



---

**Directeur des soins**

Promotion 2008

Date du Jury : *septembre 2008*

---

**Projet de soins et restructurations  
internes : une opportunité ?**

---

**Carole KOHLER**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier vivement tous les professionnels qui m'ont accueillie dans le cadre de ce travail avec disponibilité et confiance : Sans eux, rien n'aurait été possible

Ainsi que toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire et qui ont su m'apporter une attention authentique et amicale

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Le projet de soins au cœur d'évolutions permanentes liées aux restructurations .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La recomposition hospitalière au cœur du territoire de santé.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 La création d'un nouveau cadre de planification.....	5
1.1.2 Un effet contraint : les restructurations .....	6
1.1.3 La recomposition : un terme privilégié .....	6
<b>1.2 La tarification à l'activité et l'EPRD.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 La modification du fonctionnement interne hospitalier : l'organisation en pôles d'activités.....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Les projets au cœur des restructurations.....</b>	<b>8</b>
1.4.1 Le projet : un terme polysémique.....	8
1.4.2 Le projet d'établissement : un corpus réglementaire étoffé progressivement.....	9
1.4.3 Le projet de soins : une structuration définie, valorisée.....	9
<b>2 Une approche compréhensive du terrain par enquête .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Le cadre de l'enquête .....</b>	<b>11</b>
2.1.1 Objectifs de l'enquête .....	11
2.1.2 Méthodologie de l'enquête.....	11
2.1.3 Le choix des établissements.....	12
2.1.4 Les professionnels rencontrés .....	12
2.1.5 Les limites de l'étude .....	12
2.1.6 La méthode de présentation des résultats.....	13
<b>2.2 Résultats et analyse .....</b>	<b>13</b>
2.2.1 Le projet de soins quel sens et quelle réalité pour les acteurs ? .....	13
2.2.2 Méthodologie d'élaboration du projet de soins .....	15
2.2.3 L'articulation avec les différents projets .....	17
2.2.4 Une focale sur projet de soins et restructurations.....	18
2.2.5 Quelle cohérence et quelles perspectives pour les acteurs ?.....	20
<b>2.3 Synthèse de l'enquête et vérification des hypothèses .....</b>	<b>21</b>

<b>3</b>	<b>Stratégie managériale du directeur des soins : réflexions et propositions</b>	<b>23</b>
3.1	Adopter une posture stratégique et politique : .....	23
3.2	Exercer un management de proximité centré sur les cadres .....	28
3.3	Redéfinir les organisations : Valoriser l'activité de soins .....	31
	<b>Conclusion .....</b>	<b>35</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>37</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AP	Auxiliaire de Puériculture
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
AS	Aide Soignante
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPP	Cadre Paramédical de Pôle
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DH	Directeur des Hôpitaux
EHPAD	Etablissement Hébergeant Personnes Agées Dépendantes
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point (méthode et principes de gestion de la sécurité alimentaire des aliments)
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
PE	Projet d'Etablissement
PSIRMT	Projet de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
SIRMT	Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique
SLD	Soins de Longue Durée
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'Activité

## Introduction

En France l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins avec des missions qui se sont développées au fil des siècles : accueil social, soins programmés et soins d'urgence, enseignement, recherche. Il est aussi soumis à de nombreuses réformes mises en œuvre en quelques années suite à une situation économique qualifiée de « préoccupante ». Elles ont pour objet l'instauration de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et la tarification à l'activité (T2A), l'accréditation puis la certification, la rénovation de la planification sanitaire, la nouvelle gouvernance avec la mise en place des pôles. Ces contraintes lui imposent optimiser ses ressources et ses organisations dans une perspective d'efficacité et de performance voire de concurrence. Les **restructurations** apparaissent alors comme un moyen d'évolution et **d'adaptation de l'offre de soins** aux besoins de la population qui eux aussi évoluent avec les pratiques cliniques. En effet, la part de plus en plus importante des personnes âgées, souvent dépendantes, souffrant de multi pathologies, les innovations en matière de technologies, les exigences de sécurité et de qualité sont autant de variables qui influencent aussi les évolutions des structures et des organisations.

Dans ce contexte, cadre supérieur de santé chargé de la mise en œuvre du projet de soins au sein d'un centre hospitalier, j'ai été amenée à contribuer à la réorganisation des structures et des organisations de l'établissement appelées aussi **restructurations internes**. Ces modifications s'entendaient en terme de création ou changement d'activités, de fusions de services, fermeture d'unités, transformation de lits d'hospitalisation conventionnelle en secteur d'hospitalisation de jour. Cette politique de réorganisation de l'offre de soin s'est accompagnée simultanément de profonds changements pour l'ensemble des métiers et/ou à des mutations structurelles : adaptation des ressources humaines : réduction d'effectifs, transferts de personnel, transformation des qualifications requises, modification de l'organisation du travail et de la culture inter-professionnelle, intégration de nouvelles logiques médico-soignantes, mutualisation des moyens matériels, externalisations logistiques.

Ces projets ont été souvent durement ressentis par les personnels soignants, lesquels perçoivent des effets plus diffus et souterrains sur les conditions d'emploi et de travail<sup>1</sup> dont une atteinte à leur identité professionnelle, une rupture dans leur trajectoire du travail, une difficulté à mener conjointement d'autres projets institutionnels. Les débats ont

---

<sup>1</sup> RAVEYRE M, 2005, le travail dans le management des restructurations : entre déni et omissions, revue de l'IRES, n° 47, p 12

été davantage centrés autour des enjeux budgétaires, de l'organisation médicale de l'accès à la technologie, et sur les réponses aux besoins de la population que sur l'accompagnement des professionnels<sup>2</sup>.

Les mutations se sont pourtant mises en route, intégrant une dynamique de changement et de projet mais l'activité de tous les professionnels s'est trouvée affectée par les projets de restructurations internes. En effet, le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (PSIRMT) a été mis « en veille » par les soignants du « terrain », impactés par les restructurations, concernant les axes des ressources humaines, plus précisément la gestion des métiers et des compétences mais aussi la dynamique d'amélioration de la qualité des soins notamment à travers l'évolution des outils et des procédures de soins.

Le PSIRMT ou projet de soins est un outil qui définit les orientations de la prise en charge du patient Il détermine la façon dont les professionnels envisagent de «prendre soin»<sup>3</sup>. Il est centré sur les personnes et aborde les prises en charge spécifiques (douleur, fin de vie...) dans ses axes stratégiques et politiques. Il est le plus souvent présenté sous une forme collective visant à mobiliser l'ensemble des personnels en les centrant sur un objectif commun, contribuant ainsi au développement de l'institution et à une meilleure satisfaction des personnels et des usagers.

- En quoi les restructurations interrogent-elles le projet de soins ?
- En quoi les questions concernant les restructurations et le travail sont-elles prises en compte dans le PSIRMT ?
- Quelle est la place du Directeur des Soins (DS) dans ces évolutions structurelles ?
- Comment le DS communique-t-il sur les nouvelles modalités d'organisation engendrées ?
- Le PSIRMT peut-il coexister avec d'autres projets institutionnels à temporalité différente ?

Ce travail est l'opportunité de mener un questionnement sur les enjeux de ces situations notamment ceux liés au PSIRMT et aux restructurations internes et m'amène à poser une question générale :

- **Quelles sont les conditions requises d'élaboration, de mise en œuvre d'un projet de soins (PSIRMT) afin qu'il puisse intégrer les turbulences et réorganisations, liées aux restructurations ?**

---

<sup>2</sup> CONTANDRIOPOULOS D, CONTANDRIOPOULOS AM, DENIS JL, VALETTE A, 2005, l'hôpital en restructuration, Presses Universitaires de Montréal, p 120

<sup>3</sup> HESBEEN W, 1994, la réadaptation du concept de soin, Editions Lamarre, p 30

Le projet de soins apparaît comme une clé de voûte pour l'ensemble des professionnels car il a pour finalité une prestation de soin de qualité à l'utilisateur tout en formalisant les valeurs professionnelles. Il donne sens aux pratiques soignantes

Dans un contexte de restructuration hospitalière, de fusion voire de fermeture de service, de modification d'activités, il apparaît essentiel que le directeur des soins soit en capacité d'accompagner ces mutations choisies ou provoquées, imposant souvent une rupture avec les anciens modes de fonctionnement, les organisations de travail, la composition des équipes, les modes de prise en charge du patient.

Les savoirs accumulés par l'analyse de différentes situations vécues sont à priori transférables partiellement ou totalement. En tant que directeur des soins, dans un contexte budgétaire contraint et une réorganisation territoriale de l'offre de soins, il est opportun de rechercher des axes de travail qui pourraient guider l'accompagnement de ces restructurations. Le directeur des soins, habitué à la gestion de projet, pilote du projet de soins, membre de l'équipe de direction sera une ressource pour l'institution et les personnels soignants non médicaux.

Ce travail est guidé par le souci d'envisager l'élaboration d'une stratégie managériale d'accompagnement des restructurations tout en permettant la mise en œuvre du projet de soins. Les hypothèses suivantes sont donc formulées :

### **Hypothèse générale**

Si les acteurs chargés de la mise en œuvre du projet de soins ont participé à son élaboration alors il sera mieux intégré dans leur pratique

#### **Sous hypothèse**

S'il est élaboré dans la concertation le projet de soins est conçu de façon à être opérationnel pour les soignants dans leur pratique quotidienne de prise en charge de la personne soignée

#### **Sous hypothèse**

Le projet de soins doit être conçu de façon à pouvoir être évolutif et adaptable aux restructurations en lien avec les acteurs concernés

#### **Sous hypothèse**

Pour un déroulement positif, les restructurations doivent en concertation avec les acteurs être intégrées comme axe de travail du projet de soins

L'étude conduite a donc pour objet de comprendre en quoi les restructurations internes viennent impacter le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique afin d'identifier les qualités d'un projet de soins qui lui permettrait de s'exonérer des turbulences créées.

Le thème relève des missions et responsabilités du Directeur des Soins conformément au décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins<sup>4</sup>

Cette étude comporte trois parties :

La première partie de ce travail présente une approche globale mais succincte des restructurations, élément fondateur des recompositions hospitalières. Puis sera étudié le concept de projet et les principes qui le régissent avant d'envisager le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (PSIRMT). Cette approche permettra d'introduire le questionnement concernant l'articulation projet de soins et restructurations et les conditions de réussite d'un projet de soins.

Une enquête menée sur le terrain donne le point de vue des acteurs concernés par l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et des restructurations.

Enfin, ces différentes analyses permettent de formuler des axes de réflexion permettant une projection dans la fonction de directeur de soins.

---

<sup>4</sup>Qui stipule dans son article 4 : *« Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, rééducation, médico-technique et en assure l'encadrement ».*

*« Il élabore avec les professionnels concernés le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ».*

*« Il participe en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socioéducatifs, techniques à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins »*

# **1 Le projet de soins au cœur d'évolutions permanentes liées aux restructurations**

L'hôpital n'est pas une structure fermée car il inscrit ses activités dans une continuité des prises en charge mettant en jeu des acteurs institutionnels et individuels (libéraux) multiples et différenciés hors et dans l'hôpital. Aussi, toute modification du système dont il est un élément va interagir sur ses orientations stratégiques, et sur son projet d'établissement dont le projet médical et le projet de soins sont des parties constitutives. L'adaptation est permanente pour répondre aux besoins collectifs et individuels de santé par les restructurations au niveau territorial, et le projet de soins au niveau local. La recomposition hospitalière, la tarification à l'activité, l'organisation en pôles d'activités, les projets et notamment le projet de soins constituent alors quatre éléments essentiels de la mouvance hospitalière.

## **1.1 La recomposition hospitalière au cœur du territoire de santé**

Des réformes profondes ont été engagées afin de concilier l'exigence de qualité et d'efficience de l'organisation.

### **1.1.1 La création d'un nouveau cadre de planification**

Dans le cadre du plan hôpital 2007, l'ordonnance du 4 septembre 2003<sup>5</sup> rénove la planification sanitaire. La carte sanitaire est supprimée, le SROS devient l'outil unique de la planification, les secteurs sanitaires sont remplacés par les territoires de santé. Le régime des autorisations est lui aussi modifié en les déconcentrant au niveau régional et en les confiant aux ARH. Enfin, l'ordonnance consacre le CGS comme l'outil privilégié des formules de coopérations sanitaires.

