



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**INFIRMIER GÉNÉRAL**

*Date du Jury : octobre 2001*

---

**L'INFIRMIERE GENERALE  
ET LE MANAGEMENT STRATEGIQUE  
DE L'APRES FUSION**

---

**Françoise ERTEL**

# SOMMAIRE

<b><u>Introduction</u></b> .....	1
<b><u>Première partie : du contexte des restructurations hospitalières aux concepts</u></b> .....	7
<b>I. Du contexte aux concepts : problématique / cadre théorique</b> .....	8
I.1. Restructurations hospitalières : des textes à la pratique.....	8
<i>I.1.1. Les bases législatives – Le Code de la Santé Publique</i> .....	8
<i>I.1.2. La pratique : un constat de sauts d'obstacles et les fondations pour un nouvel édifice</i> ----	12
<i>I.1.3. Le cadre conceptuel</i> .....	22
<b><u>Deuxième partie : résultat et analyse de l'étude qualitative du terrain</u></b> .....	47
<b>II. Présentation de l'enquête de terrain</b> .....	48
II.1. Les modalités de vérification de l'hypothèse.....	48
<i>II.1.1. Les principes méthodologiques</i> .....	48
<i>II.1.2. Les limites de l'enquête et du traitement des données</i> .....	50
<i>II.1.3. Le cadre de l'étude de terrain</i> .....	51
<i>II.1.4. Les personnes rencontrées</i> .....	54
II.2. Résultats et analyse de l'enquête.....	55
<i>II.2.1. Résultats et analyse concernant l'hôpital A</i> .....	55
<i>II.2.2. Résultats et analyse concernant l'hôpital B</i> .....	61
<b><u>Troisième partie : notre projet du deux en un</u></b> .....	78
<b>III. Du pari au projet du deux en un : propositions en rapport avec notre projet professionnel</b> .....	79
III.1. La contribution de l'Infirmière Générale à la mise en œuvre d'une dynamique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité des soins dans l'après fusion ----	79
<i>III.1.1. Le pari du deux en un</i> .....	79
<i>III.1.2. Le projet du deux en un</i> .....	80
<b><u>Conclusion</u></b> .....	104
<b><u>Bibliographie</u></b> .....	108
<b><u>Annexes</u></b> .....	113

# LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES

<b>AP-HP :</b>	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
<b>ARH :</b>	Agence Régionale d'Hospitalisation
<b>SNOS :</b>	Schéma National d'Organisation Sanitaire
<b>SROS :</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>CNOS :</b>	Comité National de l'Organisation Sanitaire
<b>CROS :</b>	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
<b>ANAES :</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>CME :</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CNEH :</b>	Centre National d'Expertise Hospitalière
<b>ENSP :</b>	Ecole Nationale de la Santé Publique
<b>FASMO :</b>	Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des Hôpitaux
<b>MIRE :</b>	Missions – Recherches
<b>CEMOP :</b>	Comité d'Elaboration et de Mise en Œuvre du Projet Médical
<b>IG :</b>	Infirmier(e) Général(e)
<b>DSSI :</b>	Directeur du Service de Soins Infirmiers
<b>PMSI :</b>	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
<b>CLIN :</b>	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>CHSCT :</b>	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>DIM :</b>	Département d'Information Médicale
<b>CTE :</b>	Comité Technique d'Etablissement
<b>IGEQSI :</b>	Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers
<b>CI :</b>	Cadre Infirmier
<b>CSI :</b>	Cadre Supérieur Infirmier
<b>ISA :</b>	Indicateur Synthétique d'Activité
<b>DRH :</b>	Directeur des Ressources Humaines
<b>CSSI :</b>	Commission du Service de Soins Infirmiers
<b>CA :</b>	Conseil d'Administration

---

---

# Introduction

---

---

Dans la période des trente années glorieuses, l'hôpital a accentué sa modernisation et a développé son plateau technique au point de s'affirmer à ses publics comme le garant en qualité des soins qu'il offrait. Arrivé à son âge de sérénité il apparaissait, dans une heureuse coïncidence, que l'hôpital et les usagers étaient en accord sur la conception des soins et le niveau des prestations fournies.

Aujourd'hui ces certitudes se fêlent, l'hôpital est submergé de sollicitations cumulées, ce qui se joue dans son environnement compte plus pour sa survie que ce qui se passe à l'intérieur. La stabilité devient l'exception et le changement la règle.

#### ◆ **S'adapter, pourquoi ?**

→ Le coût social de l'institution hospitalière croît à la mesure des insatisfactions de ses partenaires. La part des dépenses de personnel atteint 70 % des charges dans le secteur public. Les dépenses hospitalières représentent à elles seules 50 % des dépenses de santé, soit 10 % du produit intérieur brut.

Or, on souligne la faiblesse relative des performances de notre système de santé car il n'existe pas de corrélation évidente entre les dépenses hospitalières et la qualité des soins dispensés. Le livre blanc publié par le Commissaire au Plan en 1994 soulignait ce niveau élevé des dépenses de l'assurance maladie en France, sans contrepartie pour la qualité des soins ; les indicateurs de santé n'étant pas meilleurs que dans les pays voisins.

→ Un certain nombre de difficultés ont été mises en relief par divers conflits sociaux qui ont montré que l'hôpital se heurte à des rigidités et des cloisonnements qu'il faut lever. La communauté s'interroge sur les limites de la solidarité, le malade sur le service rendu, le médecin sur son pouvoir, le personnel soignant sur son appartenance, l'administratif sur la rigidité des structures et la lenteur des innovations.

→ Les maîtres mots du management des organisations complexes et compétitives semblent parfois absents de la pratique hospitalière, notamment en ce qui concerne : la planification des objectifs, la fédération de projets, l'organisation synergique des moyens, l'animation et le développement des ressources humaines, et enfin l'évaluation des soins.

→ De plus en plus les problèmes de la société font irruption dans l'organisation hospitalière. Dans le document du Secrétariat d'Etat au Plan (1990), nous trouvons cette assertion, applicable à l'hôpital : "*De nombreuses branches d'activité ont perdu*

*les "trois unités" qui leur servaient de principe organisateur : unité de lieux, d'autorité et de finalité".* L'hôpital assiste à une remise en cause des quatre axiomes de sa pratique : le service public n'est plus le seul critère de l'efficacité, le but est surdéterminé, la rationalité est multidimensionnelle et les normes perdent de leur fixité et de leur assurance.

Cette complexité, doublée de l'incertitude, entraînent différents conflits qui affectent l'hôpital.

Conflits politiques qui se traduisent par des difficultés de clarification des idées, conflits économiques et sociaux, tensions sur les liens interpersonnels, fragmentation des activités, conflits de territorialités et de pouvoirs, enfin conflits culturels, valeurs et repères émoussés, réduction de consensus et de cohésion, perte de sens en général.

En conséquence, les structures hospitalières doivent pénétrer de façon moins timorée dans ce début du 21<sup>ème</sup> siècle qui allie, à un taux sans précédent de changements technologiques, la rationalité des allocations de ressources et le développement des potentiels humains.

Cet état des lieux dressé sans complaisance témoigne de la nécessité pour l'hôpital de s'adapter.

#### ◆ **S'adapter oui, mais comment, avec qui ?**

L'hôpital est un système ouvert où une part de sa définition et de ses buts doivent être déterminés en relation avec son environnement social, culturel, politique et économique.

Les acteurs du changement eux-mêmes par leurs pratiques concourent à l'évolution des mentalités et des structures, le législateur par les réformes hospitalières élabore des réponses possibles de réussites.

En effet, la recherche d'une plus grande efficacité suppose une volonté affirmée et commune de tous les acteurs pour contribuer à une meilleure répartition des ressources et pour concilier la maîtrise des dépenses hospitalières avec le maintien de la qualité des soins.

C'est bien là l'ambition que s'est fixée l'Ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée qui ne saurait se réduire à une réforme institutionnelle. Mais remanier l'organisation de l'offre de soins hospitalière pour la rendre plus efficace nécessite avant tout d'établir une nouvelle architecture de responsabilités où chacun voit son rôle clarifié et sa place précisée.

Ces nouvelles règles du jeu ont été clairement énoncées : responsabiliser les acteurs à tous les niveaux en permettant à leur capacité d'initiative de s'exercer pleinement. Elles

ont en commun de préserver l'autonomie des professionnels et de leur permettre de s'organiser de la manière la plus efficace en fonction des compétences qui leur sont propres.

**Quatre axes forts constituent le cœur de cette réforme :**

Tout d'abord la régionalisation avec la création des agences régionales d'hospitalisation chargées de piloter efficacement le système hospitalier.

La politique contractuelle en constitue le second temps fort en instaurant une logique de relation contractuelle entre les hôpitaux et les agences régionales. Le contrat doit conduire l'hôpital à faire des choix prioritaires, à les expliciter et à définir les règles pour suivre leur réalisation dans le temps. Cette nouvelle dynamique conduira à mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière autour d'objectifs partagés car négociés.

Le troisième temps fort de cette réforme est le développement de la coopération interhospitalière pour permettre aux professionnels de santé (public, privé participant au service public hospitalier et privé à but lucratif), en fonction de leurs habitudes de travail, de leur savoir-faire, de choisir le mode de coordination, de coopération et de complémentarité pour répondre à leur mission, à l'objectif de maîtrise des dépenses de santé et à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

L'heure n'est plus à la logique trop souvent dominante du "chacun pour soi".

Enfin, l'Ordonnance du 24 avril 1996 s'est fixé une réelle ambition dans la recherche de la qualité en instaurant la mise en œuvre de la procédure d'accréditation, c'est-à-dire l'obligation par tous les établissements de santé de rentrer dans une démarche d'amélioration et d'évaluation continue de la qualité.

Mettant à la disposition des acteurs les moyens de montrer que l'hôpital peut offrir à tous des soins de qualité au meilleur coût, cet arsenal législatif est en théorie une réponse adaptée à notre réalité professionnelle, mais il ne résout pas tout. En effet, si depuis plusieurs années de véritables efforts ont été accomplis dans la mise en œuvre des actions de coopération, de restructuration, voire même de fusion entre établissements de santé, et dans celle des programmes d'amélioration continue de la qualité. La pratique témoigne, dans beaucoup de cas, de la difficulté et de la complexité à conduire de tels projets.

Face à cette situation nous faisons état d'un premier questionnement. Comment décloisonner l'hôpital en favorisant le regroupement de services en départements ou en pôles d'activité ? Comment renforcer la coopération et la complémentarité interhospitalière ?

Comment regrouper sur des sites de moyenne proximité les plateaux techniques les plus conséquents ? Comment rassembler deux ou plusieurs cultures ? Et faire travailler ensemble des professionnels qui parfois, malgré une grande proximité de lieu, ne se connaissent pas, voire s'ignorent ? Comment faire changer des habitudes forgées de longue date et que l'on croyait acquises pour toujours ?

La question fondamentale étant de savoir comment concilier l'amélioration continue de la qualité avec la maîtrise des dépenses hospitalières ?

Comment tout cela peut-il se réaliser sans bousculer un ordre relatif établi, sans générer des turbulences, des inquiétudes, des menaces et des conflits ? Comment la crise issue de ces différentes résistances au changement peut-elle être une opportunité à saisir par les managers pour construire l'hôpital de demain ?

