière que la notion de projet fait son entrée dans la réglementation à travers le projet d'établissement :

"Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

*Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme."*⁴

Destinée à faire entrer les établissements hospitaliers dans une vision prospective à moyen terme, cette loi n'envisage que les champs généraux et les objectifs du projet d'établissement sans préciser ni son contenu, ni son mode d'élaboration, ce qui n'est pas sans poser problème.

Cinq ans plus tard, l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée donne davantage de poids à ce projet en s'appuyant sur lui pour instituer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé⁵. Par ailleurs, elle ouvre l'hôpital sur l'extérieur en insistant sur la constitution de réseaux de soins et de groupements de coopération sanitaire.

⁴ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, article L. 714-11

⁵ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, art L. 710-16-1

Elle met aussi l'accent sur l'évaluation de la qualité des soins en obligeant les établissements de santé à s'engager dans la procédure d'accréditation conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), créée à cette occasion. C'est dans le manuel d'accréditation⁶ édité par cette agence que l'on trouve alors des précisions sur le contenu du projet d'établissement. Six des dix référentiels décrits (DIP, OPC, MEA, GRH, GSI, QPR) font référence au projet d'établissement ou à une de ses composantes.

Dans le cadre du plan Hôpital 2007 et de la nouvelle gouvernance, le projet de modification du Code de la Santé Publique, dans une nouvelle définition du projet d'établissement, y introduit la notion de stratégie d'établissement, la dimension de recherche, et précise davantage certaines composantes : "...Il comprend un projet de prise en charge des patients associant le projet médical et le projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, ainsi qu'un projet social..."⁷ La politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération est également ajoutée à cette définition.

1.1.2 Évolution du service de soins

Le projet d'établissement est donc constitué de divers éléments dont une composante soins. Soins uniquement infirmiers tout d'abord, auxquels s'ajoutent les soins médico-techniques et de rééducation dans un deuxième temps, cet élargissement étant intimement lié à l'évolution des textes réglementant l'exercice de la fonction d'Infirmière Générale puis de Directeur des Soins.

Comme nous l'avons vu précédemment, c'est la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui installe la notion de Projet de Soins Infirmiers :

"Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction.

Une commission, présidée par le directeur du service des soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :

- 1. l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;*

⁶ ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Direction de l'accréditation, Paris, actualisation juin 2003,136p

⁷ Projet de loi relative à la nouvelle gouvernance hospitalière, version finale, article L. 6143-2

2. *la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;*
3. *l'élaboration d'une politique de formation ;*
4. *le projet d'établissement.*"⁸

Ce faisant, elle oblige à l'élaboration du nouveau décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. De "responsables du service infirmier, participant à l'équipe de direction", les infirmiers généraux assurent alors "la direction du service de soins infirmiers et à ce titre sont membres de l'équipe de direction".

Les premiers résultats des démarches d'accréditation menées après 1999 mettent en évidence les problèmes de coordination, entre les services et entre les différentes catégories de professionnels.

C'est le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, qui permet d'englober tous les soins paramédicaux. L'article 4 alinéa 2 présente la coordination des soins et le projet de soins comme des missions du directeur des soins :

"Le directeur des soins, coordonnateur général des soins... exerce des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. À ce titre : ... il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité."

Le projet de modification du Code de la Santé Publique prévoit ainsi une rectification de l'article L. 6146-9 pour l'adapter à cette évolution. La CSSI change de dénomination puisqu'elle s'enrichit de nouvelles catégories professionnelles pour devenir commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation. Le projet de soins devenant projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation, elle est consultée de surcroît sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

Petit à petit, on voit donc ces notions de projet d'établissement et de projet de soins se préciser... et se rapprocher, notamment dans le cadre de la nouvelle gouvernance où le

⁸ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, article L. 714-26

projet de soins est complètement associé au projet médical dans un projet plus global de prise en charge des patients.

Car s'il a toujours été écrit que le projet de soins fait partie intégrante du projet d'établissement, les pratiques de rédaction des documents et de consultation des instances n'ont pas toujours facilité cette vision globale des choses.

En effet, bon nombre de projets de soins basent leur organisation sur des **valeurs**, des **concepts** et envisagent les moyens nécessaires à partir des différentes dimensions du soin, sans toutefois vraiment rendre compte de l'importance du rôle des acteurs paramédicaux auprès des personnes soignées. A contrario, les autres composantes du projet d'établissement *"omettent le plus souvent l'analyse de l'existant pour passer directement à l'énumération de **moyens supplémentaires** que les auteurs souhaitent recevoir."*⁹

De même, le projet d'établissement est soumis à toutes les instances délibératives et consultatives de l'établissement. Mais pour la CME et la CSSI, la consultation du projet de soins est présentée séparément de celle du projet d'établissement, certes dans le même article du code de la santé publique¹⁰, mais dans deux alinéas différents. De la même façon, il est écrit dans l'article L 6143-1 de ce même code, *"le conseil d'administration...délibère sur le projet d'établissement, y compris le projet médical et le projet social."* Cette distinction a une valeur symbolique forte.

Comment dans ce cas aborder le projet de soins comme une composante d'un projet plus global et non comme un projet autonome qui vit sa vie à côté d'autres projets tout aussi autonomes ? Si le rôle du directeur des soins est prépondérant dans la rédaction, la mise en œuvre et le suivi de ce projet, ses partenaires de travail seront différents selon sa manière d'envisager ces étapes.

1.2 Le cadre théorique de la recherche

Au delà de l'obligation réglementaire, il convient maintenant de définir finalité et enjeux du projet de soins pour l'institution et pour le directeur des soins. Dans ce cadre, un certain nombre de concepts seront développés afin de délimiter le questionnement de la recherche et permettre l'élaboration d'hypothèses.

1.2.1 Un projet de soins pour quoi faire ?

La finalité du projet de soins est de définir les grandes orientations de prise en charge para-médicale des personnes soignées ou consultantes dans le cadre d'une politique

⁹ ARBUZ G. et DEBROSSE D., Réussir le changement à l'hôpital, Paris, InterEditions, 1996, p 77

¹⁰ Code de la santé publique, articles L 6144-1 concernant la CME et L 6146-9 concernant la CSSI

globale d'établissement, en complémentarité avec les autres acteurs internes et externes de l'institution.

En effet, l'objectif étant de concourir à placer l'établissement dans les meilleures conditions possibles pour offrir aux usagers des soins de qualité, en fonction de son environnement et des populations qu'il accueille, le service de soins ne peut seul assumer cette mission. Toutefois, il représente à lui seul le plus grand nombre de personnels et la part la plus importante des prestations délivrées, ce qui justifie pleinement sa participation et son implication dans la rédaction globale du projet d'établissement.

1.2.2 Ses enjeux

A la lumière des paragraphes précédents, les enjeux seront abordés sur deux volets :

A) Pour l'institution

Il s'agit bien sûr de satisfaire aux obligations réglementaires. Nous l'avons vu, le projet d'établissement est la base incontournable des discussions avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), sa composante projet de soins est donc indispensable au fonctionnement de l'institution.

Cependant, comme l'a écrit un groupe d'élèves de l'ENSP dans le cadre d'un séminaire interprofessionnel, *"le premier écueil auquel les établissements sont confrontés, c'est le sens donné à la démarche de projet... si cette obligation d'élaborer un document écrit est considérée comme une fin en soi... il est à craindre que la dynamique insufflée ne s'épuise très rapidement."*¹¹

Cette obligation représente par contre une excellente opportunité d'inscrire le service de soins dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de ses prestations, par l'énoncé d'une politique claire à laquelle soignants et soignés peuvent se référer.

B) Pour le directeur des soins

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, il est prévu une organisation par pôles d'activités destinée à décloisonner le travail en services. La contractualisation interne qui y sera instaurée, si elle est un bon outil de responsabilisation des personnels, risque toutefois de générer un nouveau cloisonnement entre ces pôles. C'est alors un des enjeux majeurs du projet de soins que de favoriser la cohésion des acteurs autour d'objectifs partagés.

¹¹ Séminaire interprofessionnel. Le projet d'établissement est-il un moyen privilégié pour insuffler une dynamique de changement dans le monde hospitalier public ? ENSP, 1994, p 8

Responsable de l'élaboration du projet de soins qu'il doit mener "avec l'ensemble des professionnels concernés", le directeur des soins a dans ce cas l'occasion de jouer pleinement son rôle de coordonnateur.

- D'une part, faciliter la participation de l'ensemble des catégories de soignants, y compris les médecins, permet de donner du sens aux actions entreprises au quotidien. Il s'agit de définir un minimum de valeurs partagées, permettant à chacun de s'y référer dans l'exercice de ses fonctions, afin de passer de la compilation à la synergie des actions.
- D'autre part, travailler le projet de soins en collaboration étroite avec les autres directions permet d'inscrire les changements attendus dans une dynamique et une cohérence institutionnelle. Là aussi, travailler sur des valeurs partagées permet de donner du sens au projet d'établissement dans son ensemble et passer d'une compilation de projets à un réel projet global.

Responsable également de la mise en œuvre du projet de soins, le directeur des soins a la possibilité d'impulser un niveau différent de motivation des personnels en valorisant le travail accompli au quotidien. C'est en effet par la manière qu'il a de manager le suivi du projet que celui-ci devient référence ou tombe dans l'oubli.

Nous avons jusqu'ici beaucoup parlé de projet en termes d'attendus et de comportements, il nous reste à définir toutes ces notions.

1.2.3 Les concepts

A) Le projet

Grecs et latins ne possédaient pas de terme pour désigner ce que nous entendons par projet. L'étymologie latine du verbe *projicio* qui signifie "jeter en avant" a donné dans le vieux français les termes *pourjet* ou *project*.

Le Petit Robert le définit ainsi : *"Image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre (=dessein, idée, intention). Ce que l'on se propose de faire, à un moment donné."*¹²

Pour S. RAYNAL¹³, *"un projet, c'est l'expression d'un désir, d'une volonté, d'une intention, d'une ambition. C'est aussi l'expression d'un besoin, d'une nécessité, d'une situation future vivement souhaitée."*

¹² LE NOUVEAU PETIT ROBERT, édition Les Dictionnaires LE ROBERT, Paris, 1993

¹³ RAYNAL S., Le management par projet, Paris, Les éditions d'organisation, 2000, p 55

Pour J.P. BOUTINET, ce terme est d'invention récente dans la mesure où son sens actuel résulte d'un "mixte" de dessein et d'objectif. Depuis le milieu du XX^{ème} siècle, il fait même partie des concepts privilégiés, ses emplois possédant en général des vertus attractives.

Il décrit trois caractéristiques majeures du projet :

- *" son exemplarité ; le projet s'éloigne du banal et du quotidien pour penser un inédit idéalisé, un ailleurs souhaitable à réaliser ;*
- *son opérativité ; nous ne sommes pas dans le rêve ou dans l'utopie mais dans une réalisation désirée à faire advenir d'une façon ou d'une autre, d'où la nécessité pour un projet d'être concrétisé à travers l'une ou l'autre forme appropriée d'explicitation ; c'est cette dernière qui va rendre opératoire l'intention*
- *sa pronominalisation ; le projet n'a rien à voir avec l'anonymat ; il est toujours lié à un acteur individuel ou collectif bien identifié qui se décide, se détermine, s'oriente, s'organise."*¹⁴

Ainsi, le projet de soins va décrire les changements souhaitables et souhaités par des acteurs précis, pour passer d'une situation actuelle difficile à un futur plus ou moins proche meilleur, à l'aide de moyens identifiés.

C'est à partir de ce principe de réalité que J.P. BOUTINET¹⁵ dégage trois grandes étapes dans le déroulement d'un projet, elles-mêmes composées de différentes phases.

✓ 1^{ère} étape, la conception qui se déroule en **trois phases** :

- **L'analyse de la situation** est le préalable indispensable au repérage de ce qui constitue sa singularité. Elle vise à mettre en évidence les aspects positifs et les points forts, les opportunités susceptibles d'être vectrices d'innovation, à côté des dysfonctionnements et des carences, contraintes et obstacles considérés comme surmontables ou non. Elle permet alors d'explorer toutes les disponibilités portées par la situation elle-même, délimitant d'ores et déjà les possibles.

- **L'explicitation du projet** est une phase de questionnement par les acteurs concernés. Il s'agit là de confronter les besoins identifiés dans la lecture de la situation avec les finalités annoncées dans la commande du projet et d'en dégager une ou plusieurs priorités, opportunités de projets possibles. C'est ce que l'auteur appelle *"l'esquisse d'un compromis entre le possible et le souhaitable"*, la recherche permanente de cohérence vis à vis des finalités développées et de pertinence en regard de l'analyse réalisée étant indispensable.

¹⁴ BOUTINET J.P., Psychologie des conduites de projet, Paris, Editions PUF, 1993, p 35

¹⁵ BOUTINET J.P., Anthropologie du projet, Paris, Editions PUF, 1993, p 259 à 273

- **La faisabilité** est déterminée par la décision de choix stratégiques visant à transformer la situation initiale dans le sens des objectifs voulus. Les acteurs devront au préalable sélectionner parmi les opportunités identifiées, celle qui leur semble la plus pertinente en regard des intentions initiales et des possibilités issues de l'analyse de situation ; elle sera ensuite exprimée en termes d'objectifs généraux eux mêmes spécifiés en objectifs opératoires accompagnés des motifs qui les justifient.

La plupart des auteurs soulignent à cette étape l'importance de la communication du projet retenu à des acteurs extérieurs, favorisant ainsi une sorte de validation sociale du projet.

✓ 2^{ème} étape, la réalisation en **quatre phases** :

- **La planification des étapes** contribue à assurer un début de représentation opératoire de la réalisation. Elle consiste à ordonnancer les différentes séquences en fonction du temps et des tâches à réaliser.

Cette phase permet de tester la fiabilité des objectifs opératoires et de donner sa philosophie au projet. Plus l'approche de réalisation sera floue, plus la conception du projet se rapprochera de ce que l'auteur appelle "*les utilisations fugaces*" reflétant deux types de préoccupations pouvant être à l'origine d'un projet :

- le projet comme tentative continuellement recommencée pour échapper à la fatalité ;
- le projet comme aménagement de la rupture entre notre vie quotidienne et l'idéalisation que nous nous en faisons.

- **La mise en place de moyens**, par un inventaire des moyens humains, matériels et économiques déjà disponibles et la recherche de moyens supplémentaires éventuels.

- **La détermination des procédures** qui constituent l'ensemble des savoir-faire à utiliser pour mener à bien les actions envisagées en vérifiant leur pertinence "*en dépendance de l'intention originelle qu'elles servent.*"

- **La gestion des écarts** consiste à faire face continuellement aux décalages qui existent entre ce qui était projeté et ce qui est réalisé et pour G. Le BOTERF "*à reconnaître l'autonomie de la pratique, à tolérer que de nombreux impondérables viennent bouleverser un jeu trop bien réglé de prévisions.*" Il est donc nécessaire de définir les écarts tolérables, et de prendre les décisions opportunes, soit dans le sens de la réorientation de la pratique, soit dans celui de l'infléchissement du projet dans un sens plus réaliste.

✓ 3^{ème} étape : l'évaluation

Elle est continue sur l'ensemble des étapes du processus et sert de guide tout au long de la réalisation du projet.