Le nouveau SROS a pour objectif d'assurer une organisation sanitaire territoriale cohérente permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité. Il est centré sur la prise en compte des besoins de santé de la population et sur les caractéristiques épidémiologiques des territoires de santé. Ces derniers sont hiérarchisés dans une logique de graduation des soins. Chaque niveau correspond à la présence d'activités en immédiate proximité et à différents niveaux de plateau médico-technique hospitalier. Il existe 4 niveaux de territoire<sup>6</sup>:

---

<sup>5</sup> Ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, JO du 6 septembre 2003

<sup>6</sup> Le territoire de proximité : c'est le territoire de premier recours aux soins. Le territoire intermédiaire : il est le pivot de l'organisation. Il s'agit du 1<sup>er</sup> niveau d'hospitalisation et d'intervention du plateau technique. Le territoire de recours : ce territoire de santé dispense des soins spécialisés correspondant au niveau du bassin de desserte de l'hôpital pivot. Le territoire de niveau régional. Il comprend les prestations spécialisées qui ne sont pas assurées par les autres niveaux à l'exception de celles qui font l'objet d'une organisation interrégionale.

Le projet médical de territoire devient alors un outil de déclinaison du SROS mais aussi un instrument permettant l'organisation et la structuration de la coopération sanitaire. Les objectifs quantifiés de l'organisation des soins se définissent comme des outils de pilotage territorial, négociés et éléments de dialogue entre l'ARH et les établissements de santé. Ils figurent en annexe du SROS.

### **1.1.2 Un effet contraint : les restructurations**

Comme de nombreux pays développés, la France est concernée par la restructuration de son système d'offre de soins. De nombreuses restructurations ont aussi débutées au niveau local, régional, national<sup>7</sup> découlant de la mise en œuvre des SROS II et III et renforcées par le plan hôpital 2007.

Selon l'acception usuelle en économie industrielle, le terme de restructuration<sup>8</sup> désigne les processus de changement qui affectent la configuration organisationnelle d'un secteur d'activité, c'est-à-dire le nombre et la taille des unités productives, leur distribution dans l'espace de production et la nature de leurs relations structurelles. Ces processus se déroulent dans la durée, mais selon une chronologie, une ampleur et des modalités variables entre les régions. Elles ont en commun de conduire à la concentration des ressources hospitalières et de favoriser l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation des prises en charge des patients. C'est un état de reconfiguration permanent qui fait peur en terme de ressources humaines car il y est souvent associé l'image de suppressions d'emplois.

### **1.1.3 La recomposition : un terme privilégié<sup>9</sup>**

L'utilisation du terme de recomposition hospitalière<sup>10</sup> introduit une autre dimension. En effet, elle est définie comme un processus d'ensemble pouvant comporter diverses opérations se trouvant plus ou moins combinées entre elles suivants les cas : fermetures d'unités, créations d'unités, fusions d'unités, réorganisations d'activités, mais aussi externalisations et délocalisations. Elles ont alors une traduction dans des changements de périmètres et de localisations d'activités, dans des transformations organisationnelles mais dans cette conception, elle ne se traduit donc pas nécessairement par des réductions d'activité et d'emploi, mais par des remaniements

---

<sup>7</sup> Site [parthage.sante.fr](http://parthage.sante.fr), consulté le 4 juillet 2008, recomposition de l'offre de soins 373 opérations en 2002, 514 en 2003, 566 en 2004 (nombres cumulés) dont 249 sont achevés (102 secteur public, 77 secteur privé, 70 mixtes) et 299 en cours (95 dans le public, 90 dans le privé, 114 mixtes)

<sup>8</sup> KERLEAU M., 2001, les processus de restructurations des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales, *Revue française des affaires sociales*, n°2, p 60

<sup>9</sup> MINVIELLE E, CONTANDRIOPOULOS AP, la conduite du changement : quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière, *revue française de gestion*, volume 30, n° 150, p 30

structurels internes et externes. C'est ce terme de recomposition qui a été retenu par la DHOS pour présenter son atlas<sup>11</sup> Les objectifs poursuivis sont de trois ordres : l'adaptation de l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé, l'optimisation des moyens et le maintien de l'offre de soins.

Dans le cadre de ce travail le terme de restructuration comprend les fusions internes d'unités ou de services, les changements d'activités, les regroupements de plusieurs sites sur un même lieu, les fermetures ou créations de nouvelles unités, la création des pôles, à l'exclusion de la construction d'un nouvel hôpital.

## **1.2 La tarification à l'activité et l'EPRD**

La mise en place de la T2A vise à rénover et harmoniser les modes de financement des établissements de santé. Cette réforme bouleverse la gestion hospitalière car l'activité joue un rôle essentiel puisqu'elle seule génère les recettes. Chaque séjour patient donne lieu au versement d'un forfait clinique, comparable d'un hôpital à l'autre. La comptabilité analytique peut faire apparaître pour chaque groupe homogène de malade le coût pour l'hôpital, et ainsi être comparé à l'échelle nationale des coûts. Chaque établissement a donc pour objectif d'optimiser la trajectoire de prise en charge du patient. Les projets de prise en charge médico-soignants sont directement interpellés par ces données.

## **1.3 La modification du fonctionnement interne hospitalier : l'organisation en pôles d'activités**

La gouvernance hospitalière permet à chaque établissement de repenser son organisation autour du patient. Elle repose sur une nouvelle organisation des instances, la mise en place de pôles d'activités et la contractualisation interne. La mise en place des pôles s'appuie sur le principe de subsidiarité. Les activités médicales et/ou médico-techniques sont regroupées en pôles selon une certaine homogénéité médicale et structurelle. En fonction des établissements l'organisation suit des logiques différentes : processus de prise en charge, architecture, mutualisation des ressources cliniques et médico-techniques. Le pilotage du pôle est assuré par un triumvirat : le responsable médical de pôle, un cadre de santé et un agent administratif assistant du pôle. Le conseil de pôle se substitue au conseil de service, et ses membres sont élus à l'exception de ceux qui y siègent de droit. La dynamique souhaitée a pour objectif une culture de

---

<sup>10</sup> RAVEYRE M, UGHETTO P, 2001, le travail part oubliée des restructurations hospitalières, Revue Française des affaires sociales, n°2 ; p 98

<sup>11</sup> DHOS, Atlas des recompositions hospitalières, 2006, [recomposition-hospitaliere@sante.gouv.fr](mailto:recomposition-hospitaliere@sante.gouv.fr)

production, d'activité et de qualité au sein des pôles. Il y a une interaction étroite entre les projets de pôle et le PSIRMT.

## 1.4 Les projets au cœur des restructurations

Le concept de projet demande à être clarifié ainsi que les notions de projet d'établissement et de projet de soins. Cette étape est indispensable car si les concepts sont flous alors ils engendrent des incompréhensions.

### 1.4.1 Le projet : un terme polysémique

Le projet est défini comme « *ce que l'on a l'intention de faire*<sup>12</sup> » Ainsi le projet s'inscrit dans une **temporalité du futur**, une logique d'anticipation afin de s'adapter aux changements à venir ou les initier. Il est aussi l'expression d'une volonté, d'une intention, d'un désir<sup>13</sup> Il met alors en exergue le concept de **l'intentionnalité**. Ces caractéristiques sont complétées par HONORE<sup>14</sup> qui définit le projet comme un élément fondamental de l'identité d'une entreprise située dans un **environnement**. Cette définition donne sens aux multiples projets qui existent à l'hôpital : projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet qualité. Le lien avec l'environnement permet d'intégrer les besoins en santé de la population au sein d'un territoire de santé.

Le projet renvoie aussi à des traits spécifiques<sup>15</sup> : son **exemplarité** en s'éloignant du banal et du quotidien pour penser un ailleurs souhaitable à réaliser, son **opérativité** c'est-à-dire d'être concrétisé sous une forme ou une autre d'explicitation et enfin sa **pronominalisation** car il est toujours lié à un acteur individuel ou collectif bien identifié qui se comporte comme auteur Le projet peut de par ses caractéristiques méthodologiques de distanciation, son exigence de globalité et sa nature floue, va représenter l'outil approprié pour appréhender la complexité, c'est-à-dire pour gérer de façon prioritaire non plus un seul mais une pluralité de paramètres à la fois<sup>16</sup>. Le projet a une double propriété, celle de porter ce qui n'existe pas encore et de se détruire dès qu'il se réalise<sup>17</sup>. Il est donc possible de constater que le concept de projet s'inscrit dans un futur prenant en compte l'environnement, avec une intentionnalité d'un souhaitable à réaliser tout en gardant un caractère opératoire et nominatif.

Dans l'acception de ce sens, le terme de projet est apparu de façon plus tardive dans le monde hospitalier, bien qu'existant déjà sous d'autres formes : projet thérapeutique, projet

---

<sup>12</sup> Dictionnaire LAROUSSE, 2000, p 828

<sup>13</sup> RAYNAL S., 2000, le management par projet : approche stratégique du changement, éditions d'organisation,

<sup>14</sup> HONORE B, 1990, l'hôpital et son projet d'entreprise, Editions Privat, p 14

<sup>15</sup> BOUTINET JP, 2006, psychologie des conduites à projet, p 34

<sup>16</sup> Idem p 16

<sup>17</sup> Idem p 23

de recherche...c'est ainsi que le législateur a introduit la notion de projet dans la loi portant réforme hospitalière de 1991. Une évolution sémantique a eu lieu et le terme de projet est maintenant davantage considéré comme un concept : projet médical de territoire, projet d'établissement, projet de pôle, projet de soins individuel ou collectif. Pourtant, il conserve une connotation positive comme outil de réussite et de modernisation du système sanitaire.

#### **1.4.2 Le projet d'établissement : un corpus réglementaire étoffé progressivement**

La notion de projet d'établissement (PE) est affirmée dans la loi portant réforme hospitalière de 1991 : « *Le PE définit notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche médicale Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (...) Il est établi pour une durée de 5 ans, il peut être révisé avant ce terme* »<sup>18</sup>.

Le manuel de certification de la Haute Autorité de Santé comprend une référence concernant les orientations stratégiques de l'établissement au sein du territoire de santé et en interne ce qui indique clairement l'importance d'une politique claire et partagée.<sup>19</sup>

Enfin, l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>20</sup> stipule « *le PE définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion, et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un **projet de prise en charge des patients** en cohérence avec le projet médical et le **projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**, ainsi qu'un projet social.* » La notion de projet de soins est donc une notion relativement ancienne (1991). Pourtant, dans le cadre des CPOM, l'ARH est amené à analyser les projets de soins et c'est ainsi qu'il a été conduit un travail en région Ile de France pour déterminer le contenu d'un projet de soins.

#### **1.4.3 Le projet de soins : une structuration définie, valorisée**

Le PSIRMT y est défini<sup>21</sup> comme « *un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Il donne du sens à l'action* ». Outre les articulations nécessaires entre les différents projets, il est précisé que le projet de soins, déclinaison

---

<sup>18</sup> Loi du 31 juillet 1991 n°91-748 portant réforme hospitalière et renouvée par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale qui précise que le projet d'établissement doit comporter un projet social.

<sup>19</sup> Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, 2007, HAS, p 11

<sup>20</sup> Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, JO du 3 mai 2005

paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical peut aussi avoir ses propres axes de développement. Enfin, il réaffirme que le projet de soins doit être un document relativement synthétique formalisant le contexte dans lequel il sera à mettre en œuvre, les principes philosophiques et éthiques qui sous-tendent toutes les actions, les principaux objectifs et actions concrètes qui seront réalisées et leurs modalités d'évaluation<sup>22</sup>.

Enfin, la commission des soins<sup>23</sup> devenue CSIRMT<sup>24</sup> émet un avis sur l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique., la recherche dans le domaine des soins infirmiers, rééducation et médico-technique et l'évaluation de ces soins, l'élaboration d'une politique de formation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

Il nous est donc possible d'identifier que l'ensemble de ces compétences concerne le projet de soins soit dans ses axes majeurs, soit dans la recherche de cohérence avec le projet d'établissement. La validation du projet de soins par la CME et la CSIRMT confère au projet de soins une dimension et une légitimité institutionnelle qui favorisent la déclinaison des objectifs en actions.