La qualité des soins qui inclut la sécurité est le fil conducteur de toute décision de restructuration. Qualité, sécurité, proximité sont des principes déterminants dans l'organisation des structures de soins.

Ces principes ne seraient-ils pas les leviers de toutes nouvelles stratégies qui permettraient de dépasser la crise ?

En tant qu'infirmière générale, consciente des enjeux économiques, sociaux et professionnels des restructurations hospitalières, il est de notre devoir de saisir ces mutations nécessaires, obligatoires et donc contraignantes pour les transformer, si possible, en de véritables opportunités pour la modernisation de l'hôpital public.

Nous avons eu la chance, au cours de notre exercice professionnel, d'accompagner une équipe soignante dans le cadre d'une vaste restructuration entre trois hôpitaux de l'AP-HP, puis nous avons, en tant qu'infirmière générale en formation, effectué un stage dans un centre hospitalier intercommunal de la région parisienne qui a fait l'objet d'une fusion dont l'Arrêté a été signé en 1996. Ces deux expériences, à la fois différentes mais complémentaires, furent très enrichissantes, les restructurations hospitalières nous concernent tous désormais, de près ou de loin, et nous serons probablement amenés à en conduire d'autres dans notre carrière, d'où notre motivation à traiter dans cette étude, la mise en œuvre des objectifs d'un projet de fusion, dont la qualité des soins qui inclut la sécurité en sont les fondements.

Nous insisterons sur le mode de management le plus approprié pour la mobilisation des acteurs hospitaliers dans ce contexte. Car si l'hôpital n'est pas une entreprise, au sens juridique et économique du terme, on peut affirmer avec Michel CROZIER que *"la ressource humaine est en train de devenir la ressource fondamentale autour de laquelle s'ordonnent*



*toutes les autres. L'entreprise doit être à son écoute si elle veut commencer le dur apprentissage d'un management adapté au monde postindustriel*<sup>1</sup>.

Notre expérience de restructuration à l'AP-HP nous a permis de réaliser un certain nombre de constats dont celui de l'accompagnement nécessaire et indispensable des équipes soignantes en amont du projet. Il nous semble, en effet, que plus cette étape est bien préparée, plus grandes sont les chances de réussite après, c'est-à-dire au moment de la mise en œuvre du projet de restructuration ou de fusion.

La signature de l'Arrêté de fusion n'est qu'une étape. Il s'agit d'un moyen et non d'une fin, tout ou presque reste à faire ensuite. Reposant sur la bonne volonté et le dynamisme des professionnels qui pendant cette période sont mis à rude épreuve, la mise en œuvre du projet nous semble une étape capitale qui s'inscrit dans le temps. Tels sont les enseignements tirés de notre seconde expérience.

Pour cette raison, nous avons choisi de traiter l'étape de "l'après fusion", c'est-à-dire la phase de mise en œuvre et d'évaluation des objectifs du projet qui passent par l'implication, la participation et l'adhésion du personnel ; conditions indispensables à la pérennité et à la réussite d'une fusion.

Dans une première partie, pour définir l'objet de notre recherche nous nous appuyerons sur les Textes législatifs et réglementaires et notre expérience professionnelle afin de situer le contexte dans lequel ont évolué notre problématique, nos questionnements et notre hypothèse, avant d'aborder le cadre conceptuel auquel il se rattache.

Dans une deuxième partie, nous confronterons ces premiers éléments avec l'analyse issue de l'enquête de terrain qui a été conduite auprès des équipes d'encadrement des deux sites présentés.

Dans la troisième partie, ce détour par la pratique nous permettra d'évoquer les axes d'évolution et de faire des propositions dans le cadre de notre exercice professionnel à venir.

---

<sup>1</sup> CROZIER. M, – *L'entreprise à l'écoute* – Paris, Inter Editions, 1989.

---

---

# **Première partie**

**Du contexte des restructurations hospitalières aux concepts**

*Problématique et cadre théorique*

---

---

*"Il n'y a rien de plus difficile et de plus risqué, de plus dangereux à conduire  
que d'initier un nouvel ordre des choses"*

*Par MACHIAVEL – "Le Prince".*

# **I. Du contexte aux concepts : problématique / cadre théorique**

## **I.1. Restructurations hospitalières : des Textes à la pratique**

### **I.1.1. Les bases législatives – le Code de la Santé Publique**

A l'instar de ce qui a été imaginé en matière communale, le législateur fait aujourd'hui obligation de restructuration de l'offre de soins face aux besoins de la population ; la coopération interhospitalière constitue une condition indispensable au développement, à l'adaptation et à la bonne gestion des moyens que la collectivité nationale consacre à la protection sanitaire et sociale.

Ce processus de restructuration n'est pas nouveau. La **Loi du 31 décembre 1970** proposait déjà une rationalisation du système hospitalier.

Petit à petit, l'évolution a porté sur l'émergence de différentes formes de coopération interhospitalière définies à partir d'un cadre juridique spécifique à chacune d'entre elles. Nous ne ferons que citer ces solutions techniques à la mise en place des coopérations hospitalières car notre propos tient plus aux conséquences organisationnelles, humaines et managériales qu'à l'aspect juridique et économique de celles-ci.

En effet, la **Loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière énumère plusieurs formes de coopérations interhospitalières. Citons des formules traditionnelles comme la convention entre établissements hospitaliers et le syndicat interhospitalier. Des formules plus innovantes entre établissements hospitaliers et, le cas échéant, avec d'autres personnes morales ou physiques relevant du droit public ou privé, tels que le groupement d'intérêt public (GIP) et le groupement d'intérêt économique (GIE).

Par ailleurs, la Loi confirme la formule de fusion interhospitalière soit au niveau intercommunal, soit aux niveaux départementaux ou régionaux. En raison de la complexité et des enjeux économiques, politiques et sociaux, la mise en œuvre de ces différentes formules a été lente et s'est concrétisée, la plupart du temps, sous la contrainte car le seul choix pour la survie des structures en question ne pouvait être que celui du regroupement et des complémentarités.

**L'Ordonnance du 24 avril 1996** portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a renforcé le dispositif existant en instaurant de nouvelles mesures incitatives et coercitives. Elle organise ainsi précisément les restructurations hospitalières, sur la base de la qualité des soins, de l'intérêt des malades au meilleur coût, de la sécurité et de la conformité des structures ; les enjeux sont multiples.

Parler de coopérations interhospitalières nécessite une brève description de l'architecture du système sanitaire et social.

### **L'ordonnance du 24 avril 1996 : une continuité renforcée**

Les établissements de santé font l'objet d'une tutelle instituée par l'Etat pour rationaliser l'offre de soins et le fonctionnement des structures. Cette maîtrise des structures hospitalières repose sur la planification géographique et sur le régime des autorisations.

La **carte sanitaire** (loi du 31 décembre 1970), établie pour cinq ans, et le **SNOS** ou le **SROS** (loi du 31 juillet 1991) prévus à cette fin, sont arrêtés, après consultation du **CNOS** et/ou du **CROS**, sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution. L'étude prend aussi en compte les rapports d'activité et les projets d'établissement approuvés par la tutelle pour assurer une satisfaction optimale des besoins recensés.

Les structures hospitalières sont soumises au régime des **Autorisations** préalables, obligatoirement renouvelables au minimum tous les cinq ans après **évaluation** de conformité. C'est à partir de ces éléments renforcés que l'Ordonnance du 24 avril 1996 organise les restructurations hospitalières en maintenant les grands principes du système hospitalier, c'est-à-dire l'accès de tous à l'hôpital, la liberté de choix entre le secteur public et privé et l'autonomie des établissements. Elle est présentée par ses promoteurs comme instaurant plus de **responsabilisation**, une plus forte **garantie de la qualité des soins**, une **meilleure insertion** des établissements dans leur environnement et la **maîtrise de la croissance des dépenses hospitalières**.

### **Plus de responsabilisation**

Dans chaque région est créée une **ARH** dirigée par un Directeur. Cette institution unifie les compétences de l'Etat et de l'assurance maladie. L'agence définit et met en œuvre la politique régionale hospitalière, analyse et coordonne l'activité des établissements publics et privés, et elle détermine le financement. Avant les établissements avaient le choix ou non de regroupement et/ou de complémentarité, le nouveau dispositif, plus coercitif, stipule **article L712-20**, qu'à défaut de l'adoption de ces mesures, le Directeur de l'agence régionale peut prendre d'autorité des décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements.

Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont passés entre l'ARH et les établissements de santé. Ils définissent les orientations stratégiques des établissements. Ils

s'articulent avec le **SROS** et le projet d'établissement qui contient le **projet médical** et le **projet de soins**. Le rapport d'orientation, transmis désormais au Directeur de l'ARH, doit tenir compte des engagements figurant dans le contrat. De plus les contrats ont une liaison forte avec la procédure budgétaire, ils fixent les moyens financiers en fonctionnement et en investissement, ils détaillent les moyens humains requis. Si l'hôpital ne respecte pas ses engagements, le Directeur de l'ARH a la possibilité d'exécuter les sanctions prévues par le contrat. Enfin, si un établissement ne conclut pas de contrat, le Directeur de l'ARH peut en tenir compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires.

### **L'insertion des établissements dans leur environnement et la maîtrise des dépenses hospitalières**

L'Ordonnance vient compléter la "boîte à outils" permettant aux établissements publics et privés de coopérer.

Créées dans chaque secteur sanitaire, les **conférences sanitaires de secteur** sont consultées avant la révision de la carte sanitaire et du SROS. Nouvellement créées, elles sont chargées de promouvoir la coopération interhospitalière du secteur. La recomposition locale de l'offre de soins peut prendre différentes formes.

Il peut s'agir des formules traditionnelles présentées, d'une institution de communauté d'établissements, d'une constitution de réseaux de soins, voire d'une fusion entre établissements. Chacun ayant sa spécificité juridique, mais tous doivent assurer une continuité et une coordination des soins pour l'ensemble des malades au meilleur coût.

La **fusion** d'établissements constitue le stade le plus abouti de ces diverses formes d'associations en donnant naissance à une entité unique de gestion et de **stratégie de développement**, fut-elle géographiquement dispersée.

Nous nous attarderons un peu plus sur ce moyen car il est le terrain de notre étude.

Le Petit Robert définit ainsi la fusion : "*Union intime de la combinaison ou de l'interpénétration d'êtres ou de choses*". Pour illustrer cette définition il fournit, à propos des fusions de sociétés ou d'entreprises, les synonymes suivants : absorption, entente, intégration, union...

La fusion entre établissements publics, ou publics et privés, présente des avantages, mais aussi des contraintes :

- **Des avantages** : avec ses procédures spécifiques elle permet l'optimisation des ressources sanitaires et sociales. Elle produit une plus grande synergie grâce à une seule structure juridique qui rend des arbitrages internes. Elle conduit obligatoirement à une

nouvelle organisation des offres hospitalières concernées pour éviter notamment les doubles emplois inutiles. Les moyens financiers, humains et de locaux ainsi dégagés permettent d'offrir de nouvelles prestations à la population grâce à un autofinancement interne. Mais elle n'est pas sans contrainte.