Destinée à apprécier l'écart entre la règle incarnée par le projet et les réalisations effectives, elle se base sur quatre indicateurs :

- ↳ *"l'efficacité du projet définie par le rapport entre les objectifs d'action fixés et les résultats momentanément obtenus ;*
- ↳ *l'efficience entrevue par la mise en relation entre les ressources utilisées, les modalités de leur utilisation et les résultats produits, selon la technique des coûts-avantages ;*
- ↳ *la cohérence indiquant le rapport entre objectifs fixés et actions qui en résultent ;*
- ↳ *la pertinence matérialisée dans la relation entre la cohérence et l'environnement du projet."*

J.P. BOUTINET note encore "la double implication projet-action"¹⁶. Les étapes citées sont indissociables, entre conception et mise en œuvre, il existe une implication réciproque : *"le projet présuppose l'action dans la façon par laquelle il esquisse son profil à venir ; l'action inclut le projet qui en constitue le moment fondateur."*

B) Le changement

La notion de changement fait donc partie intégrante du projet puisque celui-ci introduit l'idée de passage d'une situation à une autre.

Le Petit Robert le définit comme *"état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique."*

S. RAYNAL le considère comme *"un phénomène interactif entre un acteur, un système et un environnement. Ce phénomène est déclenché par un stimulus provoquant un écart, un décalage, une rupture ou un déséquilibre."*¹⁷

G. BATESON¹⁸ distingue cependant deux types de changements dans les systèmes humains :

- Celui qui intervient à l'intérieur d'un système, qui lui permet de maintenir son équilibre par la mise en place de mesures correctrices d'adaptation, assurant par là même la permanence de ce système.
- Celui qui affecte et modifie le système, qui correspond à des bouleversements aboutissant à l'évolution de ce système.

¹⁶ BOUTINET J.P., Psychologie des conduites de projet, Paris, Editions PUF, 1993, p 66

¹⁷ RAYNAL S., Le management par projet, Paris, Les éditions d'organisation, 2000, p 8

¹⁸ KOURILSKY F., La communication, levier du changement à l'hôpital, Soins formation-pédagogie-encadrement, 3^e trimestre 1996, n°19, p 16

On peut dire que jusqu'alors, les changements intervenus à l'hôpital correspondaient davantage au type 1. Toutes les mesures correctives envisagées et mises en place étaient destinées et ont réussi à sauvegarder les organisations existantes. Les acteurs, mal informés des nouvelles contraintes de l'environnement, des enjeux du changement ont tout mis en œuvre pour adapter les nouvelles demandes à leur fonctionnement habituel.

Pourtant, il apparaît aujourd'hui que les changements dont l'hôpital a besoin relèvent davantage du type 2. G. ARBUZ et D. DEBROSSE les décrivent de cette manière :

*"Les changements à mettre en œuvre visent à créer une rupture par rapport aux pratiques antérieures, avec pour objectif de fonder l'évolution de l'institution hospitalière sur une meilleure prise en compte des attentes des usagers, des personnels de l'établissement et de l'État. Il est en effet nécessaire de faire évoluer les esprits dans le sens d'une plus grande attention à ces réalités, de s'assurer que les nouvelles priorités en tiennent compte, qu'elles se traduisent dans un changement des pratiques."*¹⁹

Toutefois, pour que l'interaction puisse avoir lieu, les changements ne peuvent plus se décider, se décréter d'en haut, sous peine de phénomènes de résistance conduisant à davantage d'immobilisme. H. MINTZBERG souligne d'ailleurs *"que le changement sans arrêt, c'est l'anarchie. Il faut changer quand c'est nécessaire, mais pas en permanence."*²⁰ Il insiste aussi sur le fait qu'un vrai changement dans une organisation prend du temps (au moins cinq ans), alors que les managers sont souvent très pressés de réaliser de grands bouleversements en quelques mois.

Conduire le changement n'est donc pas chose facile.

M. CROZIER insiste sur l'intérêt de considérer le changement comme un problème, dans la mesure où il n'est pas naturel, et de le comprendre comme un processus de création collective. Il ne s'agit plus de décider des modifications, mais de lancer un processus qui implique coopération, négociation, réactions et qui met en jeu la capacité de groupes différents à travailler ensemble autrement dans une même action.

Comme le dit également F. KOURILSKY²¹, il s'agit de procéder à une autre lecture de la réalité. En effet, pour mener à bien un changement de type 2, il ne suffit plus de corriger les dysfonctionnements du système, car ces solutions sont en général destinées, au

¹⁹ ARBUZ G. et DEBROSSE D., Réussir le changement à l'hôpital, Paris, InterEditions, 1996, p 85

²⁰ MINTZBERG H., Nous vivons dans le culte du management, Sciences humaines, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, p 18

²¹ KOURILSKY F., Comment ne pas bloquer le changement, Gestions Hospitalières, avril 99, p 267

mieux, à le maintenir en l'état. Il est davantage nécessaire *"d'extraire les ressources de ce système et d'exploiter la fonction utile de ses défauts"*.

Rechercher l'adhésion du plus grand nombre, pour s'assurer de sa coopération efficace, est donc indispensable pour pouvoir s'appuyer sur le système, afin de lui faire inventer le futur dont il est porteur et donc capable.

Une vraie stratégie de communication et non d'information est à mettre en place. Il est essentiel qu'elle permette aux acteurs de comprendre la situation dans son ensemble pour susciter chez eux l'envie de comportements différents.

C'est là aussi que se pose la question du sens : le changement pour quoi faire ? et pour qui ? Si les acteurs ne voient pas la nécessité des changements décrits dans le projet de soins, si le management mis en place n'est pas cohérent avec les objectifs énoncés, il y a de fortes chances que ces acteurs opposent une force d'inertie difficile à contourner.

Motiver les acteurs devient donc un enjeu pour l'hôpital. Qu'est ce que la motivation et comment l'obtenir ? C'est ce que nous allons développer dans le paragraphe suivant.

C) La motivation au travail

De nombreux auteurs se sont penchés sur ce concept particulièrement complexe pour tenter de définir ce qui pousse le sujet à l'action.

A. MONTÉSINOS la décrit comme *'une attitude, un état d'esprit, une manière d'être fondée sur l'intérêt que l'on porte à ce que l'on fait'*.

*Pour R.J. VALLERAND et C. BLANCHARD, la motivation est un construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.*²²

Ainsi, F. HERZBERG distingue deux types de motivation au travail.

- *"La motivation intrinsèque est liée à la nature du travail et au plaisir qui en est retiré. Seuls ces facteurs sont susceptibles d'engendrer la motivation, mais leur non satisfaction ne provoque pas de démotivation.*
- *Les facteurs de motivation extrinsèque font intervenir l'environnement, c'est à dire les conditions dans lesquelles le travail est effectué (organisation et conditions de travail, salaire...). Ces facteurs ne procurent pas de motivation, mais leur absence engendre la démotivation.*²³

²² MERKLING J., La motivation, Gestions hospitalières, Décembre 2002, p 805

²³ MAGGI Isabelle, De la compétence au professionnalisme, Objectif Soins, mars 2003, n° 114, cahier du management p VII

Or, pour que les acteurs retirent du plaisir du travail effectué, il faut que celui-ci ait pour eux un intérêt, et là encore on retrouve la question du sens.

"Celui qui ne se sent ni vu, ni écouté, ni estimé, n'acceptera jamais de devenir acteur, n'acceptera jamais d'apporter autre chose que son temps dans sa vie professionnelle" dit H. SERIEYX.²⁴

Quels sont les objectifs réellement poursuivis, quelle place laisse-t-on aux acteurs dans leur détermination, quelle autonomie leur laisse-t-on dans la mise en œuvre, quel avantage vont-ils pouvoir en retirer ? Pour se motiver, les individus ont besoin de comprendre les raisons qui poussent à l'élaboration des projets et pour s'y impliquer, ils ont besoin de ne pas être de simples exécutants.

Pour motiver les acteurs à s'impliquer dans le projet de soins, il apparaît donc nécessaire ↪ soit de les amener à formuler eux-mêmes des objectifs précis, élevés mais réalisables à partir d'une analyse de leur réalité quotidienne, tenant compte de leurs attentes personnelles ;

↪ ou au moins à expliciter ces objectifs pour en démontrer l'utilité et provoquer leur adhésion.

Pouvoir assumer des responsabilités, se savoir utile, avoir le sentiment de contribuer à une réussite : la satisfaction de ces besoins représente une puissance motivante non négligeable, elle donne de la valeur au travail accompli.

Une caractéristique essentielle de la motivation est sa fragilité. Sur un projet tel que le projet de soin, elle est difficile à obtenir au départ et, compte tenu de sa durée, il n'y a aucune garantie qu'elle va se pérenniser jusqu'au bout de sa réalisation. Constamment remise en question par les difficultés du présent, elle est à construire en permanence plutôt qu'à maintenir.

Nous l'avons vu en effet, les facteurs liés à l'environnement, s'ils ne procurent pas de motivation, sont considérés comme extrêmement démotivants. Le management d'accompagnement mis en place, s'il est attentif à faciliter le dialogue et permettre l'enrichissement des tâches souhaité par les acteurs, placera ceux-ci dans des conditions favorables à l'implication. C'est tout l'intérêt d'une élaboration conjointe de l'ensemble des composantes du projet d'établissement permettant un management cohérent, certains facteurs extrinsèques étant liés au projet social (conditions de travail, salaires, possibilités de formation, de promotion...).

²⁴ SERIEYX Hervé, JISSEY, BATTON Pierre, RAYNAL Jake, Est-ce que le manage...ment?, Paris, Editions d'Organisation, 2001, p 84

La motivation individuelle, si elle est essentielle à déclencher, sera toutefois à mettre en œuvre, dans le cadre du projet de soin, sur un plan collectif. C'est pourquoi il nous semble important d'aborder ici la notion d'identité collective.

D) La construction de l'identité collective

L'identité collective est intimement liée au processus de socialisation professionnelle décrit par C. DUBAR. Dans son livre²⁵, il cite les trois mécanismes spécifiques de ce processus explicités par HUGHES :

- Dans un premier temps, l'identification progressive avec le rôle provoque, chez l'individu, une crise qui ne peut se dissiper que par un renoncement volontaire aux stéréotypes professionnels concernant ce rôle (nature des tâches, conception du rôle, anticipation des carrières, image de soi) ;
- S'installe alors une dualité entre le "modèle idéal" représenté par l'image de marque, la valeur symbolique de la profession et le "modèle pratique" qui concerne la réalité des tâches quotidiennes ;
- C'est la phase d'ajustement de la conception de soi, impliquant la prise de conscience de ses capacités personnelles en lien avec les chances de carrière que le professionnel peut raisonnablement escompter dans le futur.

L'identité collective correspond dès lors à ce que l'entreprise va offrir à cet individu comme possibilité de reconnaissance par le travail. R. SAINSAULIEU²⁶ décrit quatre modalités d'accès à la reconnaissance de soi dans le travail, les deux premières étant les plus anciennes :

- ↳ "*l'appartenance à la maison*" : dans ce cas, la fierté annoncée relève de l'image de marque de l'entreprise ;
- ↳ la réalisation d'une "*œuvre individuelle ou collective*" : l'individu est alors reconnu par le résultat de son action créatrice dans l'entreprise ;
- ↳ la "*trajectoire*" : l'identification se fait à partir d'un parcours professionnel exemplaire ;
- ↳ la "*résistance*" : l'individu est reconnu pour sa capacité à dire "non" ou "pas d'accord" dans une situation présentant un danger.

²⁵ DUBAR C., La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, Paris, Editions Colin, 1996, p 146

²⁶ SAINSAULIEU R., La construction des identités au travail, Sciences humaines, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, p 41

Comme l'écrit S. BELLIER-MICHEL²⁷, *"l'existence de l'entreprise moderne dépend de la qualité des interactions qui existent entre elle et ses acteurs"*.

Tout d'abord, il est indispensable que les valeurs qui fondent son organisation et son fonctionnement soient clairement affichées afin que les acteurs puissent les confronter avec les leurs et s'y reconnaître, au moins en partie. Or, ces valeurs, souvent énoncées dans les projets de soins et en général partagées par les professionnels du soin, ne sont pas toujours discutées avec les autres professionnels hospitaliers²⁸. Inversement, les soignants ne connaissent habituellement pas les valeurs qui sous-tendent l'exercice de ces professionnels. L'incompréhension qui en résulte ne facilite alors pas la coopération.

Le changement étant transformation d'un système d'action, pour qu'il puisse y avoir changement, M. CROZIER explique *"que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social... Et ce qui doit changer dans ces jeux, ce ne sont pas, comme on le croit un peu hâtivement, les règles, mais la nature même du jeu."*

*Pour que de tels changements puissent s'accomplir, il ne faut pas seulement que les rapports de force leur soient favorables, il faut aussi et bien davantage que des capacités suffisantes soient disponibles au moins potentiellement : capacités cognitives, capacités relationnelles, modèle de gouvernement."*²⁹

Ainsi, pour que des acteurs puissent exprimer leur créativité afin de modifier ensemble les jeux, il est nécessaire de changer le mode de management. A l'hôpital, par exemple, le fait de mettre l'accent sur les différences de statut, de fonctions et de formation favorise et perpétue le cloisonnement. Mettre en place des structures transversales de coordination va modifier les capacités d'interactions à condition de ne pas les faire fonctionner sur des modalités traditionnelles d'organisation hiérarchique. CONFUCIUS disait : *"le sage est celui qui d'abord met ses idées en pratique, et ensuite parle conformément à ses actions."* Un vrai changement est le plus souvent l'aboutissement d'un apprentissage collectif que F. KOURILSKY³⁰ qualifie *"de niveau 3, correspondant à un apprentissage inconscient de nouveaux gestes mentaux et comportementaux."*

²⁷ BELLIER-MICHEL S., L'individu et le système, Sciences humaines, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, p 44

²⁸ FALIGANT G., L'évaluation du projet de soins infirmiers : enjeux et perspectives, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 2001

²⁹ CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Paris, Editions du seuil, 1977, p 332

³⁰ KOURILSKY-BELLIARD F., Du désir au plaisir de changer, Paris, InterEditions, 1996, p 177

Vis à vis du projet d'établissement, c'est à l'équipe de direction de donner l'exemple, les acteurs sont très attachés à la congruence entre les exigences manifestées et les actions menées au quotidien.

Ces exigences étant en général clairement énoncées dans les projets, il nous reste à clarifier quel est le sens de l'écriture de ceux-ci.

E) Le sens de l'écriture du projet

En dehors de l'hôpital, aujourd'hui encore et malgré une scolarité normale, il s'avère que pour beaucoup d'individus, l'écriture n'est pas considérée comme une chose naturelle. Le mythe du don pour l'écriture est toujours véhiculé par l'école pour expliquer notamment les difficultés de ceux qui en seraient dépourvus.³¹

A l'hôpital, et surtout chez les soignants, notamment Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et Aide-Soignants (AS), jusqu'alors les seuls à être concernés par le projet de soins, l'écriture est encore moins naturelle. Pire, *"elle paraît encore parfois suspecte, illicite, inutile, trop éloignée des préoccupations nobles du quotidien"*³² représentées par le soin.

En dépit d'un caractère désormais obligatoire, mettre en place un projet et un dossier de soins pour le patient fait partie des missions de l'IDE³³, l'écriture est toujours coûteuse d'efforts et n'est absolument pas valorisée. Une IDE se verra, en effet, rarement reprocher un dossier où il manque des données afin de gagner du temps pour réaliser les soins, alors qu'un soin rapidement réalisé pour avoir pris le temps d'écrire sera considéré comme une faute professionnelle, notamment par le médecin, mais aussi par l'encadrement.