Dans le cadre de ce travail, l'expression « *projet de soins* » sera utilisé pour le projet de soins infirmiers, le projet de soins infirmiers, rééducation et médico-technique car c'est une appellation usuelle pour les soignants, il n'entend pas le projet de soins individualisé de la personne soignée.

Dans les parties suivantes, seront présentés dans un premier temps les résultats de l'enquête sur le terrain puis dans un second temps les préconisations envisageables pour le directeur des soins dans l'articulation du projet de soins et des restructurations internes.

---

<sup>21</sup> DRASS – ARH Ile de France, 2006, projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : guide d'élaboration et d'évaluation, p 3

<sup>22</sup> Idem, p 4

<sup>23</sup> Instaurée par la loi 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Art. L 714-26 JO du 2 août 1991

<sup>24</sup> Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 ; article 6, JO du 3 mai 2005

## **2 Une approche compréhensive du terrain par enquête**

Après avoir exposé le cadre de l'enquête, les résultats seront présentés et analysés.

### **2.1 Le cadre de l'enquête**

#### **2.1.1 Objectifs de l'enquête**

- Clarifier les différentes dimensions du projet de soins pour les professionnels
- Repérer les incidences entre projet de soins et restructurations
- Dégager les qualités d'un projet de soins qui puissent intégrer les incertitudes liées aux restructurations

#### **2.1.2 Méthodologie de l'enquête**

##### **Une analyse documentaire préalable**

Après une recension bibliographique il est apparu qu'il était nécessaire de confronter la réalité du terrain avec les acteurs afin de vérifier les hypothèses formulées. Chaque établissement recherchait une rationalisation et une optimisation des activités en s'engageant dans des restructurations à type de fusions de sites, modifications d'activités quelle qu'en soit la nature : fermetures, créations, réorganisations à l'exclusion d'externalisation et de construction architecturale d'un nouvel hôpital.

La description monographique permet de construire une représentation de la réalité. Elle précède et complète l'observation.

##### **Un outil : l'entretien semi-directif**

Les entretiens complètent les données. Ils permettent de tenir compte de la singularité de chaque situation. Il s'agit d'entretiens semi-directifs menés à partir d'un guide d'entretien<sup>25</sup>.

Ils ont eu lieu en face à face avec une durée moyenne d'une heure (avec une variabilité de 45 minutes à 1h30). La confidentialité et l'anonymisation des données ont été garanties afin de ne pas gêner l'expression. Il n'a pas été procédé à des enregistrements simultanés. Un guide test a été élaboré et testé auprès de deux professionnels dans un troisième établissement non retenu dans le cadre de ce travail. Les résultats seront présentés en citant des extraits d'entretien, cela renforce la plausibilité de faits ou de significations avancés par l'auteur. La citation pourra aussi venir en illustration des analyses étayer les interprétations.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Annexe I

<sup>26</sup> BLANCHET A, GOTMAN A, 2007, l'enquête et ses méthodes : l'entretien, collection sociologie 128, Editions Armand Colin, 2<sup>e</sup> édition, p 111

### **2.1.3 Le choix des établissements**

Afin de regarder les différents aspects de la problématique et de l'étayer au moyen de l'enquête sur le terrain, le choix s'est porté sur deux établissements<sup>27</sup> qui ont vécu ou sont en train de vivre des restructurations internes.

Le premier établissement « site 1 » est engagé dans des fusions de services et un regroupement sur un seul site.

Le deuxième établissement « site 2 » connaît des changements d'activité : fermetures ou créations d'unités, transferts d'unités vers d'autres établissements et des modifications des modes de prise en charge du patient notamment mutation de l'hospitalisation conventionnelle en hospitalisation de jour. Il va vivre prochainement une fusion avec un autre centre hospitalier distant de quelques kilomètres.

Ils sont donc peu différents hormis que le site 1 a une capacité double par rapport au site 2 et qu'il est implanté en province alors que le site est situé en région parisienne.

### **2.1.4 Les professionnels rencontrés**

L'enquête a été réalisée auprès de 21 acteurs engagés soit dans un processus de restructuration, soit dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins<sup>28</sup>. Ils ont concernés les acteurs de deux centres hospitaliers au niveau opérationnel (cadres de santé, infirmières, médecins), au niveau intermédiaire (cadres supérieurs de santé, cadres paramédicaux de pôles) et au niveau stratégique (directeurs, directeurs de soins).

### **2.1.5 Les limites de l'étude**

L'échantillon des établissements et de la population enquêtée atténue l'analyse. Mais, il est révélateur des situations vécues dans les hôpitaux. La description monographique est très liée à la qualité des informations conservées dans les établissements qui ont tous deux connu de grands bouleversements à la direction des soins dans les années 2002-2003. La consultation documentaire tend à montrer certaines difficultés dans la formulation des axes de développement et l'évaluation de la démarche d'accompagnement au fil des années.

Les entretiens ont alors trouvé tout leur sens car la tradition orale a permis d'apporter des précisions à l'approche écrite. Cependant, la technique de l'entretien pose toujours la question de l'objectivité de l'enquêteur et de l'enquêté. Le choix de ne pas avoir enregistré la teneur des entretiens est une autre limite car la prise de note, malgré toute la volonté de rigueur de l'enquêteur, ne peut être aussi précise qu'un enregistrement, prise de note influencée par les représentations de celui-ci.

---

<sup>27</sup> Annexe II

<sup>28</sup> Annexe III

### **2.1.6 La méthode de présentation des résultats**

Dans chaque entretien, les idées principales en lien avec le cadre théorique et la problématique ont été retenues. Le choix d'une étude essentiellement qualitative conduit à citer régulièrement le discours des personnes mieux qu'un résumé ou une synthèse qui peuvent trahir la pensée.

## **2.2 Résultats et analyse**

Les opinions des professionnels engagés ont été associées par thématiques : d'abord le projet de soins, puis l'articulation avec les autres projets, les restructurations et enfin les perspectives d'évolution possibles envisagées pour les acteurs avant de déterminer une approche possible d'une stratégie managériale pour le directeur des soins.

### **2.2.1 Le projet de soins quel sens et quelle réalité pour les acteurs ?**

#### **Un outil stratégique**

Les DH sont unanimes pour affirmer la nécessité d'un projet de soins. Ils lui confèrent une dimension stratégique « *c'est avoir une dimension stratégique et politique de l'établissement de santé* » (site1). Toutefois, des limites existent « *il devrait être au service de la stratégie mais il en est souvent une pâle représentation* » (site 2) car les projets sont souvent peu réactifs aux évolutions structurelles, organisationnelles, humaines, législatives.

Le projet de soins c'est aussi ce qui est nécessaire de mettre en place pour prendre en charge les malades, c'est la mise à plat de l'organisation des soins, « *c'est du concret* » (site 1). Il doit prendre en compte les pratiques de soins, le management des professionnels, la réponse aux besoins de santé de la population avec ce que cela implique comme réorganisations, coopérations, fusions (site 2). Il convient de rester vigilant quant aux écritures de projet « *qui sont parfois devenues des fins en soi, parfois incantatoires* » (site 2).

#### **Qui vise l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient**

Les DS lui attribuent deux caractéristiques fondamentales :

Il est un outil de prise en charge des patients avec un objectif d'amélioration des pratiques de soins (sites 1 et 2). C'est aussi un outil de travail qui permet la mise en lien entre la prise en charge du patient, les compétences professionnelles, le management des hommes, l'encadrement des stagiaires et le travail en collaboration (site 1). Cette notion de lien est mentionnée entre les pôles, entre les acteurs et entre les projets institutionnels. Il est aussi un outil au service d'une politique, un cadre stratégique qui définit la politique de prise en charge du patient garantissant un socle commun avec un niveau de qualité attendu. Il est alors défini comme « *structurant, fédérateur et organisateur* » (site 2).

### **Et donne du sens malgré un contenu mosaïque différent selon les acteurs**

Pour les cadres, il définit la direction à prendre (sites 1 et 2), en terme de signification des actions, il est porteur de sens. Pourtant, la notion de projet de soins est floue pour un certain nombre de cadres notamment des filières médico-techniques et de rééducation. Ils le décrivent comme un outil de reconnaissance du travail des soignants, mais aussi comme un outil de reconnaissance des directions de soins, chacune des notions semblant exclure l'autre « *il n'est pas fait pour le personnel qui d'ailleurs le connaît peu ou pas* » (sites 1 et 2). Pour les cadres le projet de soins doit être pratique, concret : prise en charge de la douleur, des escarres, de la fin de vie mais c'est aussi la gestion des risques : chutes, transfusion, prélèvements sanguins. Il doit s'ancrer dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Il concerne aussi des outils (dossier de soins) et des méthodes (HACCP). De fait, il s'adresse plus « *aux infirmières et aux aides-soignantes et pour les médico-techniques c'est plus difficile de s'y retrouver* ».

Certains mentionnent une confusion dans le terme à savoir que les soignants entendent par « projet de soins » le projet thérapeutique ou de prise en charge du patient mais en aucun cas le projet de soins institutionnel.

### **Mais non intégré en tant que « référentiel » dont l'absence ne serait pas préjudiciable**

« *S'il n'y avait pas de projet de soins, je ne verrai pas la différence* » (site 2, CS). « *Je ne fais jamais référence au projet de soins dans mon exercice professionnel, même si j'effectue un travail de fond* » (CSS, site 2). Les thématiques du projet de soins sont le plus souvent abordées sous l'angle de suivi d'indicateurs : taux de conformité à un référentiel, taux de prévalence, pourcentage de recrutement ou de turn-over.

### **Sauf pour les infirmières**

Le projet des soins est défini pour 5 ans et c'est l'outil de prise en charge des patients sur des thèmes précis : douleur, escarres, soins palliatifs, hygiène, dossier de soins. A partir des axes développés, il permet l'écriture de protocoles ou de procédures (sites 1 et 2).

La formation, l'encadrement des étudiants, la gestion des ressources humaines, la collaboration sont évoqués en tant que moyens au service de l'objectif. « *Ils n'ont pas à figurer dans le projet de soins* » (CPP, site 2).

### **Et méconnu des médecins**

« *C'est le projet de la direction des soins, des non médecins* » (site 2). Ils concèdent ne pas savoir si les axes de travail définis dans le projet de soins sont déclinés dans le service où ils exercent, malgré pour l'un d'entre eux sa participation à un groupe de travail « *bonnes pratiques professionnelles* » (site1).

### **En synthèse :**

- ❖ Le projet de soins revêt des dimensions différentes selon les acteurs rencontrés. Globalement, le concept et l'outil projet de soins restent assez flous dans le contenu, voire avec une vision réductrice.
- ❖ Malgré tout, il permet l'émergence progressive de pratiques communes par la formalisation d'objectifs de pratiques professionnelles et l'élaboration de procédures.
- ❖ Le lien entre le projet médical et projet de soins est peu mentionné, plutôt en terme de juxtaposition que d'articulation réelle
- ❖ Il n'y a pas de référence à l'évaluation sauf en ce qui concerne les pratiques professionnelles

## **2.2.2 Méthodologie d'élaboration du projet de soin**

### **Une démarche participative**

Sur les deux sites ont été constitués un comité de pilotage et des groupes de travail thématiques en fonction des axes du projet de soins précédent. Toutes les filières ont été associées (infirmière, médico-technique et rééducation) et sur le site 1 des acteurs complémentaires ont été invités : assistante sociale, psychologue, sage-femme, médecins et un directeur des soins d'un établissement privé.

Sur le site 1, l'évaluation du projet de soins précédent a été conduite par les groupes de travail. Elle a été en règle générale difficile car les indicateurs d'évaluation n'avaient pas été déterminés lors de l'élaboration du projet de soins. Les résultats ont permis d'identifier les points forts et les points à améliorer permettant de définir pour le prochain projet de soins : les objectifs, les modalités de mise en œuvre des actions, la planification, les moyens nécessaires, le coût estimé, et les partenaires sous forme de fiches action (DS).

Sur le site 2 il n'y a pas eu d'évaluation formalisée mais un diagnostic à partir des dysfonctionnements identifiés ou des événements indésirables déclarés. Le directeur des soins a donc formulé une commande aux groupes sans possibilité de négociation.