- Des contraintes : la culture de chacun des établissements est ébranlée, elle constitue des enjeux politiques économiques et sociaux très forts. Réalisant une forme d'intégration complète, la fusion exige du temps pour être réalisée. Elle apparaît comme l'aboutissement d'un processus de lente maturation au cours de laquelle chacune des parties concernées apprend à se mettre au diapason de l'autre. Les exemples de fusion réussies soulignent une stratégie de rapprochement par étapes successives partant modestement d'un partage de ressources pour arriver à la définition d'une stratégie commune.

Partenariat, complémentarité, mise en commun des moyens traduisent un véritable souci de mieux positionner les établissements dans leur environnement et de rechercher par des accords, les moyens d'offrir des prestations au meilleur coût.

La poursuite de ces mesures doit aussi s'accompagner de l'objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins auquel elle s'identifie tout à fait, l'un ne pouvant être dissocié de l'autre.

### **L'amélioration continue de la qualité des soins**

L'Ordonnance du 24 avril 1996 instaure une plus forte garantie de la qualité des soins. **Article L710-5** : *"Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée **accréditation**. Cette procédure, conduite par l'ANAES, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement"*.

Cette procédure obligatoire est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'ARH.

A l'issue de la procédure qui comprend différentes étapes, un rapport d'accréditation pouvant comporter des recommandations et des mesures correctives est transmis à l'établissement de santé pour qu'il les réalise.

Le rapport est communiqué à l'ARH, ce qui laisse supposer que l'évaluation et l'accréditation peuvent à l'avenir justifier les décisions de restructuration. A l'évidence, le législateur

suggère aux établissements de santé la fusion des deux objectifs (coopération et accréditation) pour créer de la cohérence et donner du sens aux mesures prises.

Cependant, si en théorie le législateur met à notre disposition un éventail de possibilités et d'exigences pour faire face aux menaces actuelles de l'environnement, la pratique se heurte à des réalités qui semblent lui échapper et qui apparaissent à la communauté hospitalière comme autant de nouveaux obstacles à surmonter. L'insertion des établissements de santé dans leur environnement, la maîtrise des dépenses hospitalières et l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ne peuvent se concrétiser sans la responsabilisation de tous les acteurs. Appliquer la règle ne se décrète pas. L'enjeu est majeur pour les Directeurs, les Présidents de CME, l'Infirmière Générale et les Cadres qui doivent accompagner et renforcer la participation des personnels médicaux et non médicaux de l'hôpital. Mais notre expérience en la matière témoigne des difficultés à réaliser de tels objectifs.

#### I.1.2. La pratique : un constat de sauts d'obstacles et les fondations pour un nouvel édifice

Nous vous proposons, dans ce chapitre, un état des lieux en regard de notre expérience professionnelle qui porte sur la restructuration de trois établissements publics de santé et sur la fusion de deux hôpitaux publics. Nous présenterons en tant que fondements de notre problématique, les éléments de crise qui émergent lors de la première phase du projet de fusion, leurs impacts sur les soignants et l'accompagnement préalable. Dans un second temps, après interrogation, nous émettrons l'hypothèse que pour aller de l'avant, c'est-à-dire dépasser cette première onde de choc, le rôle des managers, en particulier celui de l'Infirmière Générale est essentiel.

En effet, ainsi qu'il en est pour tout projet d'envergure, les perspectives de regroupements suscitent autant d'enthousiasme que d'inquiétude.

Chaque fusion reste un cas d'espèce soumis aux conditions du terrain, les motifs qui légitiment ses transformations peuvent être de différentes natures, la manière de les conduire est tout aussi spécifique. Mais elles ont en commun d'atteindre dans l'intérêt des patients l'objectif d'améliorer la qualité des soins, la gestion des capacités et des ressources matérielles, technologiques, financières et humaines. Aussi, nous avons pu constater d'autres similitudes. Qu'il s'agisse de regrouper trois établissements dans un hôpital nouvellement construit où qu'il s'agisse de fusionner deux établissements distants de sept kilomètres l'un de l'autre, que nous assistions à un mariage forcé ou à un mariage de raison, nous avons pu remarquer combien il est difficile de recomposer une "famille". Dans bien des cas, la naissance d'une nouvelle communauté passe par une période de crise.

## **L'épreuve des sauts d'obstacles**

Les deux exemples sur lesquels se fondent notre constat ont en commun la mise en lumière de l'enjeu véritable de ces restructurations qui repose sur la convergence et l'intégration des différences culturelles au travers de l'élaboration d'un projet médical fédératif et stratégique, établi en concertation avec toutes les parties prenantes et garant d'une réelle synergie entre les établissements concernés. Certains, séduits, ont consenti à ce mariage et sont rentrés dans cette dynamique, dans la transparence, la concertation et le plus grand réalisme. D'autres s'y sont farouchement opposés et ont fait preuve de résistance passive ou offensive selon le moment. Arrogance d'un établissement vis à vis de l'autre, fantasme de dévoration ou refus d'aller sur le site voisin au mépris des activités qui s'y déroulent et ignorances ostensibles, sont autant de comportements observés.

Les élus craignent d'avoir moins de prise sur les destinées du premier employeur de leur commune, les médecins se sentent contraints d'accepter que certaines activités soient "concedées" à l'établissement associé, les personnels voient leur poste de travail susceptible d'être délocalisé, voire supprimé, les gestionnaires sont contraints à la gestion de compromis, la population voit son libre choix du praticien un peu réduit, les médias font le reste. Chacun, dans les institutions concernées dispose de toute une batterie de "bonnes raisons" pour combattre ce type d'opération propice au développement de tensions inhérentes à tout processus de changement.

Légitime et fondé, le désordre qui résulte de la peur de ces changements n'en constitue pas moins des obstacles à l'avancée du projet. La fusion n'apporte rien de nouveau à la connaissance que nous avons des caractéristiques organisationnelles des établissements ; elle semble tout au plus les exacerber car elle bouscule un ordre relatif établi, elle est une "épreuve de vérité"<sup>2</sup> qui nécessite de franchir différents obstacles.

## **Des obstacles culturels**

La culture hospitalière publique française ne favorise pas les opérations de fusion. Les enjeux locaux laissent bien souvent au second plan l'intérêt général et accordent une prime à l'immobilisme, aux cloisonnements, aux logiques de pouvoir, aux corporatismes excessifs et à des clivages surannés qui conduisent les professionnels à travailler les uns à côté des autres sans objectifs convergents.

---

<sup>2</sup> CALMES, F. SEGADE, JP. LEFRANC, L. *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité* – Edition Masson. Paris 1998



La culture de l'hôpital est très dépendante de l'appartenance à un service, le changement de structure met à mal les connivences entre les acteurs. Les liens implicites et informels qui aident à mettre de l'huile dans les rouages de l'organisation et qui d'ordinaire font que ça marche, sont, dans ces périodes, démantelés.

Les repères s'effacent, les relations se distendent, les certitudes se fêlent, les bases sur lesquelles se fondaient les places et les relations des professionnels sont sismiques et provoquent beaucoup de souffrances.

Aussi les obstacles culturels à la fusion impliquent d'un côté la nécessaire rencontre des cultures médicales divergentes et de l'autre, l'indispensable recombinaison d'une culture administrative qui, dans le cas contraire, peuvent bloquer le mouvement espéré. La fusion doit, pour aboutir au résultat escompté, à savoir un gain qualitatif, impliquer une remise en cause des structures et des hommes.

### **Des obstacles sociologiques**

Le pouvoir est temporairement remis en question. Les modifications des structures entraînent des résistances et des affrontements importants entre les groupes d'acteurs qui ne veulent pas perdre la source de ce pouvoir qu'ils détenaient de l'ancienne organisation. Car pour eux le changement est synonyme de perte : perte de pouvoir, perte de territoire, perte d'identité.

Les soignants perdent le sentiment d'appartenance à "leur service", ce qui les fragilise. Il y a beaucoup d'émotion à fermer un hôpital. L'attachement, l'appartenance d'un groupe à un lieu comme espace de relations sociales établies entre les gens, d'une histoire partagée, complexifient les choses, et ils suscitent des réflexes collectifs. Nous avons pu observer combien les professionnels se sont mis à investir le site plus que jamais auparavant. Voir tomber et détruire tout ce qu'ils avaient construit là où ils avaient "vécu", touche le tréfonds de leur être ! Cette émotion est inévitable et nécessaire, il faut lui permettre de s'exprimer pour que le deuil puisse se faire et pour pouvoir avancer.

A cela s'ajoutent, pour eux, d'autres facteurs déstabilisants : les craintes liées à l'éloignement géographique de leur domicile, l'utilisation d'autres moyens de transport, la question de la garde des enfants, la peur de perdre des avantages acquis non statutaires, celle de la remise en cause de leurs horaires de travail et l'inquiétude de ne pas être à la hauteur d'un nouveau poste de travail où se trouvent les technologies les plus avancées.

Le plus difficile à mener, le plus éprouvant est la gestion du temps, des aléas, des reports du calendrier, voire des priorités qu'on ne maîtrise pas et qui évoluent. Maintenir un cap et faire

partager une vision dans la durée est un exercice difficile. Plus le temps est long entre la décision d'un projet et sa mise en œuvre, plus le "risque" existe d'en perdre la cohérence et la finalité. Certes il faut du temps pour aboutir, mais ce temps peut desservir.

Le temps n'est pas leur seul ennemi, les conflits médicaux, le ralentissement, l'accélération, l'urgence, les contradictions, le désordre et parfois la solitude, ont des effets néfastes sur les soignants. Ce climat houleux, fait d'incertitudes n'est pas propice à la qualité de leur travail ni à une projection dans le futur. Futur, aux frontières toujours remises en question. Certains, paralysés par la réalité perdent patience, ils finissent par douter du projet. Epuisés, découragés, ils se démobilisent. Comment dire et comment taire ? Face à leur demande de certitudes, comment faire accepter la notion d'aléas sans les décourager, sans remettre en cause la confiance et le crédit qu'ils nous accordaient ?

Ces nombreux imprévus rendent difficile la communication et l'information en temps réel, les équipes nous soupçonnent alors de leur cacher des choses. L'hôpital devient ainsi la scène de tous les fantasmes et de toutes les rumeurs dont nous connaissons bien les effets pervers.

Face à cette turbulence les réactions sont plurielles et varient dans le temps. Selon sa capacité d'adaptation chacun opte qui pour partir ou s'absenter, qui pour rester actif dans la tourmente. Alors se pose la question des actions à conduire pour remettre les professionnels en mouvement, les habituer au changement et l'anticiper alors que nous avons souvent l'instinct grégaire, immobile et conservateur du "nous vieillirons ensemble".

### **Des fondations pour un nouvel édifice : l'arrêté de fusion**

Si cette question est importante, la réponse ne saurait en aucun cas être universelle tant est essentiel le contexte local et les ressources dont nous disposons. Ainsi que l'expose avec une grande justesse C. ESPER, Directeur du Centre de Droit Juri Santé (CNEH), *"la fusion des établissements de santé est un processus mis au point par les établissements concernés. Rien dans les textes réglementaires n'est dit des actions à mener, des processus, de la méthodologie. Aux acteurs hospitaliers de se lancer dans l'invention de leur propre fusion... en faisant preuve d'une grande rigueur... d'autant plus que leur volonté, si forte soit-elle, se trouve éprouvée dans un processus fondé sur la concertation"*.