En quête de sens, l'écriture professionnelle soignante, à défaut d'être outil de reconnaissance, devient alors traçabilité, élément de preuve, expression de contrat.

³¹ MEUNIER-CUENCA M., Les langages de la professionnalisation, Krankenpflege soins infirmiers, octobre 2000, p 80

³² VÉGA M.J., Un processus professionnalisant au service de la personne soignée, Soins Encadrement-Formation, 3^e trimestre 1999, n°31, p 14

³³ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

A contrario des résolutions orales jugées incertaines, les documents écrits nomment, engagent, contractualisent.³⁴

Un grand nombre de documents a ainsi été produit, dont l'écriture a été confiée à des experts, ceux dont c'est le travail, qui ont le temps de le faire. Considéré comme une fin en soi, complètement déconnecté du quotidien, le document écrit était lu et souvent classé. Car le problème de l'écriture est le même que celui du langage parlé, il utilise des mots qui n'ont pas toujours la même symbolique d'un individu à l'autre. Or l'écrit a ceci de particulier, qu'une fois posés sur le papier, les mots sont figés. Si les présuppositions utilisées par les auteurs pour les écrire ne sont pas partagées par les lecteurs, il y a blocage de la compréhension.

M. GROSJEAN³⁵ souligne à cet égard un certain nombre d'illusions qui s'attachent volontiers à l'écrit :

- Illusion de vérité et d'objectivité ;
- Illusion de certitude ;
- Illusion d'usage et d'efficience ;
- Illusion de complétude ;
- Illusion de transparence et de neutralité.

Le projet de soins n'échappe à aucune de ces illusions, c'est pourquoi il est nécessaire de ne pas confier son élaboration rien qu'à des experts. Pour éviter l'écueil de l'écrit "figé", un gros travail de communication et d'explicitation est à engager afin de vérifier la compréhension des acteurs à toutes les étapes.

Enfin, il ne faut pas oublier sa valeur d'engagement : les acteurs hospitaliers attendent toujours des réalisations concrètes à partir des documents écrits ou validés par la direction.

1.3 La recherche

L'ensemble de ces données théoriques nous amène à nous poser un certain nombre de questions :

³⁴ LABBÉ P., De l'incidence des NITC sur l'écriture professionnelle à l'hôpital..., Soins Encadrement-Formation, 3^e trimestre 1999, n°31, p 27

³⁵ GROSJEAN M., Les illusions du "tout écrit", Soins Encadrement-Formation, 3^e trimestre 1999, n°31, p 19

- Pourquoi des acteurs qui se sont investis dans l'élaboration d'un projet n'arrivent ils pas à le mettre en place ?
- Quel but est donné à cet exercice d'écriture ?
- Quel sens a le document final, pour qui ?

Nous formulons alors l'hypothèse suivante :

Le projet de soins ne peut devenir opérationnel que s'il a été pensé comme tel, en cohérence avec une politique institutionnelle claire.

Le chapitre suivant va présenter l'enquête réalisée sur le terrain en vue de vérifier cette hypothèse.

2 ÉTUDE DU TERRAIN

Pour vérifier cette hypothèse, il aurait été intéressant de mener une enquête sur plusieurs établissements et croiser les réponses en termes de méthodologie utilisée et de résultats obtenus. Le temps imparti à la recherche étant restreint, nous nous sommes limité à un seul établissement où nous étions en stage durant quatre semaines en février. Les résultats n'auront donc qu'une valeur indicative.

2.1 Présentation du lieu de l'enquête

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de X est un établissement de santé public d'une capacité, de 1292 lits et places répartis sur 2 sites.

- Le plus ancien, site 1, de 438 lits et places, est situé au centre ville. Les locaux de la plupart des directions se situent sur ce site.
- Le plus moderne, site 2, construit en 1984 à la périphérie de la ville, comporte 854 lits et places. Seules, la direction des équipements et la direction des soins ont leurs bureaux sur ce site.

Près de 5000 personnes y travaillent à temps plein ou à temps partiel, dont 2559 personnes dans les services de soins, et 273 personnels médico-techniques.

La direction des soins n'est pas encore organisée en coordination générale, deux postes de directeur des soins existant, un seul étant pourvu. Il faut noter que cette direction a connu une grande stabilité durant les vingt-cinq dernières années, mais que, depuis le

départ en retraite en 2000 de l'infirmière générale, quatre personnes se sont succédées à ce poste avec peu de périodes de présence à deux.

Au moment de l'étude, le directeur des soins est dans l'établissement depuis 11 mois, elle a travaillé avec sa collègue co-auteur du projet de soins pendant 4 mois. Elle est secondée par cinq cadres supérieurs de santé, dont trois exercent leurs fonctions en mission transversale (sur le service de nuit, à la qualité, à la direction des soins).

Pour la période 2000 –2004, le CHU s'appuie sur un projet d'établissement et sur un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Dans ce cadre, outre l'hospitalisation complète traditionnelle, il a développé des activités d'hospitalisation de semaine, d'hospitalisation de jour, de médecine et de chirurgie ambulatoires.

Il participe également à 14 réseaux inter-hospitaliers. Il est le référent régional pour sept d'entre eux, dont deux impliquent aussi le secteur ambulatoire dans le cadre de réseaux ville/hôpital sur le SIDA et la toxicomanie.

Le CHU de X finance par ailleurs le fonctionnement de 10 instituts de formation et écoles.

2.2 Méthodologie de l'enquête

Le choix s'est porté sur une approche en deux temps qui permet de réaliser des liens significatifs entre écriture et mise en oeuvre. Après présentation de la méthode à la directrice des soins et avoir obtenu son accord, nous avons pu réaliser notre enquête en toute liberté.

2.2.1 Analyse documentaire

Elle s'appuie sur plusieurs types de documents :

- Le document projet de soins à la recherche de son intentionnalité, des thématiques qu'il développe et de ses interactions avec les autres composantes du projet d'établissement ;
- Les comptes-rendus de Commission du Service de Soins Infirmiers afin d'identifier la méthodologie utilisée pour la rédaction et la mise en oeuvre et identifier les résultats déjà obtenus.

2.2.2 Les entretiens

Quinze entretiens semi-directifs ont été prévus auprès de personnes choisies dans trois grandes catégories de professionnels:

- Équipe de direction, quatre personnes : le directeur des soins, le directeur général adjoint, le président de CME, le représentant des usagers au Conseil d'Administration (CA) ;
- Encadrement, sept personnes : trois Cadres Supérieurs de Santé (CSS), quatre Cadres de Santé (CS) ;
- Personnel infirmier, seul concerné jusqu'à présent par ce projet, quatre personnes deux infirmières, deux aide-soignantes.

Les critères de composition de l'échantillon pour les deux dernières catégories étaient les suivants :

- ↳ la participation effective à la rédaction et/ou à la mise en œuvre pour la moitié de chacune d'elles ;
- ↳ l'ancienneté dans l'établissement importante ou pas pour la moitié de chacune d'elles ;
- ↳ la représentativité des différents services : médecine, chirurgie, spécialités.

Dans ce cadre, le choix des personnes s'est effectué au hasard sur des listes qui nous ont été communiquées ou qui figuraient en annexe du projet.

Toutes ont été contactées par téléphone. Quatre cadres et deux infirmières ont refusé l'interview objectant n'avoir rien à dire sur le sujet, deux d'entre elles figurant toutefois sur la liste des personnes ayant participé à l'élaboration du document PSI.

Un cadre supérieur, un cadre, une infirmière ont accepté l'entretien, tout en prévenant n'avoir pas grand chose à dire.

Quatorze entretiens, d'une durée moyenne d'une heure trente, ont finalement été menés à partir d'une grille préétablie (cf annexe 1). Le président de CME, nouvellement élu depuis huit mois, nous a fait préciser par son secrétariat n'avoir pas le temps de répondre à une enquête sur ce sujet. Il ne s'est pas occupé de l'ancien projet d'établissement et le nouveau n'étant pas à l'ordre du jour, il propose de nous orienter vers une autre personne. Cette proposition acceptée, il n'a trouvé personne "d'intéressé".

Ces entretiens ont tous été enregistrés avec l'accord des participants, à l'exception de ceux de la directrice des soins et du directeur général adjoint. En raison d'une actualité fertile, ceux ci ont été réalisés en plusieurs fois.

Le lieu de ces conversations a été choisi par les personnes : soit dans leur bureau, soit dans le bureau mis à notre disposition par le directeur des soins ou encore dans leur service d'affectation, dans une pièce mise à disposition par le cadre.

2.3 Analyse

Une première partie présentera les résultats des deux niveaux de l'enquête. Dans un deuxième temps, ces résultats seront reliés entre eux, avec le cadre théorique et l'hypothèse de départ.

2.3.1 Les résultats de la recherche

A) Les résultats de l'analyse documentaire

Trois parties seront envisagées dans ce paragraphe, correspondant aux trois étapes de déroulement d'un projet décrites plus haut.

a) *La rédaction du projet de soins*

Il s'agit d'un projet de soins de seconde génération, le précédent couvrant la période 1994-1998.

Le travail commence en février 1999 par une étape préliminaire menée par le "bureau infirmier" constitué des deux infirmières générales présentes à l'époque, de trois cadres supérieurs de santé et de deux cadres de santé en mission transversale. Ce groupe réfléchit sur la conduite de projet, prévoit un calendrier et adresse cette méthodologie envisagée au directeur général de l'établissement pour validation. Après acceptation de la direction, le calendrier prévu est mis en œuvre.

Cette méthodologie s'articule sur deux axes représentant :

- ↳ la continuité avec le projet de soins infirmiers (PSI) précédent ;
- ↳ l'implication du service infirmier dans le projet médical.

La préoccupation majeure est de *"fonder l'élaboration du projet de soins infirmiers sur une démarche résolument participative pour le recueil des données préliminaires à sa rédaction... afin qu'il soit représentatif du plus grand nombre de soignants."*

Pour le premier axe, la direction des soins élabore un questionnaire et une note explicative destinés à toutes les unités relevant de sa responsabilité.

Ce questionnaire reprend tous les objectifs du précédent PSI et *"évalue le niveau de satisfaction des équipes concernant leur atteinte"* sous la forme de questions avec quatre niveaux de réponse possible : très satisfaisant, satisfaisant, moyen, insatisfaisant. Il se

termine par une question ouverte destinée à *"recenser axes et thèmes à aborder dans le futur PSI."*

Validé par la CSSI, ce questionnaire est adressé en mars, aux cadres des unités de soins concernées avec un délai de réponse mi-avril. Environ 74% des équipes ayant répondu dans les délais, les résultats de cette enquête sont présentés sous forme de tableau synoptique aux réunions des cadres de santé et de la CSSI de juin. A partir de ces résultats, la CSSI est chargée, au cours de cette réunion, de cibler des priorités de travail.

Dans le cadre du deuxième axe, le bureau infirmier élabore en juillet la méthodologie de recueil d'information et la direction des soins rencontre en août le directeur général adjoint nommé référent, pour validation.

D'août à septembre, vingt-deux cadres de santé sont sollicités pour représenter le service infirmier dans les onze groupes du projet médical. Ils sont chargés de *"participer aux réunions avec pour mission de dégager les axes infirmiers susceptibles de s'articuler avec les orientations médicales proposées."*

Un comité rédactionnel, issu du bureau infirmier, est alors chargé de formaliser la synthèse de toutes ces données. La rédaction finale présente :

- En introduction son articulation avec le projet médical, son inscription dans le projet d'établissement et la philosophie de soins ;
- Les méthodologies d'élaboration, de rédaction, de mise en œuvre ;
- Le projet proprement dit sous forme d'orientations, d'objectifs, moyens, méthodes et délais de réalisation ;
- En annexe, le tableau synoptique de l'évaluation du PSI précédent, les priorités définie par la CSSI, les noms des personnes ayant participé à l'élaboration du document, soit dans le cadre du bureau infirmier, soit dans les groupes de travail du projet médical.

Les thématiques abordées sont construites à partir de deux orientations principales :

- ↳ L'amélioration de la prise en charge de la personne soignée déclinée en neuf objectifs sur les thèmes du rôle éducatif des IDE, de l'amélioration de l'accueil, de la réponse aux besoins de la personne soignée, de sa prise en charge dans le cadre des réseaux de soins.
- ↳ Le développement des compétences pour répondre aux besoins des personnes soignées décliné en trois objectifs sur les thèmes de l'évaluation et du renforcement de ces compétences dans la gestion des situations difficiles.

Le préambule du document affiche la volonté de la direction des soins, notamment *"d'obtenir, dans les cinq années à venir, des résultats concrets, mesurables, bénéfiques pour les personnes soignées et le personnel soignant."*

La première phrase du document dit ceci : *"Le PSI 2001-2005 se veut résolument opérationnel."* La conclusion se termine ainsi : *"Sa mise en œuvre suppose l'implication du plus grand nombre de soignants. En effet, la concrétisation du PSI est de la responsabilité de chacun. Il appartient donc à chaque équipe de se mobiliser pour le faire aboutir."*

Les finalités du document sont énoncées : *"faciliter le travail des professionnels chargés de réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés et permettre le suivi par la direction des soins du calendrier du projet."*

Le projet médical prenant du retard, le calendrier prévisionnel n'est plus respecté. Prévus à la validation par la CSSI en novembre 1999, et compte tenu des mouvements à la direction des soins, le PSI n'est finalement validé par présentation aux différentes instances qu'en 2001 et couvre la période 2001-2005, le projet d'établissement s'étant inscrit sur la période 2000-2004.

b) La mise en œuvre du projet

Elle est annoncée dans un chapitre du PSI. Elle prend la forme de groupes de travail à créer pour mener les réflexions nécessaires à la réponse aux objectifs fixés. Elle prévoit pour ces groupes : leur constitution qui comprend obligatoirement au moins un membre de la CSSI, leur animation qui est confiée aux cadres ayant participé aux groupes du projet médical et la supervision de chacun d'eux par un membre du bureau infirmier.

Chaque groupe de travail a ensuite à définir son calendrier de réunions et les moyens d'évaluation qu'il envisage pour mesurer l'atteinte de l'objectif dont il a la charge.

Plus loin, en regard de chaque objectif, figure un tableau récapitulatif moyen, méthode, délai et animateur (cf annexe 2).

↳ Dans la colonne moyen, on trouve un ou plusieurs objectifs qui sont intermédiaires ou plus opérationnels, et qui sont destinés à préciser davantage la commande ;

↳ La colonne méthode reprend dans la majeure partie des cas la notion de création ou de participation à un groupe de travail, mais envisage aussi l'élaboration de protocoles et la mise en place de formations ;

↳ La colonne délai envisagée est renseignée dans 80% des cas. Les délais sont notés en termes de semestre pour deux objectifs, d'année pour une moitié d'entre eux et de groupes d'années type 2001-2003 ou 2001-2005 pour les autres ;

↳ dans la colonne animateur on retrouve la référence aux cadres ayant participé aux groupes du projet médical citée plus haut.

Dans les compte-rendu de CSSI, où il est question du PSI, on retrouve en 2001 la trace de la validation du document. C'est en mars 2002 que figurent les premiers éléments concernant sa mise en œuvre. La décision de créer neuf groupes de travail est prise lors de cette réunion, les membres de la CSSI sont désignés, les animateurs pressentis en font parfois partie et ne sont plus tous issus des groupes du projet médical. Pour un seul de ces groupes, un superviseur du bureau infirmier est désigné.