Il faut noter que sur les deux sites, l'équipe de direction des soins qui a conduit l'évaluation et l'élaboration du projet de soins n'est pas celle qui était présente lors de l'élaboration et la mise en œuvre du précédent projet de soins.

L'importance de la composition des groupes de travail a été relevée par de nombreux acteurs : « *il faut l'écrire avec des gens du terrain et avec ceux qui ont la capacité de le faire vivre, et pas seulement des gens qui sont dans l'écriture de projets* » (CSS, site 2). « *J'étais la seule infirmière dans mon groupe, il y avait beaucoup de cadres, j'ai eu peur car j'allais vers l'inconnu* » (site 1).

### **Avec des limites identifiées**

Tous reconnaissent l'importance de l'étape d'écriture mais il existe des interrogations quant au temps et aux ressources mobilisées « *pour un résultat qui n'est pas toujours*

*probatant quant à l'appropriation sur le terrain » (CSS, site 2) et quant à la pertinence de formaliser ce que tous les établissements mettent en œuvre « s'il est non novateur, il devient alors une zone de fragilité » (CPP site 2).*

La possibilité de pouvoir être novateur et créatif est mentionnée à différentes reprises : « parfois on nous demande de rentrer dans un moule pré-construit » (CPP, site 2). Dans la réalité l'innovation et la créativité semblent être limitées par le fonctionnement intrinsèque de l'hôpital « L'innovation est en opposition avec la structure pyramidale car elle remet en cause l'institution et puis il y a le cadrage réglementaire » (DH, site 1).

Sur le site 2 le DS mentionne que sur l'établissement précédent où elle exerçait, elle avait conduit une réflexion sur les valeurs permettant ainsi de dégager une philosophie et une politique de soins. Pour elle, cela est fédérateur et favorise l'appropriation puis l'implication C'est à son sens un frein à la mise en œuvre si cette réflexion n'existe pas comme c'est le cas dans l'établissement étudié.

### **Mais aussi une plus-value**

Ce travail en commun permet une connaissance mutuelle des différentes catégories présentes à l'hôpital « on ne se connaît pas » (cadres sites 1 et 2) et l'élaboration d'un langage commun « cela m'a permis de comprendre ce qu'était un projet de soins » (IDE site 2) et « on a finalement plus de points en commun que de différences » (IDE site 1). Ainsi, il est possible d'imaginer des pratiques communes alors qu'en règle générale chacun revendique sa spécificité. Dans les situations problématiques rencontrées il devient possible d'imaginer des solutions et d'avoir une plus grande réactivité et de capacité au changement alors que souvent « quand il y a un problème, il existe un climat de suspicion systématique vis-à-vis de l'autre, chacun protège son pré carré » (CS, site 2)

### **En synthèse**

- ❖ La démarche participative est devenue la règle dans les deux établissements
- ❖ Le management par projet est privilégié en faisant reposer l'essentiel du dispositif sur un travail collectif qui passe par l'équipe projet<sup>29</sup> associant gens de métiers et gens de projet<sup>30</sup>. L'efficacité quant aux ressources mobilisées est interrogée.
- ❖ Des possibilités d'innovation et d'initiative existent pour les professionnels mais elles semblent limitées par la structure hiérarchique car elles percutent l'organisation, constat également relevé par ALTER<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> L'équipe projet est déjà en ordre de marche imposée. Elle a un chef désigné, parfois élu, avec un but fixé d'avance. Les régulations au sein de l'équipe sont pré-organisées et ne font pas l'objet d'un consentement alors que le groupe projet doit choisir un leader, s'auto-organiser, susciter entre ses membres des liens de solidarité.

<sup>30</sup> BOUTINET JP., 2005, gens de métiers et gens de projet, soins cadres, n°55, p 70

<sup>31</sup> ALTER N., 1998, organisation et innovation : une rencontre conflictuelle, Sciences Humaines, Hors série n°20, p 56

### 2.2.3 L'articulation avec les différents projets

#### Une juxtaposition qui nuit à la lisibilité

Les acteurs du sommet stratégique (DH et DS) appréhendent aisément les différents projets et leurs articulations du fait de leur fonction. Ils réaffirment l'importance du **projet d'établissement** et les nécessaires cohérences entre projet d'établissement, projet médical et projet de soins. Toutefois, ils formulent la nécessité de communiquer sur les projets et de les mettre en lien pour les autres professionnels y compris médicaux. Cette demande est effectivement formulée lors de nombreux entretiens. **Le projet médical de territoire** est encore peu mentionné car récent et en cours d'élaboration pour les deux sites concernés « *nous sommes en manque de réactivité* » (CPP, site 2).

Par contre, les cadres (sites 1 et 2) énoncent leurs difficultés à intégrer la multiplicité des projets en cours, pour lesquels ils sont souvent sollicités : **projet médical**, projet **de soins**, projet **qualité**, projet **social**, projet **informatique**, projet de **restructurations**. « *Chaque projet vit pour lui-même* » (CPP, site 2). « *Il y a trop de dispersion et de confusion* » (CSS, site 1). Quant aux infirmières elles disent leur méconnaissance dans ce foisonnement et leur choix d'occulter parfois des informations afin de « *ne pas s'embrouiller* » (IDE, site 2).

Le lien avec la **démarche qualité** (accréditation, certification, évaluation des pratiques professionnelles) est souvent cité, « *On a travaillé avec l'ingénieur qualité pour créer de la cohérence, elle a apporté la méthodologie et moi le réel de la prise en charge du patient* » (CSS, site 2).

Souvent les cadres et les médecins ont été membres de groupes d'auto-évaluation et dans les deux projets de soins des établissements le lien avec la démarche qualité est formalisé. Sur le site 1 l'implication des professionnels dans les démarches qualité est mentionnée en tant que point fort dans l'axe « *développer les bonnes pratiques professionnelles* » et sur le site 2 « *la qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques en évaluant les pratiques professionnelles* ».

Certains se disent plus à l'aise avec le **projet qualité** « *Il y a des références, des critères, des indicateurs, une évolution et une évaluation entre les visites* » (CS, site 2) tout en reconnaissant que parfois les séparations sont assez virtuelles « *j'ai travaillé sur les bonnes pratiques et la gestion documentaire pour le projet de soins, mais nous avons une recommandation sur la gestion documentaire avec l'accréditation* » (médecin, site 1).

Chacun souligne que la finalité de tous ces projets est la même « *améliorer la qualité des soins aux patients* » (sites 1 et 2) et qu'il serait souhaitable d'élaborer un projet avec un « *corpus commun* » et des spécificités si nécessaire, mais « *il faut accepter de laisser quelque chose de sa spécificité pour construire ensemble* » (DS, site 1). « *Chacun tient encore à son titre, son expertise, son identité, son territoire, et cela ne sert pas le patient* » (CS, site 2)

**Des temporalités différentes** entre les projets sont souvent mentionnées en tant qu'élément nuisant à la lisibilité et à la cohérence.

La participation à la CSIRMT est évoquée en tant que facteur favorisant la connaissance de l'établissement (IDE et CS) et la dynamique institutionnelle (CS et CSS), le décodage des enjeux (CPP et CSS), la dimension transversale. « *J'ai intégré la CSIRMT et cela m'a ouvert des horizons, il faut changer de lunettes* » (CS site 2).

### **En synthèse**

- ❖ Le projet d'établissement reste incontournable, mais il joue difficilement d'intégrateur de la variété de projets existants comme constaté par BOUTINET<sup>32</sup>
- ❖ Le management par projet s'est imposé en l'espace de quelques années comme figure dominante pour gérer les changements intentionnels ce qui génère simultanément plusieurs projets managés en mode projet, sans réelle articulation
- ❖ Les temporalités existantes ne sont pas les mêmes tel que décrit par MOSSE et PARADEISE<sup>33</sup>
- ❖ La CSIRMT apparaît comme une instance facilitatrice pour acquérir une vision institutionnelle et transversale

## **2.2.4 Une focale sur projet de soins et restructurations**

### **Une inquiétude légitime**

Les restructurations sont vecteurs dans un premier temps d'inquiétudes et d'incertitudes concernant la situation future de travail : le lieu, l'équipe de travail, la nature de l'activité (IDE et CS sites 1 et 2). Ces préoccupations sont entendues et parfois relayées par les CSS ou CPP, « *les restructurations c'est la loi du silence de nos dirigeants* » (CPP, site 2). Certains évoquent le fait de devoir « *refaire ses preuves dans une nouvelle activité et environnement* » (CSS, site 2). « *Ce sont peut être les directeurs qui ont le plus peur, il faut faire des liens* » (DS, site 2)

### **Qui occulte dans un premier temps le projet de soins**

« *Ma préoccupation actuelle c'est le déménagement, avec qui je vais travailler* » (IDE, site 1) puis la réponse est complétée concernant le patient « *de toute façon les malades ne changent pas alors on continuera à le traiter comme on le fait déjà* » (IDE, site 2).

La notion d'appartenance au service voire à l'unité reste forte, synonyme de lieu de sécurité « *Le pôle c'est déjà difficile et leurs préoccupations ce n'est pas le projet de soins mais leur avenir immédiat* » (CSS, site 2). Les restructurations sont évoquées en terme de discipline médicale, locaux, personnel mais rarement en terme d'organisation des soins et

---

<sup>32</sup> BOUTINET JP, 2000, les outils de l'organisation sanitaire, ADSP, n°33, p 48

de la nature du travail « *et c'est une erreur* » (DS, site 2), car il ne faut non plus oublier les interfaces. Il existe une difficulté à se projeter dans le futur et à imaginer le projet de soins « *car les restructurations prennent des années* » (CSS, site 1), « *il faut construire un futur qui n'existe pas, sans références existantes* » (CPP, site 2).

### **Mais qui révèle à distance des bénéfiques inattendus**

Les restructurations sont peut être une opportunité pour le projet de soins car cela nous « *oblige à nous interroger sur l'autrement* » (CSS, site 1). En effet, qu'elles soient mises en place des pôles, mutualisations sur un même site, réorientations d'activités, elles peuvent être « *source d'enrichissement et pas seulement une contrainte* » (CSS,site 2), et cela incite à repenser les organisations, à apprendre à travailler ensemble. Malgré la crainte du changement, les professionnels mentionnent la chance pour eux d'intégrer des locaux neufs, plus fonctionnels et adaptés aux pratiques « *il faut cesser de réorganiser à l'intérieur de locaux historiques et obsolètes* » (CPP, site 2). De même, le bénéfice pour le patient est évoqué concernant la modification des modes de prise en charge « *il viendra en hôpital de jour au lieu d'une hospitalisation traditionnelle* » (IDE, site 2). Un DS pense que si l'on est centré sur le cœur du métier c'est-à-dire le soin au patient « *alors le projet n'est pas malmené par les restructurations, il s'en exonère* » (site 1).

### **En synthèse**

- ❖ Une restructuration est un choc entre l'émotionnel et le rationnel. La rationalité ne suffit pas à convaincre. Il y a une tension permanente entre le global (l'institution) et l'individuel (les individus). Ce constat a été mentionné par le groupe Laennec<sup>34</sup>.
- ❖ Il y a des attentes de reconstruction notamment le développement des compétences professionnelles, les modifications des modes de prise en charge et la qualité du travail. Les restructurations sont donc « *porteuses d'espoir* »<sup>35</sup>
- ❖ Il existe aussi une recomposition des normes collectives<sup>36</sup> qui agit à tous les niveaux : modes de prise en charge, techniques utilisées, relation au patient, échanges entre médecins et soignants, ou bien encore des critères de qualité retenus par les services.
- ❖ Les partenaires sociaux n'ont pas été mentionnés, résultat corroboré par l'étude menée par VOLOVITCH<sup>37</sup> qui indique que dans la pratique les syndicats se révèlent

---

<sup>33</sup> MOSSE P, PARADEISE C, 2001, restructurations de l'hôpital, recomposition des hôpitaux : réflexions sur un programme, revue des affaires sociales, n°2, p 152

<sup>34</sup> GROUPE LAENNEC, 1999, accompagner les restructurations : carnets de route, gestions hospitalières, n° 385, p263

<sup>35</sup> DUMOND JP, op. cit.,p 106

<sup>36</sup> Les normes sont des repères sur la posture à adopter pendant le travail. Elles sont souvent implicites et leur respect conditionne l'appartenance à un collectif de professionnels, DUMOND JP, op. cit p 109

<sup>37</sup> VOLOVITCH P., VINCENT C., 2001, les syndicats face aux restructurations hospitalières, revue des affaires sociales, n°2, p138

être un acteur secondaire des restructurations. Il n'est pas force de propositions dans le domaine des activités médicales et de l'organisation des soins.