L'expérience, dit-elle, *"montre qu'il est utile de découper le calendrier des travaux en trois phases : avant l'arrêté de fusion, l'arrêté de fusion et après l'arrêté de fusion"*.

L'Arrêté de fusion est un acte juridique, élément de la fondation, il doit s'accompagner d'un nouvel état d'esprit construit avec des "matériaux" qui devraient permettre de rentrer dans la fusion et préparer le terrain pour l'après ; l'après étant le contexte de notre recherche.

Mais pour parler de l'après, il nous semble important de décrire le contexte des fondations à partir de notre vécu, car il conditionne en partie cette troisième phase.

### **Outils et matériaux : des préalables nécessaires mais pas toujours suffisants**

#### L'adhésion au projet de fusion

La première condition est d'obtenir l'adhésion des professionnels au projet. Mais obtenir cette adhésion nécessite la recherche de l'implication et de la participation de tous dès l'élaboration du projet. Si en théorie nous sommes persuadée de cela, la mise en pratique, pour différentes raisons, reste aléatoire. Alors nous payons cher les faiblesses de notre pratique lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre le projet.

#### Le projet médical

La construction d'une base, ou "référentiel" opérationnel, est le pré-requis à l'élaboration de solutions. Présenté conjointement par le Directeur et le Président de la CME, le projet médical scelle la communauté de destin des partenaires. Il cadre les activités futures, oriente les démarches et donne le sens à l'action et aux engagements. Votée et approuvée, l'œuvre de tous montre les étapes du chemin à parcourir.

Elle était pilotée par un groupe composé des représentants médicaux et non médicaux des sites qui assuraient sa mise en place et son suivi. Moteur du changement, le groupe se devait en outre de stimuler et d'entraîner les autres. La solidarité de l'équipe en charge de la restructuration était essentielle. Ce Comité veillait à ne pas se couper de l'opérationnel et du quotidien au risque d'accroître le fossé entre ce qui se vivait du changement et ce qui se préparait pour l'avenir.

Si le projet médical donne une vision claire et partagée de l'avenir, les évolutions qu'il requiert peuvent être inductrices de mobilités géographiques, professionnelles et elles remettent nécessairement en cause des comportements, des méthodes de travail. Alors dans un deuxième temps, pour éviter des réactions de déviance ou d'hostilité et pour apaiser les tensions, des mesures sociales ont été prises.

## L'accompagnement social

Il a été mis en place à la demande du Directeur, sous la coordination du Directeur des Ressources Humaines et de l'Infirmière Générale, un dispositif spécial pour gérer les redéploiements de personnels. Chaque agent a été reçu dans le cadre d'un entretien individuel pour lui permettre d'élaborer un projet professionnel avec à l'appui un bilan de compétences. Ces rencontres personnalisées ont permis, dans tous les cas, de trouver des solutions acceptables par tous.

Un "point écoute" a été ouvert à l'initiative de la Direction des Ressources Humaines pour aider à la mobilité des agents. Ce dispositif de communication mettait en relation les postes disponibles avec les projets individuels des agents. Ce système d'information et de prévision était un support de communication spécifique pour le personnel et il permettait un pilotage d'ensemble. Certains agents ont effectué un stage dans la discipline de leur choix avant de se prononcer sur un changement éventuel de service. Grâce au FASMO, un plan de formation accordant une priorité aux axes de reconversion, de spécialisation et de formation aux nouvelles techniques a été mis en place. Chaque agent a été initié à l'informatique.

La fusion remet en question les instances en place, elles aussi doivent se regrouper.

Au delà du dialogue institutionnalisé, naît le besoin d'amplifier les interactions entre la Direction et les représentants du personnel ; ceci appelle des espaces sur mesure pour un dialogue social constructif. Les partenaires sociaux doivent se sentir écoutés et respectés dans leur prise de position pour ne pas avoir l'impression de se "faire avoir" sous peine de renforcer les réflexes de défense, d'opposition et de résistance de principe. Au contraire, il est important pour les négociations, qu'ils entrent dans une logique de propositions et de projets à débattre. La signature d'un protocole d'accord entre eux et la Direction a été le fruit de ce travail de construction. Selon le Directeur d'un des établissements, c'est *"une pierre bien taillée indispensable à la construction de l'édifice, un acte fondateur, un ciment émotionnel. C'est aussi un engagement, une balise qui signifie des comptes à se rendre les uns les autres"*.

## L'information, la communication

Bien que la crédibilité ne vienne pas tant de ce que l'on dit, mais de ce que l'on fait, la communication est néanmoins une arme majeure pour réussir l'accompagnement et réduire les zones d'incertitude. L'action de communiquer, c'est-à-dire parler et écouter, est indispensable et sans relâche. Pour cela des réunions plénières d'information ont été

organisées, un journal interne à l'établissement relatant les avancées du projet était largement diffusé. Plusieurs visites sur le site en construction ont été organisées.

Mais cela ne suffit pas. Les personnels ont besoin de présence humaine, d'incarnation, de points de repères sur un petit nombre de personnes en qui ils ont confiance et sur lesquelles ils peuvent compter. Il est important d'instaurer un climat de sécurité, mais pour être rassurant il faut être soi-même rassuré. Les cadres, courroie de transmission entre la Direction et les services, devaient être non seulement écoutés, mais aussi entendus. C'est sur eux que l'on s'appuie pour assurer la médiation culturelle.

### Solidarité et esprit d'équipe

L'encadrement a été mis à rude épreuve. Le problème a été pour eux de gérer dans la durée l'intégration de tous en mouvement, départs, formation, inquiétude des professionnels. Le dispositif ne cesse d'évoluer, les changements sont parfois implicites, les interactions complexes, il manque de "feed-back" et de fil conducteur. Les cadres ont à assurer leur propre destinée, celle des agents, la continuité d'un service de qualité et de sécurité. En outre, ils sont sollicités pour organiser le nouveau site. Ils sont en tension permanente entre le collectif (projet) et l'individuel (les personnes). Faire se rencontrer les deux nécessite du talent et de la négociation. Face à ces multiples injonctions paradoxales, les cadres étaient parfois bien démunis.

Un vrai rapprochement dans la collaboration et le soutien mutuel devait s'accomplir entre eux et la Direction. La Direction avait besoin de l'interface des professionnels pour conserver une vision globale et assurer la cohérence du tout. Le plus dur pour tous était de continuer à faire fonctionner l'ancienne structure, inciter les personnels à en faire progressivement le deuil, présenter une vision claire de l'organisation vers laquelle on souhaite tendre. Concevoir l'avenir, expliquer le passé et gérer le transitoire demandait beaucoup de disponibilité, d'écoute, de dialogue et de patience, ce qui était une gageure dans le contexte. Les obstacles ne se franchissent pas sans endurance, détermination et force de conviction. Le maître mot = solidarité.

Solidarité avec les médecins bien sûr, car si certains sont moteurs, d'autres se trouvaient être les plus résistants aux changements. C'est peut-être la dimension la plus difficile à traiter. En cela, l'implication et l'engagement du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et les compétences du Directeur étaient les éléments d'un tandem qui est, pour nous, la clef de la réussite. Mais les tutelles ne doivent bien sûr pas s'effacer dans les "coulisses de l'exploit", elles doivent valoriser et soutenir l'engagement et la prise de risque avec des garanties de reconnaissances, ce qui n'est pas toujours le cas.

## Une expérience professionnelle : des réflexions... à un projet

Tous ces éléments contribuent à la stabilité des fondations, mais nous sommes persuadée qu'ils devront être consolidés tout au long du projet.

Du contexte juridique à la pratique, nous avons pu appréhender la complexité à laquelle nous avons été confrontée. A partir de cette expérience extrêmement enrichissante, nous avons pris conscience à la fois de la prépondérance du facteur humain dans un système en crise et de l'incontournable accompagnement dont il doit faire l'objet par les managers.

Nous pensons que cette première étape conditionne l'après, mais pour juger de sa réelle pertinence, encore faudrait-il, après coup, évaluer le dispositif mis en place. Car nous avons constaté que l'établissement qui avait mis en place un arsenal complet pour l'accompagnement des professionnels, présentait à l'arrivée les mêmes symptômes que l'hôpital qui n'en disposait pas d'un aussi bien formalisé, et qui avait vécu la fusion comme un coup d'état.

La réussite tient probablement plus au pilotage et à la manière dont sont conçus et utilisés les outils qu'à leur seule présence, cette réussite est également tributaire du contexte local.

Tout dépend aussi de la capacité des uns et des autres à rester sur la vague. Cette première étape est vécue par certains comme une chance pour eux de se réaliser. Cependant des îlots de résistances perdurent et l'entrée dans la phase opérationnelle reste émaillée de conflits. D'autres ont beaucoup de mal à se remettre de cette crise. Parfois traumatisés ils aspirent à un peu de répit. Le "problème" est que le projet ne prévoit pas d'entracte et qu'il faut persévérer pour reconstruire une nouvelle communauté.

La mise en œuvre des objectifs du projet médical autour desquels s'articulent le projet d'établissement, le projet de soins et le projet social caractérisent cette troisième phase qui est celle de l'après. A cela vient s'ajouter un autre impératif qui est celui de l'accréditation.

Ces raisons nous permettent de penser que la phase de "l'après" fusion, sans être vraiment délimitée dans le temps, est une étape tout aussi importante que les précédentes, beaucoup de choses restent à faire.

## Le rôle de l'Infirmière Générale dans l'après fusion

En tant qu'infirmière générale, dans ce contexte là, nous nous interrogeons sur les éléments qui garantissent une fusion réussie. Un certain nombre de points nous posent question et notre problématique est la suivante :

## **Problématique :**

Nous reconnaissons au travers des expériences relatées l'indispensable adhésion en amont des professionnels au projet de fusion et pour cela, la mise en place d'outils d'accompagnement social en tant que matériau de construction des fondations. Aussi nous avons évoqué la relative efficacité de ces outils sans un management spécifique révélateur de leur pertinence pour développer une nouvelle organisation.

Nous nous interrogeons sur ces insuffisances. L'organisation hospitalière à tendance bureaucratique, qui se caractérise par sa culture de structure, de permanence, de pouvoir, et par l'absence de vraie stratégie, en est-elle une des raisons ? Le manque d'expérience des managers à conduire une telle complexité en est-elle une autre ? Existe-t-il une autre façon de faire ? Plus concrètement, en tant qu'infirmière générale : Comment faire pour que le mouvement initial ne s'arrête pas là ? Que tous ces projets ne se juxtaposent pas, mais au contraire deviennent cohérents, porteurs de sens et donc réalisables ? Comment poursuivre cette dynamique vers un nouvel équilibre ? Comment construire une culture qui soit fédérative sans être étanche à la modernité ? Comment faire pour mobiliser et fédérer les équipes soignantes afin de répondre à l'objectif d'amélioration continue de la qualité des soins lors d'une fusion ?

Cela nous renvoie à notre métier et à ce pourquoi on est là.

L'infirmière générale, Directeur du service de soins infirmiers (loi du 31 juillet 1991) est membre de l'équipe de Direction. Ses missions intègrent complètement ces différents objectifs qu'elle doit mettre en œuvre dans un souci permanent d'efficacité et d'efficience. Elle contribue à la dynamique d'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, au développement de la recherche et de l'évaluation. Elle assure l'animation et la gestion du service de soins infirmiers, elle participe à l'évolution des structures en lien avec le corps médical et les corps d'encadrement concernés.