Au cours de cette réunion est également affirmée la décision de confier à la CSSI le suivi du PSI.

Lors de la réunion suivante en juin, le bilan mentionne la constitution effective de ces neuf groupes avec la liste des participants. L'objectif qui leur est fixé est d'organiser au moins une réunion avant la fin du mois de septembre et de démarrer la réflexion.

Par la suite, la réunion de la CSSI prévue en octobre est annulée, et la CSSI ne se réunit plus jusqu'à son renouvellement par le nouveau directeur des soins en octobre 2003, réunion au cours de laquelle est évoquée l'idée de réaliser un bilan du PSI.

c) *Le bilan des actions menées*

Les résultats ne sont pas très concrets dans la mesure où il n'y a pas encore eu de bilan réalisé, ils sont tous issus de discussions autour du projet de soins avec différents intervenants, dont le directeur des soins.

Sur ces neuf groupes créés, sept se sont vraiment réunis au moins une fois.

- Deux d'entre eux ont, apparemment rapidement, abandonné la réflexion ;
- Deux autres l'ont terminée et ont envoyé leur rapport à la direction des soins, il s'agit d'un groupe qui a travaillé sur les modalités de mise en place d'une Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (HPDD), et le deuxième sur l'accueil aux urgences ;
- Trois autres continuent à se rencontrer : l'un travaille sur les transmissions ciblées, l'autre sur l'accueil au bloc opératoire et le troisième sur le mal-être des soignants.

L'analyse des entretiens permet maintenant d'étudier le vécu des personnes sur le terrain.

B) Les résultats des entretiens

Après avoir établi le profil de chaque groupe composant l'échantillon, le contenu des entretiens sera dépouillé dans les quatre thématiques suivantes :

- ↳ ce qu'ils savent et pensent du projet de soins pour appréhender le positionnement de ce projet au niveau de l'établissement ;
- ↳ ce qu'ils savent et pensent de sa réalisation afin d'identifier son mode d'animation ;
- ↳ quelle est leur analyse pour mettre en évidence les liens réalisés entre ce qui leur est proposé et ce qu'ils vivent ;
- ↳ quelles sont leurs attentes afin de déterminer comment ils imaginent un projet de soins dans lequel ils aimeraient s'investir.

a) Profil de l'échantillon

Catégorie équipe de direction :

- ↳ Le directeur des soins a 10 ans d'ancienneté dans la fonction et 11 mois dans l'établissement, c'est son troisième poste, elle n'a pas participé à l'élaboration du PSI, elle a été invitée, peu après son arrivée, à la réunion d'un groupe qui n'a pas poursuivi la réflexion ;
- ↳ Le directeur général adjoint a 25 ans d'ancienneté dans la fonction et 2 ans dans l'établissement, il n'a aucune participation dans le PSI ;
- ↳ Le représentant des usagers, chef d'entreprise retraité, siège au CA depuis 9 ans dans l'établissement, il était présent lors de sa présentation aux instances.

Catégorie encadrement :

- ↳ Les 5 CSS de l'établissement ont tous avec une ancienneté importante, les 3 CSS interviewés ont donc une carrière comprise entre 21 et 35 ans. Deux d'entre elles l'ont réalisée entièrement dans l'établissement, une a travaillé 6 ans dans un autre CHU en début de carrière. L'ancienneté dans la fonction de CSS va de 2 à 5 ans. L'une faisait partie de la CSSI, une autre anime le groupe sur l'accueil au bloc opératoire.
- ↳ Les CS : trois d'entre elles ont entre 21 et 31 ans d'ancienneté, la quatrième en a 17. L'ancienneté dans l'établissement va de 3 à 9 ans pour deux et plus de 19 ans pour les deux autres. L'ancienneté dans la fonction cadre va de 4 à 11 ans pour 3 d'entre elles et 24 ans pour la dernière. L'une d'entre elles, participant à la CSSI, est à l'initiative du groupe sur les transmissions ciblées qu'elle anime. Une autre s'est investie dans le groupe sur les modalités de mise en place d'une HPDD.

Catégorie personnel infirmier :

- ↳ Les IDE : l'un a 8 ans d'ancienneté dont 7 dans l'établissement, participe à la CSSI, est à l'initiative du groupe travaillant sur le mal-être des soignants et le co-anime ; l'autre a 2,5

ans d'ancienneté dont 1 dans l'établissement.

↳ Les AS : l'une a 22 ans d'ancienneté dans l'établissement, participait à la CSSI et fait partie du groupe transmissions ciblées ; l'autre a 5 ans d'ancienneté dans la fonction et 3 mois de présence dans l'établissement.

Les services représentés par cet échantillon sont outre l'équipe de direction :

- pour la médecine : dermatologie, hépatologie, soins palliatifs ;
- pour la chirurgie : neurochirurgie, chirurgie générale, chirurgie cardiaque ;
- pour les services dits plus techniques : bloc opératoire, réanimation, urgences, anesthésie ;
- l'ensemble du service de nuit et le pool de remplacement ont des dimensions plus transversales.

Après cette présentation succincte de l'échantillon, nous allons maintenant aborder le contenu des entretiens. Dans la mesure où l'écoute des enregistrements montrait une vision assez homogène de la situation, nous avons choisi de faire une restitution globale et de ne faire une distinction entre les catégories que dans le cas où elle est vraiment significative.

b) Ce qu'ils savent et pensent du projet de soins

En dehors de la personne arrivée il y a trois mois, l'ensemble des personnes interrogées savent que le PSI existe, douze l'ont lu. Une IDE a précisé en avoir pris connaissance deux semaines auparavant, à la faveur de notre entretien : *"la surveillante l'a sorti du placard en demandant un volontaire pour un interview."*

La plupart n'ont *"qu'un vague souvenir"* de son contenu, même cette IDE. Seules une AS et un cadre savent citer autre chose que les deux orientations ou le thème précis sur lequel ils travaillent.

Si les membres de l'équipe de direction ont pu en parler avec le directeur des soins précédent ayant activement participé à son élaboration, en dehors des 4 personnes faisant partie de la CSSI, toutes précisent n'avoir eu aucune discussion à ce sujet, ni en équipe, ni avec leur hiérarchie, IDE et AS le déplorent fortement.

Le PSI n'a pas été mentionné lors de l'entretien d'embauche des 3 dernières arrivées, y compris pour le cadre.

Ce qu'ils en ont pensé ? Soit la réponse à cette question est immédiate et passionnée avec des mots et des images forts : *"c'est un beau projet, bien écrit... ça me fait penser... c'est comme si on prenait un rayon laser et on écrit dans le ciel un beau projet, et après... on attend qu'il pousse sur la terre."* Soit elle commence par un silence et se poursuit par

"c'est intéressant...mais" ou "il existe, c'est bien... mais" ou encore "dans le groupe, c'est enrichissant... à part ça..."

Avec quelques nuances, les réactions sur ce projet sont globalement les mêmes, quelles que soient les catégories. Ces petits débuts de phrases sont les seuls éléments positifs qui se dégagent de ces premières impressions. Par ailleurs, les qualificatifs ne manquent pas. Ils renvoient tous à la même idée : trop large, trop abstrait, trop loin des préoccupations quotidiennes, le PSI est *"irréaliste"* ou *"irréalisable"*.

Les critiques concernent :

- D'une part sa formulation jugée :

↳ trop vague, *" la lecture du PSI n'était pas aidante pour le groupe, l'écriture n'était pas claire, tout était mis dedans, c'est flou comme pas deux ce truc là, on voyait pas quoi faire, on s'est **réellement** posé la question : qu'est ce qu'ils veulent ?"*

↳ trop intellectuelle, *"les phrases alambiquées, on n'y comprend rien... et ça donne pas envie!"*

↳ trop philosophique, *"il est un peu trop philosophique, c'est impossible à mettre en place, surtout quand on voit comment les ressources humaines sont gérées ici!"*

- Et ses attentes estimées :

↳ trop théoriques, globales : *"les axes, comme ils sont formulés, c'est la mission de l'hôpital, y a pas de fin, alors je sais pas ce que j'ai à faire!"*

↳ trop artificielles : *"le déphasage est **complet** avec ce qui se fait"*

↳ trop idéales, trop merveilleuses : *"il y a un tel delta entre ce qui est et ce qui est envisagé, qu'il ne se passe rien" "y'a **mille lieues** entre ce qui est écrit et la réalité **qui s'impose.**"*

Trois personnes expriment d'emblée leur déception *"j'étais très déçu, il me manquait quelque chose"* ou leur méfiance *"vous savez, c'est comme d'habitude, c'est comme pour l'accréditation, tous ces projets... on nous bluffe."*

Si deux personnes expriment leur satisfaction d'avoir pu proposer en CSSI un thème de travail retenu dans le PSI, une autre estime *" j'ai dû me bagarrer pour faire reconnaître mon projet... j'ai pris un chemin de traverse et finalement, il a été **raccroché** au PSI."*

Même s'il partage ces critiques, le représentant des usagers pense le PSI en avance par rapport aux autres composantes du projet d'établissement, il *"trouve son niveau de réflexion supérieur,"* constatant que les autres projets sont davantage écrits en termes d'équipement, ou d'architecture des bâtiments.

À la lecture de ces réactions, on remarque immédiatement que les acteurs interrogés font beaucoup de liens, le PSI n'est jamais considéré comme un simple document.

Tout d'abord, il est toujours ramené au "faire" : soit en interrogation ou en attente *"qu'est ce qu'on va en faire ?"* - *"qu'est ce qu'on peut en faire ?"*, soit en affirmation *"on ne peut rien en faire"* ou *"on ne va rien en faire."* Ce qui renvoie certes à la culture soignante, mais aussi à la définition même du projet et à sa caractéristique d'opérativité décrite par J.P. BOUTINET.

D'autre part, il n'est pas isolé. La moitié des personnes, en faisant référence d'emblée à l'hôpital, au projet d'établissement, à l'accréditation ou à la gestion des ressources humaines, montre bien la prise de conscience d'une "imbrication" du PSI dans quelque chose de plus vaste.

Enfin la référence au quotidien est permanente dans tous les entretiens, surtout pour mettre en évidence l'importance du décalage qui existe entre la vision décrite dans le PSI et la réalité. Ils en soulignent également les conséquences, les expressions *"on n'a pas envie"* - *"alors il ne se passe rien"* corroborant la déclaration d'E. ENRIQUEZ *"les hommes sont prêts à se dévouer à une cause lorsqu'ils l'estiment noble et atteignable."*³⁶

Nous allons maintenant envisager l'aspect "mise en œuvre" de ce projet.

c) *Ce qu'ils savent et pensent de sa réalisation*

Là encore, et pour tout le monde, les connaissances de la réalisation globale du PSI sont vagues et leur énoncé plutôt négatif : *"à ma connaissance, il n'y a pas grand chose de fait"*, *"j'ai la perception qu'il n'est jamais allé au bout de sa définition."*

Les participants à un groupe ne savent pas tous qu'il en existe d'autres et dans tous les cas, ne savent pas ce qui s'y fait. Pour les autres, en dehors des membres de la CSSI qui se rappellent la création de groupes, c'est le flou le plus total : *"je sais qu'il y avait des groupes... mais où ils en sont..."* - *"concrètement ? actuellement ? je sais !"*

Seul, le directeur des soins cite les groupes existant et connaît, mais de façon imprécise, le travail réalisé. Elle dit du PSI : *"en fait, je ne suis pas vraiment rentrée dedans. Comme il est presque au bout, je ferai un bilan global et j'en écrirai un autre."*

³⁶ ENRIQUEZ E., Pouvoir et désir dans l'entreprise, Sciences humaines, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, p 33

Au niveau particulier des groupes, le ton change. Chaque participant raconte avec passion et beaucoup de détails toutes les étapes du travail réalisé. Trois personnes n'ont même accepté l'entretien que pour cela : *"pour une fois que quelqu'un s'intéresse à ce que je fais !"* Ils disent tous avoir choisi cette participation et s'y être investis. Leur bilan personnel est positif : *"c'est très enrichissant...c'est génial de pouvoir prendre des initiatives, d'être responsable"* - *"faut être tenace, faut en vouloir, mais je suis content d'avoir pu démarrer quelque chose"* - *"les résultats du groupe sont modestes, mais c'est au moins ça."*

Situer leur travail dans le projet global reste, par contre, difficile *"quand le groupe a terminé, la synthèse a été envoyée à la DSSI, il y avait des questions... on n'a toujours pas de réponses de la direction..., il n'en est pas sorti de grandes décisions de tout ça",* voire impossible *"malgré que mon travail a été raccroché au PSI, ça reste **mon** projet, je n'ai **pas** le sentiment de participer à la mise en œuvre du PSI."*

D'une manière générale, ce qu'ils pensent de la réalisation du PSI, c'est *"qu'il n'a pas de vie",* ou, comme le dit le représentant des usagers, *"le moins qu'on puisse dire, c'est que la mayonnaise ne prend pas!"*

Ces réactions s'expriment en termes de sentiments, différents selon le niveau de participation.

- A un faible niveau de participation, deux extrêmes :

Le regret : *"le PSI ne joue pas son rôle, c'est dommage"* - *"je ne me sens pas assez impliquée dans ce projet, j'aurai aimé qu'on me dise **au moins** ce qui existe."*

Ou la désillusion : *"ici, tout est dans le discours... quant aux actes, on peut toujours attendre... "*

- Pour les personnes impliquée dans des groupes :

Certaines sont découragées : *"alors le groupe s'est dit « encore un truc qu'on a bossé pour rien »...c'est comme ça qu'on use les personnes vous savez !" - "j'ai plus envie de réclamer... à la longue, je me sens fatiguée et usée de toujours attendre."*

D'autres se sentent frustrées : *"pour le groupe, c'est un peu de l'inachevé... quand même, notre réflexion peut servir de base de travail..." - "on a bien travaillé, mais pour l'instant, y'a pas de suite... alors **ça** c'est du **travail inutile**."*

Ce qui frappe, lors de l'écoute de l'ensemble des entretiens, c'est la constance du changement de rythme et de ton à chaque fois que l'on aborde leur participation au groupe de travail. Leur motivation paraît évidente et fait appel à la définition d'A. MONTESINOS qui fonde la manière d'être dans l'action sur l'intérêt qu'on lui porte.

Dans le même ordre d'idée, la satisfaction de la rencontre avec les autres, la fierté éprouvée à avoir accompli le travail malgré les difficultés, qu'ils racontent, correspondent à des facteurs de motivation intrinsèque décrits par F. HERZBERG.

Et l'on voit bien que, pour certains, cette motivation ne résiste pas à l'absence de certains facteurs extrinsèques tels que l'attente de réponses non suivie d'effets, l'absence de communication des résultats de leur action.

De même, leur besoin de reconnaissance de soi dans le travail n'est pas complètement satisfait. En effet, en participant à un groupe de travail issu du PSI, et faisant référence à R. SAINSAULIEU, ils se sont inscrits dans *"une œuvre collective"* dans laquelle l'institution, pour l'instant, ne reconnaît pas le résultat de leur action.

Pour quelques uns d'entre eux, la possibilité d'être acteurs qui les a séduits, fait place à la recherche de la pertinence du travail accompli.

Dans tous les entretiens, on retrouve un problème d'information, soit en terme de manque, soit en terme d'insuffisance ou encore d'imprécision.