- ❖ Aucun acteur à l'exception du DS du site 1 n'a mentionné les restructurations comme un axe de travail figurant dans le projet de soins

## **2.2.5 Quelle cohérence et quelles perspectives pour les acteurs ?**

### **Les valeurs : un mot récurrent**

Un certain nombre d'acteurs toutes catégories confondues a mentionné l'importance des valeurs qui devraient être le socle du PSIRMT (CPP site 2), mais en mentionnant une vraie difficulté à les identifier et à les faire vivre car elles sont personnelles et aussi professionnelles (DH site 2, DS site 1). De plus, il est mentionné que les jeunes professionnels auraient des « *valeurs différentes* », et que celles-ci sont aussi sources de la motivation (DH site 1) et de l'identité collective (DS, site 2). Enfin, le turn over important des personnels pénalise la « *transmission des valeurs* » jugées indispensables aux fondements des pratiques de soins (CPP, site 2).

### **Des turbulences mais des capacités mobilisées par les acteurs**

Dans les restructurations la dimension humaine est capitale, l'équipe de travail change ses normes et son mode de fonctionnement (DS, site 1). Les soignants se disent bousculés mais ils mettent en œuvre des capacités d'adaptation et d'innovation pour faire face (DS site 2)

Il faut apprendre à travailler ensemble, « *autrement* », soignants, médecins, administratifs mais aussi avec les autres établissements de santé (médecin, site 1) et « *modifier les méthodes de travail* » (IDE, site 2). Les cadres sont vécus comme « *frileux* » pour accompagner les changements quel qu'en soit la nature (IDE site 1 et 2, médecin site 2, DH site 2), et « *peu impliqués dans les pratiques de soins* » (DS, site 2).

### **L'outil projet de soins : une évolution perçue comme nécessaire**

Il est évoqué de « *créer un corpus commun projet médical et projet de soins* » (médecin, site 2) ce qui implique de développer l'expertise clinique et le raisonnement clinique (DS, site 2). Les spécificités relèveraient des projets de pôles (DS, site 1) car les prises en charge ont une composante médicale forte (CPP, site 2). « *La légitimité de l'existence du projet de soins dans sa forme actuelle est posée* » (DS, site 2). L'articulation avec la procédure de certification est formulée en tant que nécessité (CSS site 1, CS site 2) tout en s'interrogeant sur la démarche possible (CPP site 2), en évoquant le risque de fusion avec le projet qualité (DS, site 2) et la difficulté de la cohérence avec les projets de pôles (CPP site 2, CSS site 1).

### **L'évaluation des pratiques : un ancrage pertinent**

« *Les EPP nous incitent à réfléchir à notre positionnement* » (DS, site 2). La transversalité et la pluri-professionnalité créées dans les groupes d'auto-évaluation sont des points

forts relevés par l'ensemble des personnes interviewées permettant d'envisager de travailler sur des processus transversaux (CSS et CPP site 2).

### **En synthèse**

- ❖ Les valeurs apparaissent comme essentielles dans l'exercice professionnel, la motivation, l'identité collective mais leur évocation semble difficile
- ❖ Les personnels ont des attentes vis-à-vis des cadres pour les aider dans leurs stratégies d'adaptation face aux évolutions externes et internes à l'hôpital
- ❖ Le projet de soins reste signifiant dans des éléments de cadrage de prise en charge du patient même si dans sa forme il est peu opérant car parfois trop conceptuel ou trop généraliste.
- ❖ Les EPP sont perçues comme pertinentes pour élaborer le diagnostic de situation servant de base à l'élaboration du projet de soins.

## **2.3 Synthèse de l'enquête et vérification des hypothèses**

Le projet de soins est un élément fondateur de la pratique professionnelle mais son opérationnalité reste limitée. Il est percuté par les restructurations dans un premier temps, mais elles peuvent être structurantes pour les pratiques soignantes du fait des interrogations qu'elles suscitent.

### **Hypothèse générale**

**Si les acteurs chargés de la mise en œuvre du projet de soins ont participé à son élaboration alors il sera mieux intégré dans leur pratique**

Bien qu'il y ait eu une démarche participative d'élaboration sur les deux établissements, elle n'a pas permis une réelle appropriation car peu d'acteurs sont capables d'énoncer clairement la finalité du projet de soins, ses modalités de mise en œuvre y compris sur l'axe qu'ils ont travaillé. La participation apparaît comme un élément facilitateur nécessaire mais non suffisant. Un autre paramètre contribuant à l'appropriation a été identifié : la participation à l'évaluation qui permet alors d'intégrer le diagnostic et les objectifs visés par le projet de soins. Aussi, cette hypothèse est vérifiée partiellement.

### **Sous hypothèse**

**S'il est élaboré dans la concertation le projet de soins est conçu de façon à être opérationnel pour les soignants dans leur pratique quotidienne de prise en charge de la personne soignée**

L'opérationnalité se définit comme la déclinaison sur le terrain dans les pratiques de soins. La concertation permet l'ancrage dans la réalité des pratiques mais elle n'impose pas la formulation d'objectifs réalistes et mesurables. Un projet de soins peut être élaboré en concertation et rester conceptuel. Cette hypothèse est donc infirmée.

### **Sous hypothèse**

#### **Le projet de soins doit être conçu de façon à pouvoir être évolutif et adaptable aux restructurations en lien avec les acteurs concernés**

De nombreux acteurs ont mentionné le caractère d'obsolescence partielle des projets de soins sur les deux sites. Aussi, ces caractéristiques d'évolutivité et d'adaptabilité sont pertinentes. Cette hypothèse est confirmée.

### **Sous hypothèse**

#### **Pour un déroulement positif, les restructurations doivent en concertation avec les acteurs être intégrées comme axe de travail du projet de soins**

La thématique des restructurations intégrées comme axe de travail du projet de soins n'a pu être vérifiée. Elle demande à ce qu'une autre étude soit réalisée.

Au regard des résultats obtenus, de l'analyse et de la confrontation avec les hypothèses, il est maintenant possible de dégager des axes de travail pour le directeur des soins dans le cadre de l'articulation du projet de soins et des restructurations.

### **3 Stratégie managériale du directeur des soins : réflexions et propositions**

Il ne s'agit pas de présenter une structure de projet qui « résiste » à tout, ce serait un contre sens car tout projet s'inscrit dans un environnement, un contexte, des orientations définies au sein d'un territoire de santé.

Néanmoins, l'étude du terrain et la prise au sérieux de la parole des acteurs permet de dégager des préconisations quant à l'élaboration, la mise en œuvre d'un PSIRMT permettant d'intégrer les restructurations internes. Il est possible de distinguer trois niveaux : un niveau stratégique, managérial et organisationnel.

#### **3.1 Adopter une posture stratégique et politique :**

La stratégie est « *l'art de coordonner des actions et de manœuvrer pour atteindre un but*<sup>38</sup> » Dans le cadre d'une restructuration interne il y a association des membres de l'équipe de direction pour atteindre l'objectif visé en optimisant les ressources qu'elles soient humaines, matérielles, financières. Dans cette optique stratégique il doit exister un leadership collectif<sup>39</sup> c'est-à-dire une complémentarité de savoirs et de compétences détenus par l'équipe de direction. Cela implique une conception commune, une définition des rôles respectifs et le maintien d'une cohésion par une politique de transparence. Les réunions de direction permettent ce mode de structuration et de fonctionnement. Le directeur des soins pilote dans son champ de responsabilités qui lui est propre : le projet de soins infirmiers, rééducation et médico-technique (PSIRMT) et collabore<sup>40</sup> à l'atteinte de l'objectif commun que revêt les restructurations.

#### **Collaborer et coopérer au sein du territoire de santé**

Les usagers demandent à être soignés au plus près de leur domicile, avec des garanties de qualité quant à la prestation dispensée. La prise en charge du patient n'est plus l'apanage de l'hôpital même si celle-ci est complexe. Le développement des réseaux est une réponse à cette demande. Le projet de prise en charge du patient à l'hôpital doit intégrer la dimension territoriale de l'offre de soins et imaginer des modes de partenariat et de collaboration. Le directeur des soins participe à cette construction en lien avec les différents partenaires médicaux, sociaux, quel que soit le statut juridique dont ils relèvent, mais aussi élus, voire usagers. Afin de pouvoir envisager des dispositifs de soins cohérents et pertinents intégrant l'hôpital, le directeur des soins a nécessité de disposer

---

<sup>38</sup> Dictionnaire LAROUSSE, 2000, p 967

<sup>39</sup> PELLETIER G., 1998, les formes du leadership, Sciences Humaines, Hors Série n°20, p 26

<sup>40</sup> Dans la collaboration les individus ne réalisent pas les mêmes opérations mais travaillent sur le même objet avec un but commun alors que dans la coopération les individus agissent ensemble, EFROS D., 2004, travailler en équipe, de quelle équipe ? Soins cadres, n°49, p 27

des informations relatives à l'organisation territoriale. Aussi, dans ce cadre, il effectue une démarche auprès du chef d'établissement afin d'assister aux réunions de réflexion élaborant les éléments structurants du territoire en matière d'offre de soins.

### **Evoluer du projet de soins au projet de prise en charge du patient**

Plusieurs personnes interviewées ont mentionné l'évolution nécessaire du projet de soins vers un projet médico-soignant appelé aussi projet de prise en charge des patients, rejoignant ainsi une opinion déjà partagée par d'autres professionnels<sup>41</sup>. L'objectif institutionnel d'élaborer un projet commun de prise en charge des patients relève d'une décision émanant de la direction générale, en accord avec le président de la CME et le directeur des soins. Elle constitue un préalable à leur élaboration. A partir de cette volonté, le directeur des soins prend contact avec le président de la CME pour avoir une cohérence dans la démarche d'élaboration et dégager des axes de travail communs. Comme il existe déjà des membres de chaque commission qui siège à l'autre commission (CME et CSIRMT), il est souhaitable que le même principe existe pour les groupes de travail.

La démarche de management par projet est un choix institutionnel d'un mode d'organisation, il s'inscrit dans la circularité : aussi le diagnostic initial constitue un élément fondamental et incontournable. Le diagnostic peut s'appuyer sur les résultats de la visite de certification, les résultats d'audits ciblés réalisés annuellement, l'analyse des événements indésirables, l'étude des plaintes et réclamations par la CRUQPC ainsi que sur des auto-évaluations thématiques sans oublier bien sûr le bilan de l'atteinte des objectifs du précédent projet de soins. Le débat est à construire au sein du comité qualité.

### **Affirmer une politique de soins et des valeurs partagées**

Les soignants ont souvent évoqué les valeurs pour mentionner leur malaise vis-à-vis de celles-ci qui se transformeraient. Une valeur peut être définie comme une conviction personnelle qui apparaît valable à propos d'un comportement spécifique professionnel. Les valeurs sont des actions orientées et elles donnent une direction et une mesure à la vie personnelle et professionnelle. Une croyance (ex : capacité du patient à choisir), une attitude (ex : l'écoute), un sentiment (ex : le respect de l'autre) deviennent valeur que lorsque la personne est capable d'agir de façon répétitive et constante dans un schéma donné<sup>42</sup> Autrement dit, la valeur n'est ni un objet, ni un concept, elle ne peut être connue que si elle est mise en acte<sup>43</sup>. Elles ne sont pas spécifiques aux professions soignantes paramédicales, ce sont des valeurs humaines qui imposent à chacun des priorités

---

<sup>41</sup> DUBOIS-FRESNEY, 2004, projet médical, projet de soin...vers le projet des patients, Gestions Hospitalières, p 531

<sup>42</sup> SIMON, 1972 cité dans KOZIER et ERB, 1982, soins infirmiers : une approche globale, p 83

d'action notamment aux soignants. Elles se transmettent davantage par l'exemple que par les discours. La valeur n'est pas prescriptive même si elle est admise comme une donnée nécessaire à l'exercice professionnel, elle est normalisante en regard d'un référentiel créé par l'action d'un corps professionnel. Acter en respect à des valeurs communément admises par la profession, c'est acter son appartenance à un groupe professionnel.