Ainsi défini, le champ des responsabilités de l'infirmière générale nous laisse présager du rôle qui lui incombe dans l'après fusion en matière de mobilisation de l'équipe soignante pour poursuivre une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins dans un contexte de fusion.

Pour cela, nous avons constaté qu'il fallait, semble-t-il, d'une part avoir une vision qui autorise suffisamment de désordre et de remise en question pour que l'innovation se développe, et d'autre part accepter de gérer un niveau assez grand de complexité et d'incertitude avant que tout ne se stabilise à nouveau. Pour nous, l'absence de solutions toutes faites, légitime la raison d'être du manager. Mais comment faire entendre ce message dans un contexte professionnel et hiérarchique où l'on est soi-même supposé incarner

l'ordre ? Sans se laisser aller à la peur de ne pas pouvoir tout maîtriser et à celle de se laisser déborder ?

Sommes-nous si démunis ? Certes, les textes réglementaires sont contraignants mais ne nous offrent-ils pas plus de marge de liberté que nous ne le pensons ? Autrement dit, comment transformer des contraintes en véritables leviers de changement ?

Pour cela les hasards du calendrier nous aident, ils sont des opportunités à saisir qui nous permettent d'intégrer l'environnement pour formaliser notre stratégie.

En conséquence, nous formulons ainsi notre question initiale :

**Question centrale de notre recherche** : comment l'infirmière générale peut-elle mettre en place une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins qui contribuerait à la réussite de la fusion ?

D'un côté, nous savons qu'il existe des liens étroits entre l'évaluation, l'accréditation et les restructurations, puisqu'ils peuvent justifier d'une décision de coopération.

De l'autre, on définit la fusion comme une démarche pour maîtriser les dépenses de santé tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins. **Alors pourquoi ne pas faire le pari du deux en un**, selon l'expression empruntée à la publicité. Associer les deux peut paraître ambitieux, mais à l'heure où il faut rétablir de la cohérence, donner du sens aux projets, ce **pari stratégique** ne nous offre-t-il pas l'occasion de créer des repères tangibles avec et pour ceux dont nous avons la responsabilité, c'est-à-dire les patients, les familles et les professionnels.

Autrement dit, il nous reste à dépasser les prémisses dans lesquels s'est engagé l'hôpital public pour témoigner de sa volonté à relever le défi de l'adaptation à son environnement interne et externe.

Par conséquent, nous formulons notre hypothèse centrale suivante :

**L'hypothèse de notre étude peut être ainsi posée :**

***Le management stratégique de l'infirmière générale qui repose sur la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, participe à la réussite de la fusion.***



## **Conclusion de cette sous-partie**

L'environnement juridique et notre expérience de terrain ont fondé la problématique à partir de laquelle nous avons émis notre hypothèse.

Ceux-ci ont mis en lumière les enjeux d'un management stratégique de l'infirmière générale par la mise en œuvre d'un projet d'amélioration continue de la qualité qui participerait à la réussite de la fusion.

Cependant, pour répondre aux différentes questions que nous nous posons et avant de vérifier notre hypothèse sur le terrain, nous ne pouvons nous soustraire à un incontournable détour par des recherches bibliographiques sur les concepts de projet, de management stratégique et de qualité.

### I.1.3. Le cadre conceptuel

Dans le contexte législatif actuel, le projet stratégique des organisations sanitaires publiques nous semble un élément clé de leur fonctionnement. Gérer des projets stratégiques apparaît alors comme une compétence nécessaire à l'évolution de leurs performances et de leur processus de survie - développement. Mais s'il existe une réelle prise de conscience de la nécessité du changement, elle doit s'accompagner d'une prise de conscience de l'opportunité stratégique de tels projets. Les différentes réformes s'imposent aux organisations sanitaires, alors plutôt que d'y répondre comme à une injonction, les parties prenantes doivent transformer ce qui apparaît a priori comme une contrainte en une véritable opportunité stratégique. Or cela semble se faire difficilement.

Avant de définir les concepts de stratégie, de management, de projet stratégique, et le concept de qualité comme possible réponse à la modernisation de l'hôpital, il nous semble important de mettre en exergue les éléments de l'organisation hospitalière qui peuvent bloquer cette évolution.

Le cadre conceptuel sera décomposé en deux sous-parties. En effet, nous avons évoqué précédemment le choc culturel provoqué par la fusion, les résistances au changement et la mise en crise du système. Il nous semble fondamental, dans un premier temps d'aborder ces notions d'un point de vue théorique pour nous permettre de mieux les comprendre et de cerner leur impact au moment de la mise en œuvre de la phase de l'après fusion. Elles sont un tremplin qui justifie les éléments de réponse abordés dans la seconde sous-partie du cadre théorique.

## Des éléments de compréhension

### La fusion : un choc culturel

Les articles sur les fusions d'hôpitaux dans les revues spécialisées mettent souvent l'accent sur le choc culturel que représente un tel rapprochement : "*La fusion entre établissement : un événement culturel*" (décision santé, n° 95), "*Impacts socioculturels des fusions*" (professions et plateau technique, n° 8), "*Fusion de deux cultures*" (Directeur d'Hôpital, n° 8). R. SAINSAULIEU (1977)<sup>3</sup> insiste sur les sous-cultures. Sous-cultures de profession, de formation, de service, d'équipe dirigeante. Il a montré que chaque catégorie socioprofessionnelle présente son propre schéma de comportement.

L'auteur considère que l'identité au travail est le produit d'un apprentissage culturel. Il regarde comment l'identité individuelle se constitue dans les rapports de travail collectifs. Se faisant, il insiste sur le processus psychologique de constitution de l'identité personnelle et montre comment celui-ci est traversé en permanence par le poids des rapports sociaux. Pour lui, la constitution de l'identité est un processus complexe d'identification et de différenciation et il pointe le rôle majeur que joue le conflit dans ce processus. SAINSAULIEU définit l'identité comme "*un effort de synthèse entre ce que le sujet est pour lui et ce qu'il est pour les autres*".

Mais ce contrat psychologique implicite et tacite qui lie les individus à leur organisation est fragile. Toute modification du contrat psychologique, composante de l'identité de l'organisation, plonge celle-ci dans une situation de crise car elle remet en cause l'identité des acteurs. Cette rupture de contrat se traduit ainsi que nous l'avons démontré par un climat défaitiste, véhiculant des images négatives et pessimistes. Il s'en suit un désengagement, une dévalorisation et un manque de confiance qui font émerger tous les conflits latents.

Un rapport de 1994 de la **Direction des Hôpitaux** sur la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics soulignait : "*Chaque agent hospitalier se trouve à la croisée de deux structures d'appartenance, toutes les deux également porteuses d'identité : il s'agit d'une part du corps professionnel auquel il appartient, d'autre part de son service. Cette double appartenance pourrait être structurante si elle permettait que l'une ou l'autre des structures soit un lieu d'échanges. Or, il n'en est le plus souvent rien : les corps professionnels, très souvent ne vivent que juxtaposés au sein des services et ils n'ont pas de force suffisante pour compenser les extrêmes cloisonnements de ceux-ci. Le lien*

---

<sup>3</sup> SAINSAULIEU. R, *L'identité au travail*, Paris, Editions Presses de Sciences Po, collection Références académiques, 1977.

*d'appartenance des agents est donc souvent limité à leur corps professionnel au sein de leur service, ce qui les confine dans un relatif isolement. (...) Un monde cloisonné et peu communiquant – la multiplicité des pouvoirs conduit à des fonctionnements en "chapelles" où chacun défend sa logique et ses intérêts sans se préoccuper des conséquences pour les autres et pour la cohérence de l'ensemble. De fait, il y a une difficulté réelle à penser l'hôpital dans sa globalité avant de penser les services dans leurs spécificités. (...) Ce fonctionnement en chapelle se couple d'un fonctionnement en "tuyaux d'orgue" organisé autour des corps professionnels : les médecins, le personnel soignant, les administratifs, le personnel technique, qui sont autant de logiques différentes qui se côtoient au sein de l'hôpital. (...) On trouve le même type de cloisonnement entre les établissements dans une même zone géographique."*

Nous considérons face à ces micro-cultures l'existence d'une macro-culture qui est celle de l'établissement dans lequel on travaille. La culture de l'établissement est le produit à la fois de l'histoire de celui-ci et de l'environnement dans lequel il s'insère.

Ainsi, la culture se construit selon un processus d'apprentissage. C'est en se confrontant à des situations que l'organisation trouve des modes de réponses appropriés qui créent des schémas de références selon leur niveau d'efficacité. Nous ne pouvons faire abstraction du contexte dans lequel s'insère l'établissement, la culture de l'hôpital ne peut se réduire à une simple culture organisationnelle. Les établissements ont à la fois leurs propres culture et sous-cultures et l'on peut comprendre qu'une fusion puisse représenter un choc culturel. Choc culturel résultant d'une inévitable confrontation entre les différentes cultures et sous-cultures, composante de l'identité au travail. A cela s'ajoute, dans le processus de fusion, la nécessité d'articuler la culture et la structure, c'est-à-dire gérer la transition entre deux types de cultures :

- la culture qui préexiste à l'organisation et qui se traduit par des normes définissant des groupes professionnels et par des normes inspirées par l'environnement interne et externe de l'établissement que représente l'enchevêtrement du politique, de "l'entreprise", des patients : c'est la culture interne ;
- une culture volontariste où les mots clefs de "réforme", "raison institutionnelle et politique", se réfèrent à un cadre plus global et plus stratégique.

La culture, en tant que composante importante de l'organisation hospitalière, a tendance à remettre de l'ordre, mais elle peut aussi nuire à son ouverture et à son développement. Ainsi soulevés, les problèmes culturels constituent un véritable changement de mentalité auquel

est confrontée la nouvelle entité. Par ailleurs, la fusion représente non seulement un "événement culturel", mais aussi un changement en profondeur dans l'organisation qui ne peut se produire sans quelques résistances.

### Les résistances au changement

Nous pouvons définir la résistance au changement comme étant l'expression implicite ou explicite de réactions négatives à l'endroit d'une intention de changement. Toute réaction qui est de nature à nuire à l'implantation d'un changement peut être considérée comme une résistance.

Ainsi, la résistance au changement est un phénomène social dont les manifestations fluctuent sur une gamme de réactions allant des plus directes aux plus sournoises (résistance passive), apathie, faible collaboration, ou des plus subtiles aux plus grossières. Ces résistances consomment une énergie qui ne peut plus être investie dans l'implantation du changement.

Selon P. COLLERETTE (1982)<sup>4</sup>, les sources de résistances au changement peuvent être de trois ordres :

#### 1. Les résistances liées à la personnalité

Les habitudes, la peur de l'inconnu, le principe de primauté ou le fait de s'en tenir à ce que l'on sait faire par peur de l'échec, la préférence pour la stabilité, la sécurité, le confort, la perception sélective, l'individu ne retient de l'information que ce qui le conforte dans ses idées ou son comportement.

La satisfaction des besoins, l'identification à la situation actuelle, le sentiment d'appartenance font en sorte que les personnes deviennent défensives. Car à travers le projet de changement, ils ont l'impression que c'est leur propre personne qui est discréditée. Ces résistances sont avant tout humaines ; le changement est souvent synonyme de perte, personne ne perd sans résister auparavant.