Dans le paragraphe suivant, nous allons développer l'analyse de la situation par les différents acteurs.

d) *Quelle est leur analyse*

Nous venons de le voir, le bilan global fait sur le PSI est plutôt négatif. L'expression à ce sujet peut être modérée *"il existe un projet d'établissement, un projet de soins, il y a bien des grandes lignes, des grandes idées, mais quant à mener **réellement** des projets communs, on a **beaucoup** de difficultés !"* ou complètement radicale, trois personnes n'hésitant pas à dire *"il ne sert à rien."*

Au fur et à mesure de l'entretien, placées devant leur responsabilité de professionnels, les personnes interviewées ont cherché à déterminer les causes de ce qu'ils considèrent comme un état de fait. Leurs réponses peuvent être regroupées en quatre facteurs déterminants.

- Le projet n'a pas de sens ou pas celui qu'il faut

En disant *"il faut arrêter avec ces projets d'établissement qui sont la somme des désirs des présidents du CA, de CME, du directeur général, du directeur des ressources humaines, du directeur des soins..."*, l'un des membres de la catégorie direction résume la vision de ce projet par l'ensemble de la catégorie.

Les autres catégories ont des impressions similaires exprimées sous une autre forme : *"j'ai la sensation qu'on nous demande... mais qu'on n'en tient pas compte"* - *"l'écrit, c'est le discours officiel"* - *"les gens ont l'impression que la finalité des projets, c'est de remplir*

des classeurs, ils ne s'y reconnaissent pas" – "quand j'ai dit en CSSI que ça allait pas, ça a été mal perçu."

Une autre impression est dominante : le projet n'existe que pour répondre à une obligation *"j'ai le sentiment qu'il faut écrire des projets" - "on a écrit ce projet parce que c'est obligatoire."*

Il **faut** aussi qu'il ait *"de l'allure" - "du blabla pour faire beau" - "on reste dans le slogan sur papier glacé" - "on n'écrit pas forcément les choses comme on les vit, on peut pas écrire ça, on les enjolive et ça veut plus rien dire."* C'est l'utilisation des mots qui ne lui permet plus de rester dans le concret et finalement ça lui donne malgré tout *"un style et une écriture démodés, pas attrayants."* D'autre part, ça aboutit à des exigences inconsidérées, *"surréalistes, totalement irréalisables sur le terrain."*

On écrit le PSI pour se faire plaisir. L'encadrement explique avoir de moins en moins de temps à consacrer à la réflexion dans le quotidien, alors *"quand on se met en réunion, on se sort de la réalité et on discute à un haut niveau pour se ressourcer. Il y a un vrai désir de se sortir du contexte pour ne pas rester englué. À plusieurs, on se stimule dans un esprit philosophique pour monter toujours plus haut, du coup... ça perd en réalisme."*

Et tout le monde est d'accord, c'est le réalisme qui manque et le côté pratique également. La philosophie, *"les envolées lyriques, ça sert à rien qu'à se faire plaisir !"* Ça ne facilite pas pour autant l'adhésion, parce que *"on ne peut pas ne pas être d'accord, puisque c'est une base communément admise"*, mais on ne peut rien en faire quand même *"c'est bien trop général."*

- La réalité de l'intention est mise en doute

Ce point est revenu dans neuf entretiens.

Les personnes qui ont participé à un groupe de travail ainsi que la catégorie direction se sont posé la question soit de façon globale : *"quelle est la volonté politique de l'établissement ?" - "la question est de savoir si on écrit un PSI pour le malade ou pour que ça fasse bien dans l'institution ?"* soit plus ciblée sur le travail réalisé : *"on aurait aimé avoir une ligne pour savoir, au bout, quelle va être la finalité et ce qu'on va faire de notre synthèse."*

Les autres sont plus catégoriques : *"on écrit des objectifs qu'on sait qu'on ne tiendra pas"* ou encore *"on écrit des objectifs, mais on n'y croit pas" - "c'est comme les protocoles, l'essentiel est que ce soit écrit et l'objectif n'est que parapluie pour se couvrir."*

Il y a tellement de projets en cours qu'ils estiment impossible qu'on ait pu seulement imaginer tous les réaliser *"il y a une bonne intention au départ mais quand on se rend compte qu'on ne peut pas aller jusqu'au bout... on arrête tout, et c'est tout."*

- L'absence de suivi

Le suivi est mis en cause par toutes les catégories. L'équipe de direction qualifie son absence de facteur aggravant.

Les deux dernières catégories manifestent davantage leur surprise devant ces manques, qui ont pour la plupart alimenté le doute sur l'intentionnalité. D'après eux, le PSI ne vit pas en raison :

↳ de la faiblesse de l'information. Elle est jugée limitée dès le départ, les cadres ont reçu le document sans commentaires. D'autre part, *"le PSI n'est pas assez remis en avant à chaque réunion cadre" - "dans les différentes réunions, on n'y rattache pas les actions pour que les gens trouvent les liens."* Enfin, seuls ceux qui faisaient partie de la CSSI avaient, au départ quelques informations, pour les autres *"aucune diffusion, on sait rien de ce qui se passe."*

↳ du manque de pilotage des groupes de travail livrés à eux mêmes : *"personne ne me demande où ça en est, je n'envoie pas de compte rendu à la direction des soins, personne ne m'en demande non plus!" - "j'ai envoyé ma synthèse, je n'ai pas eu de réponse, je ne sais même pas si le document est bien arrivé, si on l'a lu... c'est dur"*

↳ de l'absence d'évaluation : *" pour l'instant, rien de fait en termes de bilan" - "on ne demande jamais aux cadres ce qu'ils en ont fait"* ils estiment alors qu'avec le manque de temps et d'information, c'est la raison de leur désintérêt pour le PSI.

↳ de l'absence d'évolutivité du projet : le document est jugé "trop rigide" - "trop figé" - "pas évolutif."

Tous s'accordent à dire que le contexte de changements successifs de directeurs des soins n'a pas facilité la possibilité de suivi.

- Un management général de l'établissement décalé

Toutes les catégories sont d'accord sur un point : trop de projets tue le projet. Selon la catégorie, l'angle d'approche est différent. Côté direction, on parle de *"foisonnement des projets dont personne ne sait s'ils peuvent être financés."* Côté encadrement, ils se sont vus *"submergés de choses à faire en même temps : PSI, accréditation, 35h, mise en pôles... les cadres ne se sont pas donné la liberté de choisir les thèmes à travailler."* Et pour les personnels infirmiers *"trop de changements, les gens sont focalisés dessus et perdent de vue la personne soignée."*

Par contre, les conséquences énoncées sont partagées :

↳ un défaut de méthodologie : *"c'est révélateur de l'établissement : tout commencer et rien finir !" - "ici, on prépare rien, on fait. Et après... quand on voit que ça va pas... on abandonne, c'est simple."*

↳ une absence de résultats tangibles *"jusqu'à présent, j'ai vu peu de mise en pratique des recommandations formulées par les groupes de travail auxquels j'ai participé."*

↳ ou une avalanche de procédures *"crouler sous les papiers, les gens ça les dégoûte, finalement on voit passer les choses sans les regarder!" - "les groupes de travail, ils développent toujours des tas de recommandations. Mais en réalité, **sur le terrain**, on essaie seulement de faire au mieux avec ce qu'il y a." – "y a **vraiment** des ajustements à trouver entre des règles qui sont des supports **aidant**, dont on peut se **servir** et être au **service** des règles."*

↳ une absence de coordination entre les différents projets *"les grosses exigences impossibles à réaliser font du tort, on peut pas se battre d'un côté pour améliorer et avoir les moyens contraires d'un autre."*

↳ l'apparition de frustrations *"les projets, ça suscite de l'envie... qui va pas au bout. donc ça provoque des mécontentements!" - "mobiliser les gens sur des grandes choses et s'arrêter en plan, c'est **profondément** démobilisateur, voire **destructeur**" - "les gens...y sont déçus...et y pensent qu'on se moque d'eux!"*

Un certain nombre de raisons sont évoquées pour expliquer cet état de fait.

↳ les membres de la catégorie direction évoquent la mauvaise intégration du PSI dans le projet d'établissement : *"il y a un **vrai** problème de clivage entre le PSI et le projet médical" – "j'ai la vision d'un PSI qui n'arrive pas au bout parce qu'on ne lui donne pas les moyens de le faire" - "les relations entre les différents membres de l'équipe directoriale n'intègrent pas le PSI."*

Ils évoquent aussi le rôle du directeur général et l'importance de prises de décision rapides : *"la mise en musique du plan directeur au niveau des soins infirmiers n'a d'intérêt que si elle est jouée ...pour ça il faut un chef d'orchestre !" – "il est important que les décisions soient prises pour avoir une réactivité **rapide**, et s'ancrer dans la réalité **quotidienne**."*

Quatre personnes de la catégorie encadrement relatent leur ressenti dans ce domaine : *" y a des difficultés de communication entre les différentes directions... avec des enjeux de pouvoir" – "on sent bien la rivalité entre certaines directions, ça facilite rien... "*

↳ encadrement et personnels infirmiers dénoncent une communication inadéquate avec la direction : *"y'a trop de cloisonnement dans l'équipe de direction... ils sont trop loin du terrain... ils ne savent pas ce qui se passe... de toutes façons, ils n'écoutent pas !" – "quand on a les infos sans explications, ça permet d'échafauder tous les scénarios... "*

Ils dénoncent également une organisation trop rigide qui ne favorise pas la créativité et l'implication des personnels : *"on a un système très lourd, statique, qui ne favorise pas la motivation. On n'a rien de plus à proposer à quelqu'un qui bosse qu'à celui qu'on traîne comme un boulet !" – "je ne sens pas qu'on utilise ou qu'on a envie d'utiliser mon énergie, mon enthousiasme pour faire avancer les choses."*

Ainsi, on retrouve dans cette analyse des acteurs, une grande partie des ingrédients qui font, nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, le succès ou l'échec d'un projet.

L'encadrement et le personnel infirmier qualifient la rigidité du projet lui-même et de l'organisation qui l'entoure, de frein à la motivation et au changement. N. ALTER³⁷ souligne cet aspect conflictuel de la rencontre entre innovation et organisation et il écrit *"en France, la modernisation du secteur public repose par exemple sur deux principes : tout d'abord l'identification d'une ouverture nécessaire à la concurrence ; ensuite, la redéfinition de règles organisationnelles permettant de dépasser les rigidités bureaucratiques et les routines"*

Il nous paraît indispensable ensuite de repérer dans le propos des acteurs s'ils ont des attentes vis à vis de ce projet et lesquelles.

e) *Quelles sont leurs attentes*

De la même façon que pour les projets professionnels, le débat s'anime quand on parle des attentes. Et il y en a beaucoup, que nous avons regroupées en cinq thématiques qui rejoignent celles de l'analyse précédente. Elles sont formulées le plus souvent en termes de souhait ou d'envie mais parfois en termes d'injonction.

- Un projet utile avec un but précis et clair

En dehors d'une personne qui, en l'état, ne voit pas à quoi il sert, l'utilité d'un projet de soins n'est pas remise en cause, au contraire : il est important au niveau de l'établissement d'avoir une référence à quelque chose de plus global, d'identifier et de définir les grandes orientations que l'on veut donner au soin, d'avoir quelque chose d'écrit pour pouvoir s'y référer quand on en a besoin... *"pour aller tous dans le même sens" - "il sert à unifier" – "il faut un point commun pour s'ancrer à quelque chose, on ne peut pas travailler en électron libre" – "je le vois comme un code de bonne conduite, on devrait l'avoir tout le temps sur son bureau pour y confronter ses actions et se poser des questions."*

³⁷ ALTER N., Organisation et innovation, une rencontre conflictuelle, Sciences humaines, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, p 57

Sa finalité étant d'améliorer la qualité des soins, il va donc décrire l'ambition de l'établissement en matière de soins aux personnes. Tous mettent en avant un préalable indispensable : qu'est ce qu'on veut **vraiment** au niveau de l'établissement. *"on veut savoir quelle est la finalité de ce qu'on prétend instaurer" – "pour qu'il y ait une dynamique, on doit savoir dans quelle optique on travaille pour arriver à quels résultats."* Quatre personnes, dont le directeur des soins, le définissent comme un projet qualité. D'autre part, il est dit que *"le PSI doit avoir une vision plus large et plus lointaine avec une anticipation prévoyant les évolutions"*

Tout le monde est d'accord sur la nécessité d'élaborer des priorités et de faire des choix dans le cadre du projet d'établissement qui permettent d'aller jusqu'au bout des projets. Par rapport à l'ambition, les avis sont partagés. Pour certains, *"il faut de l'ambition mais procéder par paliers" – "c'est bien d'être ambitieux, mais il faut rester dans la proximité."* Pour d'autres, pourquoi ne pas dégager *"peut être même une seule priorité pour laquelle on serait ambitieux et où on irait jusqu'au bout."* Dans tous les cas, ce doit être *"une déclinaison du possible pour qu'il soit mobilisateur."*

- Une écriture lisible par tous et concrète

La lisibilité est envisagée sous plusieurs angles, qui peuvent paraître contradictoires mais sont complémentaires :

↳ le contenu *"la philosophie est indispensable pour donner du sens mais doit rester abordable pour chacun" – "le PSI doit rester suffisamment général et transversal pour que tout le monde s'y retrouve."*

↳ le style *"pour que les choses soient claires, il faut une formulation plus précise" – "c'était trop difficile de trouver le chemin, j'ai besoin d'avoir des choses décrites, plus détaillées..."*

↳ le vocabulaire *"utiliser des mots simples, il faut que ce soit plus clair pour qu'on puisse se l'approprier."*

↳ la méthode *" il faut soigner la rédaction, les rédacteurs doivent avoir un **vrai** lien avec les équipes, une écoute **attentive** avec des exigences mais aussi une **réelle** prise en compte de ce qu'ils disent."*

Le côté "pratique" du PSI est, lui aussi, considéré sous deux aspects :

↳ la description précise de la finalité en termes d'actions au bénéfice du patient : *" le PSI doit être au plus près des préoccupations des gens pour que ça ait du sens pour eux, un intérêt... il doit être pratique et aboutir à des mises en œuvres concrètes."*

↳ la méthodologie à suivre avec une insistance sur la phase d'évaluation : ces finalités *"doivent pouvoir se décliner en objectifs avec des mesures" – " il est important de se donner des buts précis avec des échéances" – " il faut des bilans annuels pour que je puisse dire ce que j'en ai fait."*

- Un suivi précis, planifié, réalisé

Trois aspects sont développés à ce niveau :

↳ l'information à toutes les étapes du projet. Au départ, *"il faut bien travailler à la connaissance du projet d'établissement avec les cadres pour qu'ils puissent à leur tour le travailler avec leurs équipes" – "j'aurais aimé qu'il me soit **présenté** à l'arrivée, et après... avoir un accès facile, qu'il soit à disposition."*

En cours de réalisation, ils attendent une communication efficace : *"je bosse le projet comme on me l'a demandé... je renvoie... je voudrais une réponse aussi, j'estime que c'est normal ! "*

Ils attendent aussi une information sur les résultats obtenus lors des bilans ainsi qu'une explicitation de ces résultats pour suivre l'évolution du PSI : *"ça permet que les gens voient ce pour quoi ils travaillent, où ils en sont, les efforts qui ont été faits, les avancées..." – "les bilans réguliers doivent être transmis à tout le monde, pas rien qu'à la CSSI."*