Identifier des valeurs communes et les formaliser est un exercice difficile. Il apparaît opportun de conduire un groupe de travail pluri-professionnel à partir de situations cliniques réelles anonymes, témoignant d'une prise en charge réussie ou difficile, situations recueillies par les membres du groupe et travaillées en amont avec le directeur des soins. L'étape suivante est la formalisation d'une politique de soins si possible médico-soignante dans la prise en charge des patients.

### **Construire à partir d'une méthodologie rigoureuse**

Dans le projet de restructuration le directeur est le promoteur et dans le projet de prise en charge le président de CME et le directeur des soins sont chefs de projet. Aussi, faut-il clarifier la mission du chef de projet de façon opératoire : objectifs, moyens, contraintes, marges de manœuvres, devoir d'alerte. Le mode projet recommande de créer un comité de pilotage co-piloté par le DS et le président de CME en associant des acteurs ayant capacité décisionnelle c'est-à-dire des acteurs à un niveau stratégique : directeur des systèmes d'information, pharmacien, directeur qualité, DRH voire un représentant des usagers.

Des équipes projet sont ensuite composées de médecins et cadres soignants de pôles, de cadres des trois filières : d'IDE et spécialités, d'AS et d'AP, de manipulateurs radiologie, de techniciens de laboratoire, de rééducateurs. D'autres professionnels peuvent être associés en fonction de leur expertise. L'implication favorise l'appropriation du projet et sa mise en œuvre, mais ne constitue pas à elle seule un élément suffisant.

La CSIRMT et la CME sont deux instances qui par leur mode de constitution (vote) ont toute légitimité pour travailler sur le projet de prise en charge du patient. En ce qui concerne la CSIRMT elle a un rôle de maître d'œuvre, d'information, de suivi de projet et de maintien de la cohérence d'ensemble. Le pilotage opérationnel du projet est assuré par les cadres de pôles relayés éventuellement par les cadres supérieurs, et les cadres de proximité et les personnels ayant une expertise dans un domaine particulier.

### **Gérer les temporalités**

Les processus sont longs même si l'intentionnalité du changement est ramenée à l'horizon le plus proche (de 2 à 10 ans). Le temps présente une valeur variable selon les

---

<sup>43</sup> BARBIER J.M, 2004, Préférences d'engagement, représentations finalisantes et valeurs signifiées, p. 139 cité dans Le rôle des valeurs dans l'activité de soins, site [www.cadresante.com](http://www.cadresante.com), consulté le 3 juillet 2008

acteurs : médecins, soignants, décideurs, tutelles, gestionnaires, élus. Aussi, il y a nécessité d'un travail d'agencement négocié de ces temporalités différentes et d'anticipation de leur impact sur le déroulement de l'opération. Le directeur est à la fois gestionnaire du processus politique et gestionnaire du processus temporel, l'obligeant à des compromis acceptables par tous. Pour tous les acteurs cela implique des capacités d'écoute, de négociation, de management..., mais aussi une adaptation permanente. Concrètement, le directeur des soins aura à réajuster de façon récurrente un axe ou une thématique du PSIRMT afin qu'il reste pertinent en regard du contexte et des évolutions. Un comité de suivi des projets est à instaurer ainsi que la mise en place d'une évaluation annuelle des objectifs poursuivis. Ce travail d'intégration demande une capacité d'ouverture, d'innovation, de gestion des incertitudes.

### **Manager l'innovation, l'initiative et gérer les incertitudes**

L'approche adoptée par le dirigeant peut conditionner l'adhésion au projet ou son rejet. Entre l'approche volontariste imposée et l'approche négociée, le choix n'est pas possible, il apparaît nécessaire d'alterner entre les deux modes de conduite de projet.

Un projet de restructuration c'est aussi beaucoup d'incertitudes : le temps, l'organisation, les coordinations nécessaires, les acteurs qui changent sur la durée. Dans ce cadre, piloter c'est jouer sur « le clair obscur » du projet et finalement tenter de faire « du sur mesure ». C'est pour le directeur des soins adopter un mode de management souple et flexible, en gardant le cap sur l'objectif mais en laissant une part d'autonomie sur le chemin à prendre, un espace de parole et de négociation ce qui nécessite un effort de compréhension et une démarche dynamique. La complexité des situations est à la fois source de difficultés et une nouvelle façon de penser le progrès. L'innovation devient alors une invention qui a trouvé son utilité<sup>44</sup>. Elle requiert deux conditions pour émerger : la mobilité mentale et la souplesse de management. C'est être en veille c'est-à-dire être en attitude de vigilance positive pour mettre en valeur et mobiliser les ressources car l'être humain a tendance à mobiliser les seules ressources qui lui sont reconnues<sup>45</sup>. C'est aussi manager dans la confiance.

### **Développer l'apprentissage « d'un autrement, ailleurs »**

Les évolutions actuelles conduisent à la conception de nouvelles structures (par exemple les pôles) et de nouveaux modes d'organisation (par filières, modes d'hospitalisation, processus) difficiles à concevoir puisque à inventer en partie. Il est donc souhaitable de formaliser les retours d'expérience d'autres établissements, ou en interne si ceux-ci sont en train de se mettre en place, en sachant qu'il persistera toujours une dimension du

---

<sup>44</sup> GENELOT D., 2001, Manager dans la complexité, Editions INSEP consulting, p 320

<sup>45</sup> KOURILSKY F., 1996, la communication levier du changement à l'hôpital, soins formation, pédagogie, encadrement, n°19, p 17

« cas par cas ». Il y a donc une construction cognitive à réaliser. DUMOND<sup>46</sup> énonce que les fusions se sont mieux déroulées dans les services où il y a eu un travail préalable sur les règles du métier. En cherchant ce qui ressemble et ce qui rassemble les professionnels, cela permet la mise en commun, base de la reconstruction des normes collectives et d'une identité. Engager un travail d'anticipation développe chez les personnes concernées un sentiment d'implication dans ce qu'elles font et préparent, et permet une confrontation virtuelle à des situations complexes en les mettant à distance. Il convient alors de mettre en place des moments d'échanges et de partages à partir d'expériences vécues.

### **Créer un collectif de travail au sein des nouvelles entités**

Une équipe de travail fonctionne à partir de normes collectives, souvent implicites, influencées par le médecin et le cadre soignant, qui conditionnent l'appartenance à un collectif professionnel : aussi chaque équipe à une tonalité différente<sup>47</sup>. Dans le cadre des restructurations les professionnels vont devoir élaborer, intégrer de nouvelles normes et/ou valeurs professionnelles ou les rééquilibrer. Le DS contribue à cette reconstruction individuelle et collective en engageant un travail avec les équipes concernées sur leurs nouveaux locaux, leurs futurs collègues, les pratiques de soins et les organisations de travail, relayé par l'encadrement. Travailler sur la période transitoire c'est à dire favoriser un apprentissage du travail collectif et faire évoluer le projet pronominalisé vers un projet collectif.

### **Transformer l'événement restructuration en opportunité**

Les techniques de conduite de projet au sens instrumental sont à la fois nécessaires mais insuffisantes pour garantir la réussite d'une restructuration. Dans le processus de celle-ci, il y a toute une succession d'événements qui surgissent de façon plus ou moins impromptue. La prise en compte de ces événements renvoie à la capacité de la part des acteurs en charge du projet à faire face, soit en les utilisant en terme de catalyseur s'ils sont saisis à temps, ou alors ils s'imposent et donnent aux promoteurs la possibilité de se servir de la contrainte externe pour initier ou justifier des décisions.

Les interviewés ont souligné à plusieurs reprises l'opportunité de la restructuration pour « *repenser leurs pratiques de soins, de fonctionnement et leurs organisations* » mais aussi la possibilité pour eux d'acquérir une « *vision institutionnelle* » ou de « *nouvelles compétences* » que l'on peut imaginer dans les raisonnements cliniques et organisationnels.

Cette assimilation peut permettre de décliner au plan opérationnel des principes stratégiques d'un futur à construire en développant de nouveaux savoirs collectifs qui

---

<sup>46</sup> DUMOND J.P, op. cit, p 110

<sup>47</sup> DUMOND J.P, ibid., p 109

permettent aux différents acteurs de se parler, de se comprendre, d'interagir les uns avec les autres et d'imaginer des harmonisations de pratiques voire des corpus communs de pratiques avec des spécificités pour les situations très particulières. Les procédures transversales voire spécifiques à un secteur, les réunions cliniques, l'élaboration d'un processus de prise en charge du patient, constituent un socle visible de cette élaboration.

### **Communiquer : Entre explicitation et incomplétude,**

Communiquer sur un projet ne se résume pas à transmettre des informations par voie orale ou écrite, mais à chercher à le faire vivre et le valoriser par tous les moyens. En ce sens, la communication est un acte authentique de management car elle implique des actions telles que : clarifier les objectifs, transmettre un message clair, contrôler, valoriser et critiquer les résultats, accompagner.

Les différentes dimensions du projet sont parfois en contradiction car pour la construction identitaire il faut qu'il y ait rapidement une représentation du futur, mais les négociations, réajustements nécessitent parfois de laisser les professionnels dans le flou<sup>48</sup>.

### **Entre collectif et individuel**

Communiquer, c'est aussi instaurer un dialogue social permanent avec des règles du jeu négociées avec les partenaires sociaux pour une construction partagée et expliquée. Pour la plupart des professionnels de santé, parler de l'hôpital dans sa globalité et comme institution n'a aucun sens. Ils se déterminent au mieux par rapport à l'unité de travail mais l'appartenance la plus forte reste celle du métier<sup>49</sup>. Aussi, il est nécessaire de recevoir chaque agent concerné par la restructuration. Les mots sont connotés, il y a nécessité de vaincre la méfiance et d'acquérir la confiance.

**En utilisant les supports existants :** journal interne, notes par intranet, panneaux d'affichage, un journal spécifique « restructuration »

Mais c'est aussi pour le directeur des soins avoir un recueil d'informations sur les organisations de travail existantes et s'inscrire dans des perspectives d'évolution, demain le projet régional de santé.

## **3.2 Exercer un management de proximité centré sur les cadres**

Les restructurations accentuent les tensions existantes dans le milieu du travail et l'organisation du travail car elles exacerbent les problèmes non résolus mettant en évidence les questions de coordination entre services et à l'intérieur des collectifs de travail. Le management constitue un axe de travail. Il se définit comme *« l'ensemble des méthodes d'organisation efficace et de gestion rationnelle employées dans la direction*

---

<sup>48</sup> BOUTINET JP, 2000, les formes ambiguës de l'anticipation, éducation et management, n°21, p 32

<sup>49</sup> COUDRAY MA, BARTHES R., 2006, le management à la croisée des chemins, gestions hospitalières, n° 452, p 18

d'une entreprise »<sup>50</sup>. S'accorder sur une stratégie, planifier et mettre en œuvre, contrôler, gérer les activités et les personnes, évaluer et améliorer les performances, tout cela concourt au management.

### **Inscrire le mode de management par projet en cohérence avec les orientations de la gouvernance**

Piloter le PSIRMT, collaborer à un projet de restructuration, accompagner les pôles dans leur nouvel apprentissage de fonctionnement nécessite l'acquisition d'une nouvelle posture pour le directeur des soins à la fois décideur, partenaire, accompagnateur et soutien, pédagogue.

Des entretiens se dégagent des attentes vis-à-vis du directeur des soins concernant la possession d'informations relatives aux restructurations afin d'acquérir une vision du futur envisagé, mais aussi l'articulation entre les différents projets dont le PSIRMT. En tant que membre de l'équipe de direction et souvent présent au conseil exécutif, le DS est en interface permanente ce qui lui permet d'être un relais efficace au cœur des différentes logiques hospitalières.

Il a pour mission de promouvoir la connaissance d'autres pratiques organisationnelles en conseil de pôle, en entretien singulier avec le président de la CME, en réunion des cadres de pôles.