#### 2. Les résistances liées au système social

**La conformité aux normes.** Lorsque le changement a pour conséquence de bouleverser les normes d'un système, la tendance des individus est de s'y conformer, ce qui engendre

---

<sup>4</sup> COLLERETTE, P. et DELISLE, G. *Le changement planifié : "le phénomène et la gestion de la résistance au changement – Montréal, Agence d'Arc, 1982*

des résistances plus ou moins importantes. Les règlements ne sont plus considérés comme un moyen de fonctionnement, mais comme une fin en soi. La rigidité qui en résulte ne permet plus de répondre aux exigences particulières.

**La cohérence d'un système.** L'application des règles trop générales conduit à spécifier des règles plus précises, plus nombreuses et plus contraignantes, elles créent encore plus de complexité pour le décideur, elles se heurtent à des exceptions et des contradictions. Cela entraîne des blocages ou des comportements visant à détourner la règle.

**Les intérêts des droits acquis.** Les systèmes organisationnels présentent une grande différenciation et une grande hiérarchisation. Dans la mesure où le changement les remet en cause, on peut s'attendre à de la résistance de la part de ceux dont les intérêts sont menacés.

**Le caractère sacralisé de certaines choses.** Tout groupe organisé, toute société entretient ses balises de comportements et d'attitudes qui portent le nom de tabous, rituels, mœurs et éthique. Plus le changement touche au cœur de ces frontières permissives, plus la résistance sera forte.

**Le rejet de ce qui est étranger.** Ce qui est étranger et inconnu peut être perçu comme menaçant. Quand l'innovation qu'on veut introduire dans la dynamique du système est dissonante par rapport à ce qui existe, l'organisation va résister à l'intrusion de ce corps dissonant dans sa dynamique.

### 3. Les résistances liées au mode d'implantation du changement

Tout ce qui a été dit jusqu'à maintenant sur les sources de résistance au changement vaut autant pour la nature du changement que pour son mode d'implantation. Ajoutons quelques sources de résistances spécifiquement liées au mode d'implantation.

Le changement doit être accompagné, mais nous avons pu constater la relative efficacité des outils mis en place. La réussite tient, nous semble-t-il, plus à la façon et aux personnes qui ont à le piloter en tenant compte d'un certain nombre de choses.

**Le respect des personnes et des compétences.** M. CROZIER<sup>5</sup> a élaboré une méthode d'analyse des organisations appelée analyse stratégique ou systémique par laquelle il renouvelle les conceptions classiques du changement et les résistances qu'il induit. Il

---

<sup>5</sup> CROZIER. M, FRIEDBERG. E. *L'acteur et le système*. Editions du Seuil. Collection "points essais", 1977

considère l'individu dans l'organisation comme **un acteur**, c'est-à-dire comme quelqu'un qui a une influence sur sa situation de travail, une marge de manœuvre, même si elle est réduite. Bref quelqu'un qui n'est jamais totalement contraint par l'organisation. Dans le cas de l'hôpital, selon cette perspective, les personnes qui y travaillent sont acteurs au sens où elles sont influentes sur l'organisation, les collègues, les tâches. Ces zones d'influence existent à tous les niveaux de la hiérarchie. Lorsque cette part d'autonomie et de liberté ne peut plus s'exercer ou n'est pas reconnue par les partenaires de travail, les acteurs développent des stratégies négatives, de blocage systématique ou de retrait.

Pour CROZIER, les professionnels ne sont pas attachés de façon bornée à leurs routines. Ils sont prêts à changer s'ils peuvent trouver leurs intérêts dans les jeux qu'on leur propose. L'élément décisif de leur comportement face au changement, c'est le jeu de pouvoir auquel l'individu participe. Or tout changement est dangereux car il met en question les conditions de son jeu, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action en modifiant les zones d'incertitude pertinentes qu'il contrôle. L'acteur va donc tout faire, partisan ou non du changement, pour maintenir la zone d'incertitude qu'il contrôle. Parfois, le changement imposé d'en haut vise à éliminer ces zones, ce qui se traduit par des oppositions profondes.

Par ailleurs, dans notre société on exige que la personne soit respectée et que chacun ait voix au chapitre. Ce contexte a fait en sorte de rendre les gens plus conscients de leur valeur et plus exigeants quant à la prise en considération de cette valeur. Nous sommes persuadés de cela, mais certaines approches négligent cet aspect, ce qui suscite de vives réactions chez les personnels qui disent être insuffisamment consultés à l'approche d'un changement.

**Le temps et les moyens fournis pour intégrer le changement.** Des résistances peuvent surgir parce que les destinataires ont l'impression qu'on ne leur donne pas le temps d'appivoiser le changement ou qu'on ne leur fournit pas les moyens dont ils ont besoin pour y faire face. Souvent ces moyens sont définis sans eux, sans évaluation préalable, alors ils s'avèrent inadaptés. Il faut laisser du temps au temps pour que les professionnels n'aient pas l'impression d'être dépassés par les événements. Cependant, dans le cas d'une fusion, la gestion du temps et de ses aléas est très complexe du fait de nombreuses pressions.

**La crédibilité du pilotage.** L'identité de l'hôpital repose sur des facteurs politiques flous. Le pouvoir de tutelle a du mal à établir des lignes directrices claires et durables. Il s'exerce de façon quasi-mécanique sur les organisations par le contrôle, les règles imposées établissant une relation de méfiance plus que de confiance, ce qui freine le changement.

Les facteurs structurels accentuent le flou politique en dessinant une organisation peu transparente. Aussi les pouvoirs éclatés, les stratégies individuelles ne permettent guère l'émergence de règles claires. Chacun y voit un intérêt à laisser perdurer le flou pour pouvoir user de manœuvre influençant les décisions. Parfois, l'intérêt collectif est pris en otage pour servir des intérêts individuels. Les croyances profondes favorisent l'immobilisme dont certains se servent comme d'un alibi au non changement et derrière lequel ils se replient. Face à tous ces problèmes, les managers, les dirigeants ont du mal à compenser ce flou dans la mesure où les actions ne s'inscrivent pas dans un projet clair et où leur pouvoir d'orientation est fragile. La divergence des enjeux professionnels conduit à certains conflits, renforcés par le manque de communication. La Direction voit son pouvoir d'orientation et d'autorité "battu en brèche" par les interventions des médecins. Ainsi que l'a montré CROZIER<sup>6</sup> 1979, la principale difficulté dans l'expérience du management est la nécessité de la négociation permanente de toute décision dans la confrontation à autrui.

Manque de transparence, manque de repères, manque d'expérience, renforcement des faiblesses du pouvoir d'autorité du Directeur creusent l'écart entre les logiques et ne profitent pas à la stratégie de l'établissement. Or, il est difficile de conduire un changement sans vision claire et sans stratégie, en convainquant par des compromis et non par des résultats (CROZIER et FRIEDBERG, 1977)<sup>7</sup>.

Pour véhiculer des projets de grande envergure comme celui d'une fusion, et amoindrir les sources d'insécurité, il faut, nous pensons, une certaine crédibilité de la part des pilotes. Il n'est donc pas étonnant, pour toutes ces raisons, que nous nous soyons heurtés à des murs de résistances ayant pour conséquence ce que nous avons appelé la mise en crise du système.

#### La mise en crise du système : une étape vers le renouveau

Les travaux de CROZIER (1963)<sup>8</sup> sur la bureaucratie mettent en avant le problème du changement dans un système d'organisation qui a hérité du modèle bureaucratique. Il le définit comme *"un système d'organisation incapable de se corriger en fonction de ses erreurs et dont les dysfonctions sont devenues un des éléments essentiels à l'équilibre"*. Dans la suite de ses travaux, Crozier met en évidence que le seul moment où cette organisation rigide parvient à réaliser des réajustements nécessaires pour faire face aux

---

<sup>6</sup> CROZIER, M. *On ne change pas la société par décret*. Grasset 1979, pp 38-40.

<sup>7</sup> *Op cit* – p 316.

<sup>8</sup> CROZIER, M. *Le phénomène bureaucratique*. Editions du Seuil, collection "Point essai", 1963, pp 239-243.

changements qui s'imposent à elles, et le moment de crise. Dans le modèle bureaucratique, il n'existe pas à proprement parler de concept de stratégie globale, mais sont présentes des stratégies individuelles. La stratégie n'est donc pas voulue, mais imposée par l'environnement. Et là où il y a crise, c'est que l'organisation a été conçue pour gérer de la permanence.

**Définition de la notion de crise applicable à l'hôpital.** La crise des organisations peut être abordée de différentes manières, mais c'est avant tout un moment d'instabilité dû à la rapidité des changements, marquant une rupture entre un état passé connu et un état à venir non maîtrisé. Ce face à face se concrétise par une situation dans laquelle les modèles traditionnels d'exploitation ne fonctionnent plus.

MUCCHIELLI (1993)<sup>9</sup> définit la crise comme *"un moment difficile de la vie de l'organisation avec une perte de points de repères habituels. C'est un état d'instabilité de toutes ses fonctions (adaptation, pilotage, cohérence et motivation), face à des changements imposés ou décidés. (...) Cet état de crise signe le passage d'un état à un autre. La crise est un processus qui rompt avec une situation connue pour amener à une autre situation en devenir"*.

Il identifie quatre éléments fondamentaux des situations de crise que nous avons repéré dans notre expérience d'accompagnement du projet de fusion :

- l'existence de répercussions psychologiques sur les membres de l'organisation se traduisant par un absentéisme croissant, de l'agressivité, du stress... démotivation certaine,
- l'existence de facteurs extérieurs changeant l'environnement des organisations en les rendant inadaptées dans leurs structures, leur fonctionnement et leurs objectifs actuels,
- la mise en difficulté du management qui lâche les rênes du pilotage interne face aux nouvelles sollicitations,
- la désagrégation de la cohérence des acteurs de l'organisation (relation avec les patients, les partenaires de travail et l'ensemble de la population).

Aussi, notre société se caractérise par la crise du sens, sous la double acceptation du terme, signification et direction.

---

<sup>9</sup> MUCCHIELLI, A. *Communion interne et management de crise. Avec Auto-Diagnostics pour dirigeants. Les éditions d'organisation, 1993, pp 22-23.*



**La crise du sens.** Selon DE FOUCAULD et PIVETEAU (1996)<sup>10</sup>, la crise qui menace notre démocratie est triple : celle de l'emploi, mais aussi celles du lien social et du sens. Le pays n'a pas de projet. "*Les sacrifices n'ont de sens que si le cap est fixé, clair et adapté*". Ainsi, la crise du sens (signification et direction) vient d'une absence de projet clairement identifié et accepté. Cette absence ne peut donner du sens à l'action, ce déficit est aussi préjudiciable à l'hôpital.

**La crise éthique.** La crise du sens peut être rapprochée de la crise éthique. L'éthique donne un sens au comportement et à l'action. L'éthique dans une organisation est couplée à une action collective, organisée par les individus en relation pour conduire un projet et donc donner du sens à ce projet. Cependant, ainsi que nous l'avons plusieurs fois évoqué, l'éthique est parfois mise à mal lors des restructurations.