↳ la guidance *"maintenant, je voudrais mettre des choses en place derrière l'enquête, faire des propositions d'action...mais je sais pas comment faire, qui peut m'aider ? "*

↳ l'évaluation : ils en attendent une définition et une explicitation des résultats attendus, dès le départ, pour être évaluables facilement *"pour m'inscrire à un groupe, j'ai besoin de savoir ce qui va se faire après... avec le travail de ce groupe, quelles actions ? quels résultats ?"*

Ils attendent également des bilans réguliers *"pour savoir où on en est."*

- Un management cohérent avec les exigences des projets

Avant de parler du rôle du directeur des soins dans la gestion du PSI, l'ensemble des personnes interrogées à d'abord situé une attente forte d'une direction générale :

↳ qui se positionne clairement : dans la définition des priorités, dans la détermination des moyens accordés, dans les arbitrages à mener en regard des orientations choisies et qui prend les décisions en temps voulu *"on écrit des choses réalistes et on s'y tient. On met les moyens sur les priorités décidées et on ne va pas tous azimuts... sinon rien ne se fait" "on fait beaucoup de dégâts à ne vouloir déplaire à personne ! " – "le projet doit être raisonnable et être assorti des décisions élémentaires nécessaires prises par la direction pour provoquer une confiance raisonnée"*

↳ qui soit raisonnable dans ses exigences : *"une priorité par an, ça suffit si on veut être efficace."*

↳ qui montre de la cohérence entre ce qu'elle dit et ce qu'elle fait : *"on a besoin d'une direction qui montre le chemin non pas **théoriquement**, avec des beaux papiers bien écrits, mais **dans les faits**, qui montrent qu'on est en accord" – "les responsables doivent créer un contexte dans lequel on considère qu'ils ne dissimulent pas, qu'ils ont une approche conforme à ce qu'ils disent" – "ce n'est pas le discours qui rend la réalité supportable, mais la cohérence des pratiques qui rend le discours crédible"*

↳ qui reconnaît et valorise le travail accompli : *"c'est important de se sentir soutenu. Au bout d'un moment... on a besoin d'un minimum de reconnaissance, de confiance" – "c'est important de dire **aussi** quand c'est bien!"*

↳ qui a de la considération pour les personnes, considérée comme un préalable intimement lié à la mise en pratique : *"si on veut quelque chose, il faut d'abord le faire à l'équipe. On peut pas demander aux gens de faire... si on les traite de façon épouvantable" – "donner de bonnes conditions, avoir une constance dans la manière d'épauler."*

Le rôle du directeur des soins est carrément formulé en termes d'espérances. Elle dit elle-même que *"si le PSI n'est pas porté par le directeur des soins, il ne vit pas."*

On attend d'elle *"de l'enthousiasme et une foi communicatifs" – "une capacité à mesurer les enjeux, à mobiliser les cadres, à ne pas désespérer les équipes" – "à rétablir la confiance et c'est un gros travail... parce qu'il y a beaucoup de méfiance maintenant."*

On lui demande d'être garante de la cohérence du PSI avec le projet médical, de la faisabilité des projets avant de faire travailler les groupes, du respect des engagements pris *"un projet, c'est un engagement, il faut pas rien que dire, il faut faire et tenir."*

C'est aussi à elle qu'on réclame une meilleure gestion de l'information au niveau du service infirmier.

Au niveau des unités, c'est par contre aux cadres de santé qu'est dévolu le rôle de vecteur d'informations : pour les recueillir et les transmettre, pour les commenter, les expliquer.

C'est également au cadre qu'il est demandé de cibler rapidement les compétences chez les soignants pour *"les aider à prendre conscience de ce qu'ils sont capables de faire" et "leur faire mobiliser ce qu'il savent faire de mieux."*

- Un accès à la concertation et un espace d'autonomie

Encadrement et personnels infirmiers attendent qu'on les écoute, pour que les projets émanent de plus en plus de la base. Ils pensent qu'en permettant aux gens de s'exprimer

à tous les niveaux pour augmenter l'efficacité et en développant une communication interne et externe appropriée, on pourra mobiliser un maximum de compétences nécessaires dans ce type de projet : *"un recueil d'infos auprès des personnes concernées de chaque métier, définir ensemble des priorités... donc changer la façon de travailler ensemble."* - *"si le projet de soins est une synthèse du terrain, plus proche des préoccupations quotidiennes, y'aura davantage remise en question des pratiques"*

Les participants à un groupe de travail font remarquer qu'ils ont constaté à cette occasion que *"beaucoup de personnes ont plein idées et plein de possibilités, ça pourrait aider à définir des orientations."*

Pour cela, ils réclament *"un peu plus de souplesse ou moins de rigidité dans la mise en application des normes."* Ils demandent qu'on leur fasse confiance et qu'on leur laisse une part d'autonomie dans les mises en oeuvre. Ils sont conscients *"des exigences que ça a en termes de responsabilité de leur part"* et sont prêts à rendre des comptes à intervalles réguliers. Cet espace de discussion est même considéré comme une possibilité de valorisation : *"je préfère expliquer mes actions, j'ai l'impression d'être reconnue, plutôt que d'être obligée de me défendre parce que je n'ai pas appliqué stricto sensu une norme qui ne peut pas s'appliquer à mon service."*

On remarque dans la longue liste de ces attentes à quel point les individus sont déstabilisés par une longue liste de projets mal gérés. Malgré tout, elle témoigne aussi du potentiel de ressources disponibles.

Si les personnes demandent de l'autonomie, elles demandent également à l'encadrement de jouer son rôle à tous les niveaux.

H. MINTZBERG³⁸ range "(...) les activités du cadre en trois catégories. Les dix rôles sont donc répartis en trois rôles interpersonnels (symbole, agent de liaison, leader), trois rôles liés à l'information (observateur actif, diffuseur, porte-parole), et quatre rôles décisionnels (entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur)." Si l'on se réfère à cette classification, on s'aperçoit qu'ils attendent surtout la mobilisation du rôle de leader, des trois rôles liés à l'information et des rôles de régulateur et de répartiteur de ressources.

Dans ce paragraphe, les besoins de considération et de reconnaissance sont particulièrement mis en évidence.

³⁸ MINTZBERG H., Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre, Paris, Les éditions d'organisation, 1984, p 67

Nous allons maintenant confronter les résultats de cette enquête au cadre théorique afin de vérifier notre hypothèse de travail.

2.3.2 Vérification de l'hypothèse

Nous avons formulé l'hypothèse suivante : le projet de soins ne peut devenir opérationnel que s'il a été pensé comme tel, en cohérence avec une politique institutionnelle claire. Pour vérifier sa validité, nous allons établir trois types de relations.

A) Entre rédaction et mise en œuvre

Si l'on regarde ce PSI à travers les trois caractéristiques majeures écrites par J.P. BOUTINET, on peut faire les constats suivants

↳ écrit en termes d'amélioration et de développement, il envisage bien *"un ailleurs souhaitable à réaliser"*³⁹,

↳ il n'est pas anonyme, les acteurs responsables de son élaboration sont nominalement désignés, de même que le groupe CSSI responsable du suivi,

↳ ce PSI démarre avec une méthodologie extrêmement calée sur un calendrier respecté à la lettre et qui prévoit le début de sa mise en œuvre en 2000, avant le départ en retraite de l'IG responsable de son élaboration. Cette mise en œuvre est annoncée dans le document qui est présenté comme résolutif opérationnel. Elle prévoit la création de groupes de travail mais comporte peu d'indications sur le travail effectif des groupes dans la mesure où leur suivi est complètement cadré par des membres de la CSSI et du bureau rédactionnel. Les délais existent, ils sont seulement indicatifs.

C'est sans doute à ce niveau de l'explicitation de l'opérativité que se pose le problème, car tout est décalé en raison du retard pris par le projet médical. Au moment où les groupes sont créés, deux ans plus tard, si la CSSI est toujours la même, bien que n'ayant que peu travaillé sur le sujet, ce n'est pas le cas du bureau infirmier. Les groupes sont effectivement créés, mais sans le soutien prévu, la CSSI ne se réunit plus et le dernier directeur des soins à avoir participé à son élaboration s'en va. Leur existence est quasi inconnue du reste de l'établissement, leur composition définitive devant figurer au compte-rendu de la CSSI du mois d'octobre annulée.

D'autre part, sans autre forme de communication que celui de l'envoi du document aux cadres et sans accompagnement, l'écrit reste figé dans ses significations qu'aucun oral ne vient compléter.

³⁹ BOUTINET J.P., Psychologie des conduites de projet, Paris, Editions PUF, 1993, p 35

Enfin, ce projet de soins 2001-2005 ne fait que "s'inscrire" dans le projet d'établissement correspondant à une autre période 2000-2004, et validé un an auparavant. Il y a eu une participation dans des groupes qui lui permet de "s'articuler" avec le projet médical mais quid des autres composantes ? Le directeur général a validé la méthodologie de la partie continuité avec le précédent PSI, le directeur général adjoint en a fait autant pour la partie projet médical et c'est tout. Les autres directions n'en ont pris connaissance que lors de sa validation au cours des instances, ou peut être en réunion de comité de direction, mais il n'y en a pas de trace.

Nous avons également peu d'éléments sur l'articulation concrète avec le projet médical, toutefois, la réponse du président de CME par l'intermédiaire de son secrétariat peut laisser penser qu'elle n'est pas très riche.

B) Entre mise en œuvre et résultats

Nous l'avons vu, les résultats sont décevants et liés complètement à cette méthodologie de mise en œuvre qui n'en est d'ailleurs plus vraiment une. Les groupes sont livrés à eux mêmes, sans soutien, sans explications, sans réponses à leurs questions.

Dans ce contexte, avoir quand même des résultats, est presque surprenant. C'est sans doute parce qu'ils sont liés à la motivation des participants des groupes, elle même liée au fait qu'il ne s'agisse plus vraiment de la réalisation du PSI, mais de la concrétisation d'envies plus personnelles.

On peut rattacher ce constat au propos de M. CROZIER⁴⁰ *"on ne répétera jamais assez cette constatation fondamentale : il n'y a pas de systèmes sociaux entièrement réglés ou contrôlés. Les acteurs individuels ou collectifs qui les composent ne peuvent jamais être réduits à des fonctions abstraites et désincarnées. Ce sont des acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose le "système", disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres."* On a tendance à le vérifier plus souvent dans le cadre de résistances, mais c'est aussi valable dans un sens positif quand les personnes y trouvent un intérêt. C'est ce qui se passe dans le cas présent. Sur les cinq personnes participant à un de ces groupes, deux en ont proposé le thème, deux se sont investies dans des thèmes correspondant à un besoin professionnel et un a déclaré avoir du se bagarrer pour imposer son sujet. Non stimulés, les quatre autres groupes n'ont pas ou à peine commencé la réflexion.

Ce projet de soins est victime de l'illusion d'usage et d'efficacité décrite par M. GROSJEAN, il ne suffit pas d'écrire que le projet veut être opérationnel pour qu'il le soit.

⁴⁰ CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Paris, Editions du seuil, 1977, p 25

C) Entre méthodes utilisées et attentes des acteurs

Dans les attentes fortes exprimées par les acteurs figure le besoin de concertation. Avec l'exploitation du questionnaire envoyé, 74% de 2559 correspondant à près de 2000 personnes dont la réponse a été prise en compte, on peut raisonnablement parler de concertation, pourtant complètement niée. À vrai dire, plus personne ne se rappelait vraiment cet épisode de la méthode pourtant largement décrite dans le document.

Pourquoi ? D'une part, sans doute parce que les gens n'ont pas été interrogés sur ce qu'ils ont fait, mais sur une éventuelle atteinte ou non de l'objectif concerné, donnée plutôt subjective. D'autre part, les données ayant été très synthétisées pour tenir dans un tableau synoptique, leur retranscription utilise des termes qui peuvent ne plus avoir le sens que les individus lui ont donné.

Non accompagnée, non commentée, non "vérifiée", cette enquête rate alors le but qu'elle s'était fixé, celui d'être un outil de concertation.

Par ailleurs, les attentes concernent la clarté, la lisibilité, la précision du document, pourtant celui-ci a été relu et validé par la CSSI. Pourquoi ses membres n'ont-ils pas rectifié à ce moment là ? Ses représentants soulignent à plusieurs reprises avoir tenté la discussion mais ne pas y être arrivés. De même pour le travail dans les groupes, les participants ont soulevé plusieurs fois l'obligation de se débrouiller avec les difficultés d'interprétation rencontrées, leurs demandes répétées étant restées sans réponse.

On le voit bien, ces attentes renvoient au défaut de communication présent dans toutes les étapes de la conduite de ce projet : information limitée au document écrit, écoute apparemment insuffisante, absence d'explicitations. Or la communication est l'élément indispensable cité dans toutes les approches conceptuelles que nous avons envisagées, que ce soit dans le concept de projet, dans celui du changement, de la motivation ou du sens de l'écrit.

S'il n'y a pas eu de bilan officiel du projet, les acteurs en font tout de même une évaluation. Ils utilisent de façon inconsciente les indicateurs de J.P. BOUTINET, et les constats réalisés en termes d'efficacité, d'efficience, de cohérence et de pertinence les amènent naturellement à interroger le management général, bien au delà de ce projet.

En signalant les décalages, ils soulignent de fait, son inscription indispensable dans la politique générale de l'établissement.

Ainsi, l'expérience de ce PSI nous permet de confirmer notre hypothèse, même si, nous l'avons déjà dit, les limites de la méthodologie appliquée à un seul établissement ne permettent pas de faire une généralisation.

L'objectif de ce travail était de comprendre les raisons qui font qu'un projet de soins écrit et validé est, ou n'est pas, mis en œuvre. Malgré son contexte particulier, inconnu avant de démarrer l'enquête, l'analyse de ce PSI donne un certain nombre d'éclairages intéressants.

Ces éclairages nous permettent d'envisager, dans le chapitre suivant, notre propre rôle, demain, dans la conduite de ce projet dont nous serons responsable.

3 PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

Il ne s'agit pas là d'élaborer un projet de soins, ni de décrire en détail toutes les étapes de la méthodologie de conduite de ce projet. Ce serait fastidieux et inutile, puisque, nous l'avons vu, tout ceci est interdépendant du contexte et de l'environnement. Il s'agit plutôt de développer quelques préconisations en termes de méthodologie ou de management, que nous imaginons, à la suite de l'ensemble de cette réflexion, comme des facteurs déterminants de réussite pour le projet de soins.

3.1 Un ancrage dans la politique de l'établissement

L'objectif de la mise en place du projet d'établissement était de renforcer la cohésion de programmes autour de la satisfaction de la demande des usagers en soins. Force est de constater que son découpage en composantes n'a, jusqu'à présent, pas vraiment permis de dépasser le cloisonnement corporatiste, bien mis en évidence dans le travail de recherche mené par N. ROYER-COHEN.⁴¹

Certes, la composante majeure est le projet médical qui permet de déterminer les grandes orientations et donc les axes stratégiques du projet d'établissement. Le projet de soins viendrait alors juste après, et avant ou en même temps que le projet social ? Toutes ces considérations linéaires de temps permettent elles l'articulation souhaitée ?

Pour l'instant, la réponse est plutôt négative. Le projet d'établissement est davantage l'addition de ses composantes qui vivent chacune leur propre vie, l'articulation se résumant parfois à se citer les unes les autres.