Par ailleurs, l'existence d'une collaboration avec le centre de documentation d'une structure de formation peut permettre de constituer une base documentaire accessible aux cadres ou à défaut la rédaction d'une revue de presse thématique pour servir de support à une réunion thématique de l'encadrement de pôles.

### **Conduire le changement**

La réussite du changement passe d'abord par l'implication de ceux-là mêmes qui doivent le conduire<sup>51</sup> car le changement est un « *processus collectif de création et d'apprentissage (...) une conquête institutionnelle aléatoire et problématique (...). Il est création et acquisitions de nouveaux modèles relationnels, nouveaux modes de raisonnement, bref de nouvelles capacités collectives*<sup>52</sup>. C'est apprendre des jeux nouveaux<sup>53</sup> Le fait de décréter un changement déclenche en général un peu plus d'immobilisme, car il est vécu comme une agression<sup>54</sup>. Les gens ne résistent pas au changement, ils discutent leurs capacités de négociation dans l'organisation.

---

<sup>50</sup> Trésor de la Langue Française Informatique (TLFI), consulté le 3 juillet 2008, article management, site [www.atilf.atilf.fr](http://www.atilf.atilf.fr)

<sup>51</sup> COUDRAY M.A, BARTHES R, 2006, op.cit, p 18

<sup>52</sup> CROZIER M., L'acteur et le système, 1977, éditions du seuil, collections points, p 392

<sup>53</sup> RAYNAL S, op. cit., p 252

<sup>54</sup> KOURISKY F., 2008, du désir au plaisir de changer, éditions Dunod, 4<sup>ème</sup> édition, p 41

Les restructurations constituent un changement de type II c'est-à-dire un changement qui affecte et modifie le système lui-même<sup>55</sup>. Il mise donc sur l'interdépendance et la coopération car cela facilite l'émergence d'une co-construction dans le travail, plus propice qu'un lien de subordination. Le DS doit s'appuyer sur les valeurs du système : soins au patient, respect, reconnaissance mutuelle, coopération et les aider à surmonter le sentiment de perte né de la restructuration et créer un nouveau sentiment d'appartenance

### **Recentrer sur le cœur du métier**

#### **Les professionnels paramédicaux**

COUDRAY et BARTHES font le constat que le modèle de métier est clairement en crise pour plusieurs raisons : En effet, la mise en place d'organisations transversales exigent une coopération interprofessionnelle, l'événementiel fait appel à l'initiative et à l'innovation alors que le point fort du métier est la stabilité et la transmission. De plus, la pénétration dans les sphères professionnelles par les usagers et, la poussée des nouvelles générations qui appréhendent la vie sous une autre temporalité (non plus évoluer à partir d'expériences acquises par ancienneté mais par la diversité des expériences), l'ouverture à d'autres métiers, la mobilité réinterrogent la notion de métier. La parution du répertoire des métiers<sup>56</sup> redonne des repères mais il est d'après les DS et les DRH encore peu utilisé.

**Mais aussi les cadres** sur leur rôle de coordonnateur de la prise en charge du patient et d'élaboration du projet de soins individuel. C'est aussi leur demander d'évaluer les pratiques professionnelles, d'évaluer les compétences nécessaires à l'exercice professionnel et accompagner les jeunes professionnels dans leur structuration.

Pour le directeur des soins, c'est clairement demander aux cadres de pôles d'élaborer un projet managérial de pôle qui définit au sein de chaque pôle les missions et attributions du cadre. Par exemple en terme d'évaluation des pratiques professionnelles et du projet de soins individuel c'est désigner un cadre référent, positionné en position transversale qui aura en charge ce domaine. Pour certains établissements notamment ceux de grande taille, c'est avoir un cadre référent, en position transversale sur des dossiers transversaux tels que le dossier de soins, les procédures, l'articulation avec la direction qualité.

C'est aussi développer et renforcer les compétences managériales des cadres, se projeter avec la DRH dans une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, mais aussi envisager de nouveaux métiers. Là, encore au sein de chaque pôle, un cadre référent pourrait être en charge du domaine de la gestion des ressources humaines.

---

<sup>55</sup> KOURISKY F., *ibid.*, p 45

<sup>56</sup> Ministère de la santé, DHOS, 2004, répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, Editions ENSP.

### **Définir une stratégie d'implication et d'apprentissage : l'analyse de pratiques**

De façon concrète c'est développer l'apprentissage par situations cliniques en utilisant une démarche de type réflexif. A partir de la situation analysée, s'engage alors un travail de conceptualisation qui contribue à l'acquisition de nouvelles connaissances. C'est donc clairement adopter une approche « compétences »<sup>57</sup>.

Autrement dit, les cadres qu'ils soient de proximité, intermédiaire, cadre supérieur de santé ou de pôle, doivent posséder des compétences de coordonnateur entre les composants et acteurs du système dans lequel ils évoluent, mais aussi d'innovateur dans le développement continu de la qualité du service rendu aux patients, et de formateur dans le développement de la performance collective. Ces mêmes caractéristiques s'appliquent au directeur des soins. A partir des objectifs visés, c'est élaborer un dispositif de formation cohérent, qui peut faire appel aux compétences internes, mais aussi à des organismes extérieurs en intra-hospitalier ou en extrahospitalier. Les modalités sont déterminées en fonction de l'objectif visé et du diagnostic de situation collectif de l'établissement mais aussi individuel de l'agent dans le cadre d'un entretien professionnel. Le directeur des soins en tant que coordonnateur de l'activité de soins ou participant à cette coordination s'inscrit dans une dynamique de management et d'animation des cadres. Sa fonction l'amène à favoriser l'émergence de compétences collectives et individuelles. Il a un rôle pédagogique et doit renforcer un leadership de leader.

### **Définir une politique de formation et d'accompagnement**

Comme souligné, la formation est un levier de changement et d'accompagnement des pratiques quelles soient managériales, soignantes, pédagogiques.

L'identification de processus transversaux permet le travail en commun : dossier patient, lutte contre les infections nosocomiales, la fin de vie, la prise en charge douleur, la relation d'aide, la consultation d'annonce....., les échanges, la co-construction de compétences. Le plan de formation continue constitue un outil managérial au service de la politique d'établissement.

## **3.3 Redéfinir les organisations : Valoriser l'activité de soins**

« *Le travail est le point aveugle des restructurations et du management* <sup>58</sup> » La technicité croissante, la multiplicité des tâches, le renforcement des sollicitations des patients et leur famille, le sentiment d'intensification du travail ont parfois amené à réorganiser les priorités. Dès lors, l'exercice professionnel a peut être été de minimiser le risque plutôt que de viser des critères de performance. Dans un contexte où une importance croissante

---

<sup>57</sup> LAMBERT J., 2008, nouvelle donne générationnelle et pédagogie, quelles différences de représentations ?, Soins cadres de santé, n° 65, p 49

<sup>58</sup> RAVEYRE M, UGHETTO P, op. cit., p 106

est accordée à la performance organisationnelle et à la qualité de la production de soins, il est opportun de conduire une réflexion sans tabou sur ce concept de performance.

**La performance infirmière** se définit comme la mesure de l'efficacité et de l'efficacé quelque soit la somme des ressources utilisées pour réaliser les besoins des clients<sup>59</sup> Elle nécessite des indicateurs pour être mesurée : quantitatifs (activités afférentes aux soins, charge en soins et charge de travail) mais aussi qualitatifs pertinents qu'il faut identifier (audits ciblés, références et critères du manuel de certification) et les associer aux éléments de comptabilité analytique existants.

Cette approche par l'efficacité sous-tend des préalables : l'établissement d'une référence en terme de pratiques de soins et de coût moyen, la mesure de ce qui est réalisé, la comparaison avec la référence et la recherche de causes des écarts, le choix et le déclenchement d'actions correctives, la réévaluation des actions mises en place. Mais aussi l'existence d'un système d'information adéquat.

Si l'on se réfère à l'approche de DONABEDIAN (ressources, processus, résultats) il est possible d'identifier des indicateurs

- en termes de ressources : existence de procédures de soins, standardisation du matériel, existence de comités de suivi par exemple : dossier de soins, gestion des escarres, mais aussi nombre et qualification du personnel / unité, journées de formation, compétences et expertises validées
- en termes de processus : tenue du dossier de soin, encadrement des étudiants en soins, réunions cliniques, application des procédures en soins existantes et harmonisation des pratiques
- en termes de résultats : résumé de soins infirmiers, temps de soins donnés, satisfaction de l'accueil des patients et du séjour, ratios consommation matériels ou produits / taux d'occupation et charge en soins, tableaux de bords de l'unité, enquête de prévalence, audits ciblés.

Cette approche se conçoit donc comme un processus de prise en charge du patient de son entrée à sa sortie. Dans une perspective de prise en charge d'un patient par processus de soins il pourrait débuter à la consultation (pour les hospitalisations programmées) avec les différents acteurs qui vont intervenir sur le processus jusqu'à son retour à domicile en intégrant la structure éventuelle de rééducation, soins de suite, soins à domicile. La difficulté actuelle est qu'aujourd'hui cette approche vient percuter les référentiels existants qui restent encore dans une logique hospitalo-centrée.

Pour le directeur des soins, cela implique de s'interroger quant aux modalités de réponse existantes par rapport à ces exigences de suivi. C'est aussi se demander quelle incidence existe sur les pratiques ? Quel outil de traçabilité de la prise en charge du patient, mais

aussi de la charge en soins. Enfin, il convient de travailler ensemble direction des soins, département d'informatique médicale, la direction des finances afin de repérer quels sont les impacts sur les organisations. Pour cela il est opportun d'identifier des GHS issus des GHM prévalents, par service ou pôle, et de les étudier en terme d'efficience c'est-à-dire rapport qualité / ressources mobilisées.

### **L'expertise clinique et le professionnalisme**

Afin de développer l'expertise clinique des soignants, le directeur des soins, en accord avec le directeur peut initier et susciter la création d'une journée soignante sur une thématique de soins choisie annuellement. Ainsi, par exemple, une journée « plaies et cicatrisations » permettrait de valoriser, partager, confronter des pratiques professionnelles entre services de soins mais aussi avec d'autres institutions de soins du territoire de santé (établissements privés ou PSPH, EHPAD) mais aussi avec les professionnels libéraux et les structures sanitaires de formation.

Dans la même optique, le choix des EPP dans le cadre de la certification ou du programme d'audits annuels pourrait porter sur des pratiques soignantes paramédicales, même si souvent elles nécessitent une prescription médicale : par exemple mise en contention en psychiatrie.

Une collaboration construite au-delà de l'événementiel, avec le directeur des soins, directeur de structures de formation, serait une vraie valeur ajoutée.

---

<sup>59</sup> HUBINON M, 1998, Le management des unités de soins, Editions De Boeck, p 132

## Conclusion

L'objet de cette étude était d'approfondir une réflexion quant à la conduite du PSIRMT dans un contexte de restructurations internes hospitalières. Celles-ci découlent de l'accroissement problématique des dépenses de santé et des inégalités territoriales en matière d'offre de soins et d'efficience.

Pourtant, les restructurations ne peuvent se réduire à la fonction production c'est-à-dire la production des soins et négliger les dimensions sociale, patrimoniale, ni omettre l'organisation de l'établissement. Admises sur le plan des principes, elles suscitent inquiétudes et résistances de la part des professionnels hospitaliers. En effet, elles modifient souvent en profondeur les organisations du travail, les normes collectives et les modes de prise en charge.

Le PSIRMT, outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins est alors soumis à des turbulences dans son élaboration et sa mise en œuvre, parfois réduit à un outil obligatoire de la direction des soins. Les techniques de conduite de projet sont alors à la fois nécessaires et insuffisantes pour articuler restructurations et PSIRMT. Nécessaires car par une gestion anticipée, organisée, contrôlée elles permettent une gestion plus efficiente des restructurations mais insuffisantes car elles ne peuvent prendre en compte les processus identitaires en cours, spécifiques à chaque individu dans le temps et dans sa construction. Le PSIRMT constitue un outil managérial au service d'une stratégie d'établissement s'il répond à des critères d'opérationnalité, d'évolutivité et d'adaptabilité aux mutations hospitalières en cours.

Le directeur des soins, membre de l'équipe de direction, exerce alors sa fonction de dirigeant à trois niveaux<sup>60</sup> : stratégique et politique, managérial et organisationnel pour favoriser la cohérence et l'articulation entre le PSIRMT et les restructurations.