**La crise d'identité et de légitimité.** L'identité est définie pour l'individu comme le sentiment d'exister en tant qu'être cohérent et spécifique, ayant sa place dans la collectivité et reconnu comme tel par les autres. Le concept d'identité s'est étendu aux organisations, l'hôpital est un lieu de reconnaissance des identités spécifiques des groupes humains.

La légitimité vient du mot latin *légitimus*, de *lex* et *légis*, signifiant "loi". Est légitime, ce qui est fondé en droit, consacré par la loi ou reconnu conforme au droit (légal).

L'action de l'organisation doit être compatible avec celle de la société dans son ensemble. La cohérence entre les finalités des organisations et celles de la société est une condition nécessaire à la légitimité des organisations.

L'identité représente l'organisation face à elle-même (qui sommes-nous ?), la légitimité place l'organisation face au reste du monde (la société) au travers de la question "à quoi sert notre organisation".

La remise en cause de la légitimité vient d'un problème d'identité qui se crée en raison des facteurs internes (manque de moyens humains, financiers, techniques...), d'un sentiment de manque d'appartenance à l'organisation... Quel qu'il soit, il se révèle dans les relations de l'organisation avec la société et donc se traduit à l'extérieur par une crise de légitimité. Ainsi les concepts de crise d'identité et de légitimité sont liés, l'un entraînant l'autre dans une sorte de spirale régressive. La crise d'identité qui affecte les établissements de soins a pour origine le changement des modèles de référence sur lesquels ont été bâtis les comportements et les croyances des acteurs hospitaliers, conjugué à un renforcement des contraintes économiques imposées au système de santé. Cette réalité n'est pas sans poser de problèmes aux managers.

---

<sup>10</sup> DE FOUCAULD, JB et PIVETEAU, D. *Une société en quête de sens*, 1996. Editions O. JACOB, p 300

**La crise du management.** Pour SAULQUIN (1997)<sup>11</sup>, "*La crise qui touche les établissements de soins est avant tout une crise de management des ressources humaines*". Il aborde la crise du management des hommes et la mobilisation du potentiel humain à travers quatre caractéristiques : les relations de pouvoir dans l'organisation (avec la tutelle et au sein des établissements), la prééminence des métiers techniques de base, la diversité des métiers et des logiques d'acteurs centrés sur la tâche, ce qui ne donne guère de place au management. Pour lui le management ne doit plus être exercé par les seuls spécialistes, mais il doit être considéré comme un ingrédient nécessaire à tout métier organisé dans une collectivité.

Enfin, il dénonce les carences de compétences managériales et il parle de défaillance de l'exercice d'autorité, de faiblesses de compétences en organisation, en animation et en communication, d'incapacité à déléguer des tâches, de définir des prestations en terme de qualité et de maîtrise de l'environnement.

Ce diagnostic sans complaisance, répond à l'une de nos questions concernant le management d'un projet de fusion.

Si nous avons développé la notion de crise, c'est dans le but de montrer que cette situation n'est pas anodine, mais qu'elle revêt un caractère stratégique fondamental pour l'hôpital.

Pour nous, la crise est un état d'instabilité "irréversible" dans le sens où l'on ne peut revenir à l'état antérieur de stabilité, mais où l'on est obligé de mettre en œuvre des actions, déployer des efforts pour passer à un état suivant qui tient compte de l'origine des différentes problématiques (culturelles, résistances au changement et crise). Nous pensons que la crise devient une opportunité stratégique pour l'organisation.

Selon MAHE de BOIS LANDELLE (1998)<sup>12</sup>, la crise est une "*situation critique, faite à la fois de dangers et d'opportunités*". On ne peut donc uniquement la considérer comme une phase négative de la vie de l'hôpital, mais comme une opportunité pour le changement, faisant prendre conscience des faiblesses et des dysfonctionnements pour passer à une situation meilleure.

Dans notre conception, crise et menace stratégiques sont indispensables à la prise de conscience de la nécessité de changement. Cette prise de conscience étant entendue comme la capacité de l'organisation à réfléchir à son fonctionnement interne et à ses

---

<sup>11</sup> SAULQUIN, JY. "*Le manager face à la crise : à la recherche de l'efficacité dans les établissements de soins*" – Actes du 8<sup>ème</sup> congrès de l'AGRH, GRH face à la crise : GRH en crise ? Septembre 1997, Montréal (Canada). pp 537-549.

<sup>12</sup> MAHE DE BOIS LANDELLE, H. *Dictionnaire de gestion, Vocabulaire, concepts et outils – Economica, collection "Techniques de gestion", 1998 – p 101.*

relations avec l'extérieur. Elle apparaît comme facteur de développement de la capacité stratégique de l'organisation hospitalière.

Si les spécificités de l'organisation hospitalière, ainsi que nous l'avons démontré, peuvent bloquer le changement, prises en compte dans les actions de changement elles ne peuvent que se révéler favorables à un management stratégique.

Les différentes lois portant sur la modernisation du service public, sur la contractualisation, sur le projet d'établissement et la mise en place de l'accréditation... sont autant de preuves qui témoignent de la volonté de responsabiliser. Ces mesures incitent les hôpitaux à mettre en place un véritable management stratégique, notamment par la définition et la mise en œuvre d'un projet stratégique global, local, individuel, que nous avons appelé le **projet du deux en un** ou la combinaison gagnante.

CROZIER (1979)<sup>13</sup> propose de "*penser stratégie*" plutôt que de penser "*réforme*", c'est-à-dire de donner plus d'importance au développement des rapports humains qu'à la théorie de l'Etat et donc d'accorder davantage confiance aux hommes qu'aux procédures.

Mais le savoir-faire en matière de stratégie nécessite un véritable apprentissage qui s'inscrit dans le temps.

La mise en œuvre d'un projet de fusion qui s'apparente à une crise est un véritable défi que les managers doivent relever pour permettre le développement d'une nouvelle organisation. C'est pourquoi nous vous proposons dans cette deuxième sous-partie, d'aborder sous l'angle théorique les concepts de stratégie, de management et de projets stratégiques, ainsi que le concept de qualité. Ces éléments étant une réponse possible à notre questionnement :

- Comment poursuivre cette dynamique vers un nouvel équilibre ?
- Comment faire pour mobiliser et fédérer les équipes soignantes afin de répondre à l'objectif d'amélioration continue de la qualité des soins dans l'après fusion ?

## **Des éléments de réponse**

### Le concept de stratégie

Il n'est pas simple de définir le concept de stratégie car les études relatives à la stratégie comme concept sont très rares. La stratégie recouvre davantage un ensemble de concepts qu'un concept seul.

---

<sup>13</sup> CROZIER, M. *On ne change pas la société par décret* – GRASSET 1979, p 113.

**La métaphore militaire** : le terme stratégie trouve son origine étymologique dans le mot *stratège*, le stratège, chef d'armée. Stratège est lui-même composé du mot : *stratos*, armée et *agein* : conduire. La stratégie signifie donc "*la conduite des armées*". Ainsi, le terme stratégie, utilisé dans le domaine de la gestion, représente une **métaphore guerrière**. L'objectif de l'armée étant d'atteindre un objectif par la force contre un adversaire. Se pose alors la question de l'utilisation efficace de cette force : c'est le rôle du stratège.

Pour l'hôpital, la métaphore guerrière se traduit de la manière suivante : confronté à une situation de crise, tout comme l'armée est confrontée à un ennemi, la stratégie cherche à améliorer sa situation de manière durable.

Pour ANSOFF (1984)<sup>14</sup>, "*la stratégie est le moyen de parvenir à l'atteinte des objectifs. Une formulation explicite de la stratégie peut améliorer les performances et devenir un outil de management indispensable*".

THIETART (1984)<sup>15</sup> définit la stratégie comme "*ensemble des décisions et des actions relatives aux choix de moyens et à l'articulation des ressources, en vue d'atteindre un objectif*".

Cependant avant de procéder à des choix, un diagnostic stratégique de la situation interne et externe de l'hôpital s'avère indispensable. Une analyse des forces, des faiblesses et du potentiel dont nous disposons, nous permet de déterminer les facteurs clefs de réussite ou les niches d'opportunités stratégiques, ce qui nous permet ensuite de définir les actions pour les mettre en œuvre.

Pour MINTZBERG (1998)<sup>16</sup>, la détermination de la stratégie de l'organisation est une des tâches les plus importantes dévolues au manager. Il définit l'élaboration de la stratégie comme faisant "*référence à la façon dont un système collectif, nommé organisation, établit ses orientations fondamentales, et si nécessaire, ses changements de cap*".

Au vu de ces différentes définitions, on peut attribuer les caractéristiques suivantes au concept de stratégie. Il s'agit d'un ensemble de choix, de décisions, d'orientations, d'actions visant l'atteinte d'objectifs formant le projet que l'organisation se fixe afin d'améliorer sa position interne (fonctionnement, organisation de la structure) et externe (qualité de service vis à vis des publics) de façon durable. Le projet est dit stratégique car il revêt un enjeu

---

<sup>14</sup> ANSOFF, H.I. *Stratégie du développement de l'entreprise*. Editions Hommes et Techniques, nouvelle édition 1984, p 111

<sup>15</sup> THIETART, R.A. *La stratégie d'entreprise*, McGraw-Hill, 1984, p 1

<sup>16</sup> MINTZBERG, H. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Les éditions d'organisation, Nouvelle édition 1998, p 47

significatif et vital pour l'organisation, il implique cette organisation sur les moyens et longs termes, il naît d'une volonté marquant sa détermination et son intentionnalité pour le changement.

La stratégie est l'expression d'une **communauté** de personnes, un filon conducteur au sens de cheminement et de **cohérence** des actions dans une **même direction**. Elle est une gestion de la relation hôpital / environnement. MINTZBERG a regroupé ces conceptions de la stratégie sous l'appellation "*Les 5 P de la stratégie*"<sup>17</sup>. Le terme de stratégie peut désigner tout à la fois un plan, un piège, une position, une perspective, un pattern, c'est-à-dire un fil conducteur entre le passé et le présent

Nous considérons la stratégie à la fois comme un **plan** (explication, contenu), une **perspective** (objectifs à atteindre) et un **processus** (projet stratégique), l'ensemble devenant une constance de l'organisation (pattern).

Selon DESREUMAUX (1992)<sup>18</sup>, "*La stratégie de changement est l'ensemble des moyens mis en œuvre et des actions engagées par un agent sur un terrain donné en vue d'y atteindre un objectif spécifique. Les moyens sont intégrés logiquement et chronologiquement de façon à constituer un programme (...) Ils découlent d'une approche, en ce sens qu'ils sont ordonnés à des objectifs établis théoriquement et inspirés par une conception globale de l'action*". Une stratégie de changement comporte donc de multiples dimensions à intégrer dans une typologie complète : une dimension acteurs, buts, moyens d'action et relations systémiques.

Au terme de cette sous section relative au concept de stratégie, nous proposons maintenant de définir le management stratégique.