⁴¹ ROYER-COHEN N., L'insertion du projet de service de soins infirmiers dans le projet d'établissement : une négociation à mener pour l'infirmière générale, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 2000

Pourtant, s'articuler veut dire *"former un ensemble organisé, cohérent."*⁴² Comment s'organiser en travaillant chacun isolément ? Les interactions sont aujourd'hui trop nombreuses entre les différents projets pour continuer de les élaborer séparément, les uns derrière les autres, ou les uns à côté des autres et ainsi perpétuer la quête de moyens sans vraiment connaître l'étendue de ceux dont l'établissement dispose.

Travailler ensemble, est-ce possible ? s'interrogeait N. ROYER-COHEN en 2000 en proposant la création d'un comité stratégique qui permettrait de poser des bases communes de réflexion. Depuis, ce comité, appelé conseil exécutif, est en train de devenir une instance bien réelle puisqu'une circulaire DHOS⁴³ propose à un groupe d'établissements volontaires d'anticiper la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière prévue dans le cadre du plan hôpital 2007.

En attendant, la démarche d'accréditation, avec la création de comité de pilotage et de groupes transversaux multidisciplinaires a montré que, même si c'est parfois difficile, il est très enrichissant de pouvoir envisager les situations avec des points de vue différents.

Pourquoi ne pas profiter de la dynamique amorcée par cette démarche qualité pour manager différemment le projet d'établissement ?

"Manager, c'est réussir à passer de l'addition de contributions individuelles imposées – l'exécution par chaque collaborateur des tâches qu'on lui a prescrites – à la multiplication d'intelligences interactives – mobilisées autour d'un objectif, d'un projet, d'une mission - . c'est passer de $10 + 10 + 10 = 30$ à $10 \times 10 \times 10 = 1000$ " dit H. SERIEYX .⁴⁴

Quelle puissance donnée au projet d'établissement en déclinant au niveau transversal tout ce qui peut l'être! Comme le système de valeurs⁴⁵, ce qui aurait pour avantage de les faire partager par le plus grand nombre. Par exemple, définir au niveau de l'établissement le concept de l'évaluation, a pour effet d'augmenter la cohérence des pratiques des différents groupes d'acteurs. Ce qui permet d'éviter un des écueils abordé par une personne interviewée : on ne peut pas demander quelque chose aux agents et leur appliquer le contraire. A partir de l'intention de prise en charge du patient, il est également

⁴² LE PETIT LAROUSSE, Dictionnaire encyclopédique, édition Larousse, Paris, 1992, 1872p

⁴³ Circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière

⁴⁴ SERIEYX H., JISSEY, BATTON P., RAYNAL J., Op cit p 47

⁴⁵ LOIZIC M.P., Le projet de soin infirmiers dans sa contribution au projet d'établissement. Évolutions, enjeux et perspectives, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 1999

intéressant de décrire les politiques transversales à mettre en œuvre dans les différents projets, ce qui permet de mutualiser les moyens.

Ce travail en commun n'enlève rien à la spécificité de chacun, bien au contraire. Il ne signifie pas objectifs communs, mais objectifs partagés, issus d'une discussion et d'une négociation. Il ne signifie pas non plus réalisation commune. Cette transversalité des prises en charge posée permet à chaque groupe d'acteurs, en identifiant clairement ses espaces de collaboration, de jouir pleinement de ses espaces d'autonomie en ayant une vision plus fine des ressources dont il dispose.

Décider de ce type de management du projet d'établissement est bien sûr du domaine de compétence du directeur de l'établissement. Toutefois, membre de l'équipe de direction, le directeur des soins dispose d'un pouvoir d'influence non négligeable lié à sa connaissance des soins et de la charge de travail induites par les activités médicales décidées. Sa capacité à ouvrir le débat aux autres acteurs dans le cadre du projet de soins et sa volonté de réussir peuvent peut-être servir d'éléments déclencheurs d'une collaboration plus étendue.

3.2 Une attention particulière à la faisabilité

Dans le mémoire de N. ROYER-COHEN,⁴⁶ un des présidents de CME interrogé déclarait avoir confondu "projet médical" avec "lettre au Père Noël". Bien entendu, ce projet a été refusé par la tutelle, et il se demandait comment il allait mobiliser les troupes pour le refaire. Cette image est parlante et reflète la qualité de bien des projets, y compris les projets de soins. Quand l'élaboration d'un tel projet sert davantage à la construction d'identité d'un groupe d'acteurs qu'à garantir la qualité des prestations, il ne joue plus son rôle promoteur pour l'établissement. Au contraire, il relève davantage de l'anti-management illustré avec humour par C. QUEYROUX.⁴⁷

Trop souvent, la phase d'analyse préalable est insuffisante. Elle est davantage ciblée sur les points forts et les points faibles de l'organisation mise en place, à partir de modèles idéaux édictés par une philosophie humaniste basée sur le "devoir" à laquelle s'ajoute l'exigence actuelle du risque zéro. Les dysfonctionnements identifiés, on part tout de suite à la recherche de solutions, sans vraiment savoir d'ailleurs si c'est nécessaire ou même

⁴⁶ ROYER-COHEN N., Op cit

⁴⁷ QUEYROUX C., Endémie à Santos Aspas ou l'anti-management hospitalier, Le Mans, Editions DH Stratégie, 1998, 161p

seulement utile. Et la plupart du temps, on a complètement négligé d'identifier quelles sont nos ressources.

Étudier la faisabilité d'un projet comporte, en fait, deux angles d'attaque et nécessite de se poser deux questions importantes :

- Est ce que je dois le faire ?

La réponse à cette question conduit à réfléchir au but du projet, aux enjeux et aux conséquences internes et externes de sa réalisation et aussi de sa non réalisation. C'est déterminer les gains et les pertes dans un cas comme dans l'autre, gains et pertes étant à envisager autant en termes de moyens à mettre en œuvre, qu'en termes de résultats attendus. Par rapport aux résultats, il ne faut pas non plus négliger l'impact que la mise en œuvre de ce projet aura sur le reste de l'organisation.

Mesurer l'intérêt de mettre en œuvre un projet, c'est augurer d'un rapport coût-avantage le moins approximatif possible, qui permet de prendre la décision de lancer ou pas ce projet.

Pour cela, le directeur des soins doit développer, comme les autres directions, la capacité à mesurer les coûts de ses entreprises.

- Est ce que je peux le faire ?

Il s'agit ici de repérer les freins, les obstacles qu'il va falloir lever mais aussi les atouts dont on dispose.

Il est donc indispensable d'inventorier la totalité des ressources :

↳ D'une part, celles qui sont nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre ce projet ;

↳ D'autre part, celles qui sont disponibles ou potentielles et celles qui sont à créer.

Toutefois, les conditions de réussite ne sont pas exclusivement liées aux moyens matériels dont on dispose ou au nombre de personnes disponibles. *"Le degré d'énergie, de désir, de volonté pour affronter les obstacles et trouver des solutions"⁴⁸* mis en œuvre par les protagonistes sont un moteur puissant pour faire avancer ce projet, les réflexions des personnes interviewées dans l'enquête en sont un témoignage.

Pour le directeur des soins, répondre à toutes ces questions, c'est se donner les moyens d'être le plus clairvoyant possible par rapport à la situation et donc de pouvoir faire les choix en conséquence. Il vaut mieux un projet modeste qui va jusqu'au bout, qu'un projet

⁴⁸ RAYNAL S., Op cit, p 60

grandiose qui ne décolle pas, car on l'a vu, dans le deuxième cas, on fait des dégâts dans la motivation des acteurs, dégâts qui hypothèquent fortement les projets futurs.

3.3 Une communication étudiée

La communication est un outil essentiel de la conduite du projet de soins. Elle ne doit pas être négligée car elle représente un facteur de réussite ou d'échec important. Plus elle sera organisée, plus elle permettra de limiter le phénomène de "rumeur" qui a souvent des conséquences dévastatrices sur la poursuite des projets.

Parler de communication, c'est parler d'information mais aussi d'observation, d'écoute ainsi que de méthodes. Communiquer dans le projet de soins ne peut pas être improvisé, ça doit être réfléchi et organisé. En effet, selon les étapes ou plutôt selon le moment des étapes, on va avoir des objectifs différents⁴⁹ :

- Annoncer, informer

Cet objectif est poursuivi à chaque fois qu'il est nécessaire de faire part d'une intention ou d'apporter des informations supplémentaires ou différentes. Il est nécessaire d'informer régulièrement de ce qui se fait, des bilans et des résultats d'étapes, afin de faire vivre le projet, de garder une cohérence avec son intentionnalité.

- Séduire

Susciter la motivation, l'envie de s'engager dans un projet de soins, c'est lui donner du sens pour l'institution et pour les acteurs, ou plutôt permettre aux acteurs d'y trouver du sens, un intérêt.

- Convaincre, expliquer

Si les choses nous paraissent évidentes, elles ne le sont pas forcément pour tout le monde. Expliquer les méthodes utilisées, expliquer les choix, expliciter les résultats participent de la considération des individus en tant qu'acteurs et non en tant que simples exécutants. Cette considération de base est souvent énoncée comme le niveau minimum de reconnaissance nécessaire pour rester motivé.

- Persuader, faire adhérer

La participation a ses limites, l'avis de toutes les personnes composant le service de soins recueilli, il est un moment où il est nécessaire de faire une synthèse et prendre des décisions d'orientation, qui plairont à certains et pas à d'autres. Il est alors indispensable de les persuader du bien fondé de ces décisions pour rendre possible leur participation aux mises en œuvre.

⁴⁹ RAYNAL S., Op cit, p 136

- Impliquer

C'est solliciter plus particulièrement les individus soit en raison du caractère particulièrement important des actions à mettre en œuvre, soit parce qu'on a perçu chez eux un enthousiasme ou un désir de participation plus aigu.

Dans tous les cas, il s'agit bien de communication et pas uniquement d'information. Si on peut mettre en place des séances ou on cherche uniquement à recueillir des informations, pour chacun de ces objectifs, les messages ne sont pas à sens unique. Il s'agit d'un échange où interviennent le langage des mots, mais aussi celui du corps. Être attentif aux attitudes, aux intonations de la voix, renseigne parfois mieux sur la réaction d'un individu ou d'un groupe au message délivré, que les mots qu'il utilise pour le dire.

Construire un plan de communication en notant, pour chaque étape, l'objectif poursuivi et le public visé permet d'envisager les supports de communication les plus adaptés au résultat escompté. F. KOURILSKY⁵⁰ insiste sur le fait qu'il faut travailler le style et la formulation des messages, par exemple : éviter la forme négative du type "ne croyez pas que..." qui risquent d'induire la méfiance et adapter le vocabulaire à l'auditoire pour que la communication ait un sens.

Si le directeur des soins ne réalise pas obligatoirement lui même toutes les phases de la communication, il en est toutefois le garant. Il doit s'assurer que le plan de communication est mis en œuvre et en suivre les résultats pour prévoir et mettre en œuvre rapidement les réajustements nécessaires.

C'est pourquoi il va devoir s'appuyer sur l'encadrement qu'il lui faudra suivre et accompagner⁵¹ afin de s'assurer des capacités de chacun à manager ces étapes

3.4 Un suivi réfléchi

La définition même du mot projet présuppose l'évaluation puisque l'on est dans la projection d'un état vers un autre que l'on pense atteindre. Comme la communication, elle ne peut pas s'improviser et doit être prévue dans ses modalités et dans sa périodicité.

Manager le projet de soins comme un projet qualité permet de modifier l'approche de l'évaluation. Souvent exclusivement basée sur les méthodes et leur utilisation, elle

⁵⁰ KOURILSKY-BELLIARD F., Du désir au plaisir de changer, Paris, InterEditions, 1996, p 11

⁵¹ COUSIN D., Le projet de soins infirmiers : un apprentissage expérientiel, un acquis du service de soins infirmiers et de l'infirmier général pour s'impliquer dans une dynamique de changement, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 1999

focalisait les individus sur le "one best way" cher à TAYLOR. L'approche qualité envisage également les résultats et redonne ainsi aux acteurs une certaine autonomie d'action, qu'ils revendiquent.

Cette approche qualité de l'évaluation suppose que l'on ait clairement énoncé les valeurs au nom desquelles on évaluera. Quel sens est donné à l'évaluation ? Au nom de quoi évalue-t-on et pourquoi faire ? Les acteurs qui s'engagent dans les projets ont besoin d'un système d'évaluation fiable qui leur permet de se sentir valorisés, reconnus dans leur travail. Ils n'acceptent plus les règles d'évaluation volatiles dépendant de l'humeur de l'évaluateur, du moment de l'évaluation, et dont les motivations sont ambiguës.

Évaluer les résultats suppose donc de décrire clairement ce que l'on veut atteindre, de formuler des indicateurs suffisamment précis et de prévoir des méthodes reproductibles pour permettre des mesures et un suivi dans le temps par comparaison des écarts.

Le système d'évaluation est élaboré en même temps que le projet dont il fait partie intégrante. Outre les indicateurs, il envisage les périodes, les modalités et désigne les personnes qui en seront responsables. Ces personnes doivent être informées de ce qu'on attend d'elles, suffisamment formées pour pouvoir en assumer la responsabilité et connaissent leur marge d'autonomie.

L'évaluation est donc intimement liée à la stratégie de communication. Elle lui permet d'être comprise, acceptée, et la transmission des résultats favorise la poursuite des travaux par la valorisation qu'elle suscite.

Enfin pour terminer, il faut, pour que ce projet vive, qu'il soit dynamique, c'est à dire évolutif. Certes, on nous demande d'avoir un peu d'imagination et de projeter le futur pour les cinq ans à venir. Mais même si on a fait une analyse parfaite de la situation et qu'on a été particulièrement clairvoyant, il est totalement impossible, à moins de détenir une boule de cristal particulièrement performante, de prévoir dans le détail tout ce qui peut se passer au cours de ces années. Il est donc indispensable de laisser au projet de soins une certaine souplesse pour pouvoir s'adapter aux modifications de l'environnement. Il ne doit pas être impossible d'abandonner un axe de travail qui ne correspondrait plus aux besoins de quiconque. Et c'est encore la communication qui permettra d'introduire en douceur les réajustements nécessaires.

Nous pensons effectivement que c'est au directeur des soins de porter le projet de soins pour qu'il ait des chances d'aboutir. L'efficacité du management à mettre en place est

empruntée à H. SERIEYX⁵² : *"c'est notre exemplarité, c'est à dire cette volonté d'être toujours le premier démonstrateur des efforts et des nombreux comportements que l'on attend des autres. Ce sera notre meilleur outil de communication, notre principale force de conviction, notre discours le plus efficace.*

Etre économe de ses propos, ne dire que ce que l'on est décidé à faire soi-même, s'engager dans ce que l'on dit...

Ce qui suppose de notre part un véritable engagement : visible, repérable par tous, quasi physique."

⁵² SERIEYX H., JISSEY, BATTON P., RAYNAL J., Op cit, p 143

CONCLUSION

Comme l'indique son titre, l'objectif de la réflexion menée dans ce mémoire était de montrer la nécessité de donner de la vie au projet de soins et de déterminer le rôle du directeur des soins dans cette animation.