Les restructurations sont sources d'apprentissage comme peuvent l'être d'autres situations nouvelles car elles réinterrogent les pratiques et le sens. Quelles missions ? Pour qui ? Avec qui ? Comment ? Pourquoi ? A quel coût ? Les restructurations constituent alors une opportunité pour les professionnels.

Une organisation en tant que personne morale n'a aucune ambition. Ce sont les hommes qui sont porteurs d'ambition pour elle et c'est l'ambition qui permet à l'organisation de se nourrir d'objectifs pour se développer<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> MINTZBERG H., 1998, nous vivons dans le culte du management, sciences humaines, hors série n°20, p 18

<sup>61</sup> RAYNAL S., 1996, op. cit, p 256

---

## Sources et Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE - Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JO n° 206 du 6 septembre 2003, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/...>

REPUBLIQUE FRANCAISE - Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, JO n° 102 du 3 mai 2005.

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JO n° 179 du 2 août 1991

REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, JO du 18 janvier 2002

REPUBLIQUE FRANCAISE – Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, JO n° 95 du 23 avril 2002

### Ouvrages

BLANCHET A., GOTMAN A., 2007, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2<sup>e</sup> édition, collection sociologie 128, Editions Armand Colin, 126 p.

BOUTINET JP., 1990 et 2007, *Anthropologie du projet*, éditions PUF/quadrages, 405 p.

BOUTINET JP., 2006, *Psychologie des conduites à projet*, 4<sup>e</sup> édition, collection que sais-je, Paris, Presses Universitaires de France, 126 p.

CROZIER M., *L'acteur et le système*, 1977, Editions du Seuil, collection points, 500 p.

GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité*, 3<sup>ème</sup> édition, Editions INSEP consulting, 357 p.

HESBEEN W., 1994, *La réadaptation du concept de soin*, Paris, Editions Lamarre, 208 p.

HONORE B., 1990, *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Toulouse, Editions Privat, 205 p.

HUBINON M., 1998, *Le management des unités de soins*, collection savoirs et santé, Bruxelles, Editions De Boeck Université, 395 p.

KOURISKY F., 2008, *Du désir au plaisir de changer : le coaching du changement*, 4<sup>e</sup> édition, Paris, Editions Dunod, 340 p.

LAROUSSE, 2000, *Le petit Larousse*, 1872 p.

RAYNAL S., 1996, *Le management par projet : approche stratégique du changement*, Editions d'organisation, 263p.(3<sup>e</sup> partie 191-236)

SIMON, 1972 cité dans KOZIER et ERB, 1982, *Soins infirmiers : une approche globale*, Québec, Editions du Renouveau Pédagogique, 713p ;

### **Ouvrage collectif**

CONTANDRIOPOULOS D, CONTANDRIOPOULOS AM, DENIS JL, VALETTE A, 2005, *L'hôpital en restructuration : regards croisés sur la France et le Québec*, Bourcheville, Québec, Presses Universitaires de Montréal, 302 p.

CONTANDRIOPOULOS A.P, SOUTEYRAND Y., 1996, *L'hôpital stratège : dynamique locale et offre de soins*, Paris, John Libbey Eurotext, Ministère du travail et des affaires sociales : Mission Recherche et Direction des Hôpitaux, 317p.

### **Articles de périodiques**

ALTER N., 1998, « Organisation et innovation : une rencontre conflictuelle », *Sciences humaines*, Hors série n°20, pp. 56-59

ALTER N., 1995, « Peut-on programmer l'innovation ? », *Revue française de gestion*, pp. 78-86

BOUTINET JP., 2000, « Les outils de l'organisation sanitaire : la culture de projet dans un système de santé hiérarchique , un brouillage organisé ? », *Revue ADSP*, n°33, pp. 47-51

BOUTINET JP., 2000, « Les formes ambiguës de l'anticipation », *Education et management*, n° 21, pp. 30-33

BOUTINET JP., 2005, « Gens de métiers et gens de projet », *Soins cadres*, n°55, pp. 69-70

BOUTINET JP., 2006, « Intérêts et limites du management par projet », *Soins cadres*, n° 57, pp.61-64

COUDRAY MA, BARTHES R., 2006, « Le management à la croisée des chemins », *Gestions hospitalières*, n° 452, pp. 18-23

DUBOYS-FRESNEY C. 2004, « Projet médical, projet de soin...vers le projet des patients », *Gestions Hospitalières*, pp. 531-535

DUMOND JP., 2006, « Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers », *Sciences sociales et santé*, Volume 24, n°4, pp. 97-127

GROUPE LAENNEC, 1999, « Accompagner les restructurations : carnets de route », *Gestions hospitalières*, n° 385, pp. 261-265

EFROS D., 2004, « Travailler en équipe, de quelle équipe ? », *Soins cadres*, n°49, pp 26-29

KERLEAU M., 2001, « Les processus de restructurations des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales », *Revue française des affaires sociales*, n°2, pp. 59-78

KOURISKY F., 1996, « La communication levier du changement à l'hôpital », *Soins formation pédagogie encadrement*, n°19, pp 16-20

LAMBERT J., 2008, « Nouvelle donne générationnelle et pédagogie : quelles différences de représentations ? », *Soins cadres de santé*, n° 65, pp.46-49

LESAIN-DELABARRE JM., 2006, « Manager l'initiative dans un contexte de restructuration », *Nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, Editions INS HEA, n° 33, pp. 201-212

MARIN P., 2006, « SROS et projets médicaux de territoires », *Revue hospitalière de France*, n° 510, pp. 25-28

MINVIELLE E., CONTANDRIOPOULOS AP., « La conduite du changement : quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière », *Revue française de gestion*, volume 30, n° 150, pp. 29-53

MINTZBERG H., 1998, « Nous vivons dans le culte du management », *Sciences humaines*, hors série n°20, pp. 16-19

MOSSE P., PARADEISE C., 2001, « Restructurations de l'hôpital, recompositions dans les hôpitaux : réflexions sur un programme », *Revue des affaires sociales*, n°2, pp 143-155

PELLETIER G., 1998, « les formes du leadership », *Sciences humaines*, Hors Série n°20, pp. 26-29

RAVEYRE M., 2005, « Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omissions », *Revue de l'IREs*, n° 47, pp7-17

RAVEYRE M., UGHETTO P., 2001, « Le travail part oubliée des restructurations hospitalières », *Revue française des affaires sociales*, n°2 ; pp. 97-119

VOLOVITCH P., VINCENT C., 2001, « Les syndicats face aux restructurations hospitalières », *Revue des affaires sociales*, n°2, pp. 121-139

## **Guides**

DRASS – ARH Ile de France, 2006, *Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques : guide d'élaboration et d'évaluation*, 13p.

Haute Autorité de Santé, 2007, *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation*, Direction de l'accréditation, 180p.

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, DHOS, 2004, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Editions ENSP, 435 p.

## **Autres documents**

FHF, mars 2002, *Rapport du Groupe d'Etude et de recherche sur les fusions et Regroupements d'Etablissements publics de santé*, 27p.

Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, Ensemble modernisons l'hôpital : nouvelles organisations et architectures hospitalières, Tome 1, MAES C. (Coord), 115 p.

## Mémoires

BORETTI F., 2007, *Stratégies d'accompagnement des équipes soignantes lors des restructurations hospitalières*, Mémoire filière Directeurs des Soins, ENSP, 56 p.

INTHAVONG K., 2006, *Du projet de soins infirmiers au projet de soins médico-soignant : une vision plurielle*, Mémoire filière Directeurs des Soins, ENSP, 59 p.

LEBORGNIC C., 2006, *Le projet de soins par les professionnels, pour les patients*, Mémoire filière Directeurs des Soins, ENSP, 67 p.

PADELLEC MR., 2001, *Conduire des restructurations internes, un management stratégique au service de la cohérence et de la pertinence des actions*, Mémoire filière Infirmiers Généraux, ENSP, 65 p.

SAINT HONORE I., 2007, *Le projet de soins : outil de management du directeur des soins*, Mémoire filière Directeurs des Soins, ENSP, 56 p.

## Sites Internet

BARBIER JM., 2004, Préférences d'engagement, représentations finalisantes et valeurs signifiées, Editions l'Harmattan, disponible sur Internet [www.cadresante.com](http://www.cadresante.com)

DHOS, Atlas des recompositions hospitalières, 2006, disponible sur Internet [www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr](http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr)

Dossier de presse, « Enquête à propos de 106 opérations de restructurations hospitalières, BICHIER E. (Coord.), disponible sur Internet [www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr](http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr)

Parthage.sante, consulté le 4 juillet 2008, recomposition de l'offre de soins, disponible sur Internet [www.parthage.sante.fr](http://www.parthage.sante.fr)

Trésor de la Langue Française Informatique (TLFI), consulté le 3 juillet 2008, article management, disponible sur Internet [www.atilf.atilf.fr](http://www.atilf.atilf.fr)

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Présentation des établissements

Annexe III : Profil des personnes enquêtées

## Annexe I : Guide d'entretien

Présentation de l'enquêteur : le projet de soins thème du mémoire, confidentialité, anonymat

Présentation de l'enquêté : ancienneté dans l'établissement, fonction, membre d'une instance ou d'un comité de travail

Le projet de soins

La méthodologie d'élaboration

L'articulation avec les différents projets

Projet de soins et restructurations

Perspectives d'évolution du projet de soins

## Annexe II : Présentation des établissements

### Site 1

Le projet d'établissement 2007/2011 validé par l'ARH, s'articule autour d'une politique d'établissement cohérente, fondée sur la gouvernance, sur la gestion participative et sur la volonté de réorganiser les structures.

L'établissement est engagé dans une opération de regroupement de ses activités sur un site unique à l'horizon 2012. Dans ce champ, plusieurs cadres supérieurs de la direction des soins ont reçu des lettres de mission du directeur général concernant les blocs opératoires, les stérilisations, la construction d'un nouveau bâtiment inséré sur le site existant, à partir d'une proposition du coordonnateur général des soins. Ils ont déjà vécu ou sont en train de vivre des restructurations internes en terme de modifications d'activités, de fusions de services, de modifications dans les modes d'hospitalisations, de fermetures ou de créations d'activités.

Le projet de soins, en cohérence avec le projet médical, a été élaboré pour la période 2007/2011. La visite de certification vient d'avoir lieu.

L'organisation en pôles a été engagée, 5 pôles expérimentaux ont à ce jour signé un contrat d'objectifs et de moyens de pôle. L'objectif est de généraliser la contractualisation à l'ensemble des pôles en 2008.

Il existe donc une multitude de projets en cours : nouveaux projets d'établissement et de soins, projet qualité en cours d'élaboration à partir des résultats de la visite de certification, construction de nouveaux bâtiments sur un des sites existants, projets de pôles en cours.

### Site 2

Le projet d'établissement 2005 /2009 validé par l'ARH s'articule autour de deux lignes directrices qui sont « *la volonté de modernisation et d'excellence au service du patient* » et « *le développement d'une politique qualité en vue de l'accréditation / certification, et surtout, au service du patient* »

Le projet de soins, en cohérence avec le projet médical, a été élaboré pour la période 2005/2009. Il définit 4 axes de travail que sont la qualité et la sécurité des soins, la prévention et la gestion des risques, le développement des compétences, l'encadrement et la recherche.

Le projet qualité s'inscrit dans ces dynamiques en définissant deux objectifs : prouver l'excellence en évaluant les activités et les pratiques professionnelles, développer la sécurité des soins. La visite de certification vient d'avoir lieu et l'établissement ne dispose pas encore des résultats de la visite. L'organisation en pôles a été engagée il y a trois ans et les 7 pôles ont à ce jour signé un contrat d'objectifs et de moyens de pôle.

### Annexe III : Profil des personnes enquêtées

	Site 1	Site 2
Sommet stratégique	1 DH 2 DS	1 DH 2 DS
Ligne hiérarchique intermédiaire	2 CSS	3 CPP
Ligne hiérarchique de proximité		2 CS
Technostructure	2 CSS chargés de mission (logistique et blocs opératoires)	2 CS transversaux (dossier de soins, processus de soins)
IDE	1	1
Médecins	1	1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>