En explorant la réglementation, nous avons vu, au fil du temps, croître l'importance donnée à la notion de projet et s'affirmer la position du projet de soins en lien direct avec celle du directeur des soins. Toujours ancré, dans les textes, à un projet plus global au niveau de l'établissement, nous avons pu constater, dans les faits, que ce n'est pas toujours la réalité. De même, si le document projet de soins existe, sa mise en oeuvre n'est pas systématique.

La recherche menée nous a permis de mettre en évidence que l'opposition qui continue d'être affichée entre écriture et pratique n'est favorable ni à l'une, ni à l'autre. Il nous est apparu, au contraire, qu'elles sont totalement inter-dépendantes, l'une ne pouvant aller au bout de ses objectifs sans l'autre et vice et versa.

L'enquête réalisée sur le terrain montre que c'est du directeur des soins, membre de l'équipe de direction, que les différents acteurs attendent des liens entre ces deux étapes du projet de soins. Ce n'est pas un hasard. D'une part parce qu'il s'agit de sa mission, d'autre part parce que son positionnement dans l'équipe de direction et sa connaissance du terrain lui permettent d'être à l'interface entre théorisation et pratique, entre contraintes et besoins.

Nous sommes convaincu que le rôle de garant de la qualité des soins aux patients confié au directeur des soins passe par une gestion efficace du projet de soins, donc par l'atteinte de ces deux objectifs : ancrage dans une politique d'établissement et mise en oeuvre réelle.

Dès lors, le directeur des soins aura à afficher clairement sa volonté de faire aboutir ce projet, dans toutes les négociations qu'il aura inévitablement à mener pour lui donner une dimension transversale avec les autres composantes du projet d'établissement.

Pour impliquer le maximum d'acteurs, il aura également à déployer une stratégie de communication à la hauteur de ses exigences et un management du quotidien également cohérent avec celles-ci.

Nous sommes toutefois conscient de la difficulté de la tâche. Nous savons que si nous sommes convaincu, il nous reste encore à convaincre. Si les groupes de travail pluridisciplinaires mis en place dans le cadre de la démarche d'accréditation ont donné

des résultats encourageants et fait évoluer les mentalités, le corporatisme n'est pas mort. Les enjeux de pouvoir, soulevés par quelques personnes interviewées, sont bien réels et nécessiteront, de la part du directeur des soins beaucoup de diplomatie.

Néanmoins, nous avons pu vérifier qu'il existe un fort potentiel de ressources dans les établissements hospitaliers, dont le rôle de validation des représentants des usagers et leur engagement de plus en plus important dans la vie de l'établissement.

La mise en place au quotidien d'une communication basée sur l'écoute, le respect de l'autre et le renforcement des individus dans leur travail permet d'encourager la motivation de ces acteurs.

Tout ceci nécessite alors, pour le directeur des soins, le développement de qualités personnelles telles que la patience, la persévérance, l'enthousiasme et surtout une grande capacité de ressourcement pour limiter le découragement face aux fantastiques forces d'immobilisme et de blocage qui ne manqueront pas de se dresser devant ses intentions.

Bibliographie

OUVRAGES

- ARBUZ G. et DEBROSSE D.**, *Réussir le changement à l'hôpital*, Paris, InterEditions, 1996, 248p
- BOUTINET J.P.**, *Anthropologie du projet*, Paris, Editions PUF, 1993, 301p
- BOUTINET J.P.**, *Psychologie des conduites de projet*, Paris, Editions PUF, 1993, 126p
- CROZIER M. et FRIEDBERG E.**, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du seuil, 1977, 437p
- DUBAR C.**, *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Editions Colin, 1996, 276p
- KOURILSKY-BELLIARD F.**, *Du désir au plaisir de changer*, Paris, InterEditions, 1996, 324p
- MINTZBERG H.**, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, Paris, Les éditions d'organisation, 1984, 220p
- QUEYROUX C.**, *Endémie à Santos Aspasias ou l'anti-management hospitalier*, Le Mans, Editions DH Stratégie, 1998, 161p
- RAYNAL S.**, *Le management par projet, Approche stratégique du changement*, Paris, Les éditions d'organisation, 2^{ème} édition 2000, 259p
- SERIEYX H., JISSEY, BATTON P., RAYNAL J.**, *Est-ce que le manage...ment ?*, Paris, Editions d'Organisation, 2001, 180p

REVUES

- ALTER N.**, Organisation et innovation, une rencontre conflictuelle, *Sciences humaines*, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, pp 56-59
- BELLIER- MICHEL S.**, L'individu et le système, *Sciences humaines*, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, pp 44-47
- ENRIQUEZ E.**, Pouvoir et désir dans l'entreprise, *Sciences humaines*, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, pp 30-33
- GALLET M.A. et AMORE M.**, Écrit professionnel effacé, identité gommée, *Soins Encadrement-Formation*, 3^e trimestre 1999, n°31, pp 20-24

- GROSJEAN M.**, Les illusions du "tout écrit", *Soins Encadrement-Formation*, 3^e trimestre 1999, n°31, pp 16-19
- KOURILSKY F.**, Comment ne pas bloquer le changement ?, *Gestions Hospitalières*, avril 1999, pp 266-267
- KOURILSKY F.**, La communication, levier du changement à l'hôpital, *Soins formation-pédagogie-encadrement*, 3^e trimestre 1996, n°19, pp 16-21
- LABBÉ P.**, De l'incidence des NITC sur l'écriture professionnelle à l'hôpital..., *Soins Encadrement-Formation*, 3^e trimestre 1999, n°31, pp 25-30
- MAGGI I.**, De la compétence au professionnalisme, *Objectif Soins*, mars 2003, n° 114, cahier du management pp VII-XII
- MERKLING J.**, La motivation, *Gestions hospitalières*, Décembre 2002, pp 805-809
- MEUNIER-CUENCA M.**, Les langages de la professionnalisation, *Krankenpflege soins infirmiers*, octobre 2000, pp 78-81
- MINTZBERG H.**, Nous vivons dans le culte du management, *Sciences humaines*, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, pp 16-19
- SAINSAULIEU R.**, La construction des identités au travail, *Sciences humaines*, Mars-avril 1998, Hors série n° 20, pp 40-43
- VÉGA M.J.**, Un processus professionnalisant au service de la personne soignée, *Soins Encadrement-Formation*, 3^e trimestre 1999, n°31, pp 14-15

MEMOIRES et TRAVAUX

- COUSIN D.**, *Le projet de soins infirmiers : un apprentissage expérientiel, un acquis du service de soins infirmiers et de l'infirmier général pour s'impliquer dans une dynamique de changement*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 1999
- FALIGANT G.**, *L'évaluation du projet de soins infirmiers : enjeux et perspectives*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 2001
- INSTITUT MONTAGNE**, *L'hôpital réinventé*, janvier 2004, disponible sur Internet <http://www.institutmontagne.org/Doc/Detail/pop_detail_doc.asp?>
- LOIZIC M.P.**, *Le projet de soin infirmiers dans sa contribution au projet d'établissement. Évolutions, enjeux et prospectives*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 1999
- ROYER-COHEN N.**, *L'insertion du projet de service de soins infirmiers dans le projet d'établissement : une négociation à mener pour l'infirmière générale*, Mémoire d'infirmier général, ENSP Rennes, 2000
- SEMINAIRE INTERPROFESSIONNEL.** *Le projet d'établissement est-il un moyen privilégié pour insuffler une dynamique de changement dans le monde hospitalier public ?* ENSP Rennes, 1994

DICTIONNAIRES et GUIDES

ANAES, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Direction de l'accréditation, Paris, actualisation juin 2003, 136p

LE NOUVEAU PETIT ROBERT, édition Les Dictionnaires LE ROBERT, Paris, 1993, 2467p

LE PETIT LAROUSSE, *Dictionnaire encyclopédique*, édition Larousse, Paris, 1992, 1872p

TEXTES REGLEMENTAIRES

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1989. - **Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989** portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 19 octobre 1989, 13056-13058.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. - **Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière. *Bulletin Officiel* n° 91-21 bis, 54p

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. - **Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal officiel de la République Française*, 25 avril 1996, 6324-6337.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1994. - **Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994** modifiant le décret du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 20 octobre 1994, 14904-14906

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - **Décret n° 2002-194 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. *Journal officiel de la République Française*, 16 février 2002, 3040-3044.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - **Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002** portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 23 avril 2002, 7187-7191.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - **Projet de loi** relative à la nouvelle gouvernance hospitalière, version finale du 7/01/04, disponible sur Internet <<http://www.synprefh.org/documents/gouv070104.pdf>>

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - **Circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004** relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Liste des annexes

Annexe 1

Guide d'entretien des CSS, CS, IDE et AS.

Guide d'entretien du directeur adjoint et du président de CME.

Guide d'entretien du représentant des usagers au CA.

Guide d'entretien du directeur des soins.

Annexe 2

Extrait du projet du service de soins infirmiers étudié.

Annexe 1

Guides d'entretiens

Guide d'entretien des CSS, CS, IDE et AS.

Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez de votre parcours professionnel

1. en général
2. et dans l'établissement

Dans l'établissement, il y a un projet de soins :

- qu'est ce que signifie pour vous "le projet de soins"
- comment en avez vous entendu parler
- qui vous en a parlé
- comment, qu'est ce qu'on vous en a dit
- qu'est ce que vous en avez pensé, quelles ont été vos premières impressions
- qu'avez vous fait de cette information
- que connaissez vous du projet de soins
- qu'en pensez vous, y a t'il des points qui ont retenu votre attention
- que savez vous de son mode de rédaction
- d'après vous, à quoi sert-il
- comment le voyez vous être utilisé
- après la validation du document écrit, qu'attendiez vous
- de la part de qui
- que s'est il passé
- comment avez vous réagi, qu'avez vous fait
- quel bilan faites vous de ce projet aujourd'hui
- si c'était à refaire, qu'attendriez vous
- de la part de qui
- en avez vous parlé, avec qui
- quelle importance ce projet a t'il pour vous
- souhaitez vous le voir évoluer, comment
- vers quoi souhaitez vous le voir évoluer, pourquoi
- comment imaginez vous cette évolution

Guide d'entretien du directeur adjoint et du président de CME.

Il y a un projet d'établissement, pourriez vous me parler de l'état d'avancement de ses composantes :

- qui est responsable de leur mise en œuvre
- qu'est ce que signifie pour vous "le projet de soins"
- comment en avez vous entendu parler
- qui vous en a parlé
- comment, qu'est ce qu'on vous en a dit
- qu'est ce que vous en avez pensé, quelles ont été vos premières impressions
- que connaissez vous du projet de soin
- qu'en pensez vous, y a t'il des points qui ont retenu votre attention
- d'après vous, à quoi sert-il
- comment le voyez vous être utilisé
- connaissez vous le bilan de ce projet aujourd'hui
- avez vous des attentes vis à vis de ce projet
- comment s'articule t'il avec les autres composantes du projet d'établissement (notamment le projet médical)
- comment imaginez vous l'élaboration du prochain projet d'établissement

Guide d'entretien du représentant des usagers au CA.

Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez

1. de votre arrivée dans l'établissement,
2. de ce que vous y faites.

Dans l'établissement, il y a un projet de soins :

- qu'est ce que signifie pour vous "le projet de soins"
- comment en avez vous entendu parler
- qui vous en a parlé
- comment, qu'est ce qu'on vous en a dit
- qu'est ce que vous en avez pensé, quelles ont été vos premières impressions
- que connaissez vous du projet de soin, comment en avez vous pris connaissance
- qu'en pensez vous, y a t'il des points qui ont retenu votre attention
- d'après vous, à quoi sert-il
- que savez vous de sa mise en œuvre
- connaissez vous le bilan de ce projet aujourd'hui
- avec qui en discutez vous
- avez vous des attentes vis à vis de ce projet
- que savez vous de ses articulations avec les autres composantes du projet d'établissement
- comment imaginez vous l'élaboration du prochain projet d'établissement

Guide d'entretien du directeur des soins.

- qu'est ce que signifie pour vous "le projet de soins"
- que connaissez vous du projet de soin actuel, comment en avez vous pris connaissance
- qu'est ce que vous en avez pensé, quelles ont été vos premières impressions
- qu'en avez vous fait, comment avez vous effectué la transition
- d'après vous, à quoi sert-il
- comment s'articule t'il avec les autres composantes du projet d'établissement
- que savez vous de sa mise en œuvre
- quel est votre rôle dans cette mise en œuvre
- quel bilan en faites vous
- quelle importance ce projet a t'il pour vous
- comment imaginez vous l'élaboration du prochain projet de soins

Annexe 2

Extrait du projet du service de soins infirmiers étudié

PSI – ORIENTATION 1 :

AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE SOIGNEE

Objectif : Répondre aux besoins de la personne soignée

MOYEN	METHODE	DELAI	ANIMATEUR
Mettre en place une organisation centrée sur le patient (sectorisation, transmissions ciblées, diagnostics infirmiers, plan de soins guidé, résumé de sortie infirmier)	<ul style="list-style-type: none">• Elaborer une procédure d'organisation de la prise en charge au regard du référentiel d'accréditation.	2001	
	<ul style="list-style-type: none">• Former les Cadres Infirmiers	Fin 2001	Organisme de formation
	<ul style="list-style-type: none">• Apporter des connaissances théoriques.	2002/2003	Cadres Infirmiers membres des groupes du projet médical
	<ul style="list-style-type: none">• Accompagner sur le terrain.		

Des réponses spécifiques doivent être trouvées pour les personnes âgées, les handicapés et les patients pour lesquels des actions de prévention peuvent être mises en œuvre.

**Objectif : Répondre aux besoins de la personne soignée
en tenant compte du handicap**

MOYEN	METHODE	DELAI	ANIMATEUR
<ul style="list-style-type: none"> • Travailler avec d'autres professionnels de santé pour définir les zones d'interactions en vue de renforcer la prise en charge rééducative. • Développer l'observation clinique infirmière permettant l'identification des troubles liés aux handicaps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser un groupe de travail avec les kinés et les orthophonistes • Apporter des connaissances par de l'enseignement théorique. 		<ul style="list-style-type: none"> • Cadres infirmiers membres des groupes du projet médical. • Cadres infirmiers membres des groupes du projet médical. • Cours de perfectionnement du CHU.

**Objectif : Répondre aux besoins de la personne soignée
en tenant compte du stade de la maladie**

MOYEN	METHODE	DELAI	ANIMATEUR
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des actions de prévention et d'éducation pour la prise en charge de la pathologie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituer un groupe de travail composé de médicaux et de paramédicaux 	<p align="center">2002</p> <p align="center">2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cadres infirmiers membres des groupes du projet médical.

PSI – ORIENTATION 2 :

DEVELOPPER LES COMPETENCES POUR REpondre AUX BESOINS DES PERSONNES SOIGNEES

Objectif : Renforcer les capacités des agents à appréhender les situations difficiles

MOYEN	METHODE	DELAI	ANIMATEUR
<ul style="list-style-type: none">• Former à la gestion du stress, à l'accompagnement des personnes en fin de vie, à la relation d'aide, à la prise en charge de la douleur.	<ul style="list-style-type: none">• Recueillir les besoins en formation.• Evaluer le transfert des acquis dans les situations de travail.	2001/2002 2003/2004	<ul style="list-style-type: none">• Cadres infirmiers
<ul style="list-style-type: none">• Poursuivre les formations à la sophrologie.	<ul style="list-style-type: none">• Définir des objectifs individuels opérationnels.	2001/2002 2003/2004	<ul style="list-style-type: none">• DSSI• Cadres infirmiers• Agents• Formation continue