## Les concepts de management et management stratégique

### **Le management**

Avant de définir le management stratégique, nous proposons de nous arrêter sur l'origine du terme "management". On trouve dans la littérature plusieurs origines données au "management". Etymologiquement, le Petit Robert définit le management comme un terme d'origine anglo-saxonne, héritage de Fayol (1921) et signifiant "*conduite, administration, direction d'une entreprise*". Certains auteurs français contestent cette origine, venant pour eux du vieux français "ménagement" (1551) dérivé de "ménager" et qui signifie "*disposer,*

---

<sup>17</sup> MINTZBERG, H. *Le concept de <stratégie : les 5 P de la stratégie. California Management Review, vol 30, n° 1, pp 11-24*

<sup>18</sup> DESREUMAUX, A. *Structures d'entreprise, Vuibert, Collection "gestion", 1992, pp 293-294*

*régler avec soins et adresse*". Le terme de "ménagement" traduit le sens général d'action et de conduite des organisations et il restaure une dimension fondamentale : celle de soins, qui prend tout son sens dans les organisations produisant des soins. Cette dimension de soin exprime le respect du "ménageur" envers l'organisation, conduire l'organisation avec soin.

Pour LAMBERT (1968)<sup>19</sup>, le terme de management trouverait son origine dans "manéger" ou "manègement" qui signifierait "dresser" et par extension "conduire, diriger, guider habilement". Le "manègement" est alors entendu comme la *"pratique efficace de toutes les techniques, méthodes et sciences permettant d'améliorer le fonctionnement de l'entreprise"*.

CROZIER (1985)<sup>20</sup> définit le management comme "un art", car il consiste pour lui avant tout à gérer un quotidien tissé de contradictions. Selon l'auteur, le management scientifique serait une illusion : les connaissances objectives portant sur l'environnement et les hommes sont indispensables mais CROZIER estime que *"croire que l'on peut déduire de ces connaissances des règles "scientifiques" pour la gestion et la direction des organisations humaines relève d'une illusion dangereuse"*.

Enfin, ANASTASSOPOULOS (1980)<sup>21</sup> écrit que le *"management est la manière dont sont fixés les objectifs généraux de l'entreprise, dont sont formulées ses stratégies à long terme, dont sont définies, rassemblées, organisées les ressources nécessaires à la mise en œuvre de ses stratégies au sein du système de gestion approprié"*.

Il existe bien d'autres définitions du concept de management, mais nous avons tenté de sélectionner celles qui semblent le plus adaptées à notre recherche. On constate cependant que le management reste souvent attaché à la stratégie, et la plupart des auteurs le définissent dans son acception de **management stratégique**.

## **Le management stratégique**

L'expression management stratégique est apparue en 1973 à l'occasion de la First International Conference on Strategic Management, organisée par ANSOFF.

THIETART (1980)<sup>22</sup> relie management et stratégie de la manière suivante : *"la stratégie est la pierre angulaire à partir de laquelle le management va pouvoir s'élaborer"*.

---

<sup>19</sup> LAMBERT, P. *Management ou les cinq secrets du développement*. Cercle du livre économique, 1968, p 18

<sup>20</sup> CROZIER, M. "Les problèmes du management public face à la transformation de l'environnement". *Revue politique et management public*. Vol 3, n° 1, mars 1985, p 2

<sup>21</sup> ANASTASSOPOULOS, JP. *La stratégie des entreprises publiques. L'efficience au service de l'intérêt général*. Dalloz 1980, p 6

<sup>22</sup> THIETART, R.A. *Le management*, Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je". 1980, p 6

Aujourd'hui, le management stratégique se conçoit comme l'intégration de la stratégie dans les pratiques quotidiennes des organisations. L'un des moyens permettant d'infiltrer la stratégie dans le quotidien réside, selon nous, dans le projet de l'organisation.

Le management stratégique en tant que discipline est décrit comme une boîte à outils, concepts, modèles dont l'entreprise a besoin pour gérer les changements, s'adapter à un environnement perturbant, assurer sa pérennité.

MORSAIN (2000)<sup>23</sup> parle de "*philosophie, de manière de comprendre l'entreprise dans toute sa complexité et dans sa globalité, en s'appuyant sur des variables économiques, technologiques, socioculturelles, voire psychologiques ou psychanalytiques*".

Le management stratégique pourrait se résumer ainsi :

- c'est une démarche analytique pour permettre à l'entreprise de se connaître, l'aider à fixer des objectifs et analyser la faisabilité des stratégies à mettre en œuvre en fonction de ses capacités, de sa structure et de son environnement,
- c'est aussi une démarche intuitive, créative, qui favorise l'expérience, la prise de risques ; c'est un état d'esprit, une volonté de prise de décision,
- le management stratégique est une vision globale, prospective, dynamique, tournée vers le futur, donc vers l'incertain, sans perdre de vue le présent, avec un large champ d'application puisqu'il concerne tous les services et tous les partenaires.

Pour MORSAIN (2000)<sup>24</sup>, "*le management stratégique c'est tout cela, avec en plus une mission bien particulière qui est d'aider l'entreprise à se développer, à s'insérer dans un univers concurrentiel de plus en plus complexe (...), en assurant la cohérence de sa stratégie avec ses ambitions, ses ressources, ses moyens, ses hommes, sa structure, son histoire, sa culture et son identité*". "*En un mot, le management stratégique doit permettre de répondre à deux questions essentielles : où se battre, et comment ?*".

Nous souscrivons à cette approche du management stratégique car elle semble parfaitement convenir à notre recherche qui consiste à trouver une solution pour passer d'un état de crise à la mise en œuvre d'un projet de fusion réussi et pérenne.

Pour accorder une place cruciale au **projet**, la stratégie ne doit pas être la seule affaire de "l'état-major", ni se réduire à la simple production d'une réflexion intellectuelle.

---

<sup>23</sup> MORSAIN, M.A. *Dictionnaire du management stratégique*. Editions "Gestion Belin Sup". 2000, p 107

<sup>24</sup> MORSAIN, *op cit* p 108

## Les concepts de projet et projet stratégique

### **Le projet**

Nous définissons à présent le projet stratégique, à partir d'un rappel du projet d'entreprise (au sens large), et du management **par**, projet.

Ce concept a fait l'objet d'une abondante littérature, notamment dans les années 1980.

Considéré par certains comme une mode, il n'en reste pas moins un mode de fonctionnement qui a montré son efficacité pour les entreprises et les organisations.

Pour les hôpitaux, deux concepts ont précédé le projet d'établissement au cours des vingt dernières années : le **plan directeur** (loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970) et le **programme d'établissement** (décret n° 74-569 du 17 mai 1974, circulaire n° 87-224 du 7 décembre 1987), celui-ci définit les besoins que l'établissement doit satisfaire.

Plan directeur, programme d'établissement, carte sanitaire, évaluation convergent vers un même concept où l'hôpital public se dirige : le projet d'entreprise ou projet d'établissement. Au delà de l'obligation réglementaire de définir un projet d'établissement et donc une stratégie, il existe d'autres facteurs pour expliquer la nécessité de projet.

LE BŒUF et MUCCHIELLI (1992)<sup>25</sup> définissent le projet d'entreprise comme ayant une fonction de *"revivifier les principes vitaux de l'entreprise pour contribuer à son développement économique, et il est fait en adoptant une vision humaniste de l'entreprise"*. Pour ces deux auteurs, *"l'objectif du projet d'entreprise, c'est stricto sensu le "dessein" au sens de projet. Pour être pertinent, cet objectif doit revêtir des qualités de mobilisation (...) l'objectif doit être clair, il doit être fédérateur, motivant et compatible avec les attentes des acteurs externes"*. Ces deux auteurs, avec lesquels nous sommes d'accord, mettent en évidence la dimension fédératrice du projet d'entreprise et la nécessaire mobilisation du potentiel humain. Cela correspond à notre **hypothèse** de la mise en œuvre d'un projet d'amélioration continue de la qualité des soins, thème, nous le pensons, fédérateur car il concerne tout le monde et il va permettre aux équipes en fusion de travailler ensemble (il sera donc mobilisateur du potentiel humain).

Pour eux, le projet est un acte de management car *"comme toute action de management, il a une intentionnalité, des objectifs, une stratégie de réalisation, des moyens, des plans de*

---

<sup>25</sup> LE BŒUF, C et MUCCHIELLI, A. *Le projet d'entreprise*. Presses universitaires de France, collection "Que sais-je ?", 2<sup>ème</sup> édition 1992, p 69



*mise en œuvre, un coût, un contrôle de réalisation, des évaluations de résultats et des mesures de suivi*<sup>26</sup>. Notre projet de mise en œuvre de l'amélioration continue de la qualité des soins lors d'une fusion répond parfaitement, du moins en théorie pour l'instant, à cette démarche.

Si les objectifs du projet consistent à mobiliser, ils se veulent aussi d'assurer la **cohésion** de l'ensemble du personnel autour de **l'objectif commun** et de **motiver** tout le monde pour l'atteindre.

Pour nous, le rôle du projet est de valoriser la ressource humaine et la motivation par la contribution de chacun. Le projet se doit de contenir deux dimensions : l'une morale et sociale, c'est-à-dire la référence culturelle, l'autre opérationnelle, c'est-à-dire les comportements traduits en plan d'actions. Le projet d'entreprise a trois composantes : une **vision du futur**, un système de **valeurs partagées**, des **priorités pour l'action**.

Le projet doit être le prolongement de la réflexion stratégique.

### Le projet stratégique

Nous avons retenu la définition la plus appropriée à notre étude, car elle s'inscrit, selon les auteurs, dans une démarche de stratégie de changement.

BRABET et KLEMM (1994)<sup>27</sup> parlent de la démarche de **stratégie partagée** : le mode d'élaboration est très participatif et la dominante est stratégique, elle permet, par une réflexion stratégique commune, un apprentissage de normes partagées qui dépassent celui des simples valeurs. La démarche oriente l'entreprise vers le management stratégique où le mode d'allocation des ressources est abandonné au profit d'un mode d'allocation par objectifs. Dans ce cadre, les relations de type "**clients – fournisseurs internes**" sont largement encouragées pour permettre l'élaboration et la mise en œuvre du projet.

Cette approche correspond à notre projet de mise en œuvre d'une démarche qualité, basée sur des relations clients – fournisseurs en interne, ainsi qu'à une allocation de ressources par objectifs, dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens entre l'hôpital et l'agence régionale d'hospitalisation...

---

<sup>26</sup> LE BŒUF, C et MUCCHIELLI, A. *Le projet d'entreprise. Comment le préparer, le réaliser et motiver votre personnel*. Les éditions ESF – Entreprise moderne d'éditions – Librairies techniques, collection "formation permanente en sciences humaines", 1987, p 8

<sup>27</sup> BRABET, J et KLEMM, M. "Le point sur les projets d'entreprises". *Gestion 2000. Management et prospective*, Vol 10, n° 2, avril 1994, pp 84-86

Nous privilégions le projet en tant que démarche, c'est-à-dire comme une **dynamique de changement**, à dominante stratégique, participative, transversale, dont la durée de validité est définie.

### Le management par projet

A la différence du management de projets, selon DEGOT (1988)<sup>28</sup>, le management par projet "s'inscrit davantage dans une démarche durable de transformation de l'organisation". La démarche engagée est tout aussi importante que le résultat attendu.

Pour PICQ (1997)<sup>29</sup>, le management par projet repose sur quelques concepts originaux qui ont retenu toute notre attention : "*ingénierie simultanée et gestion concourante des activités, transversalité et multidisciplinarité des équipes projets, fonctionnement en "plateau", organisation en réseau, décloisonnement des fonctions et métiers*".

Pour nous, la gestion par projet vise à déterminer les meilleures conditions de l'implantation des innovations au sein de l'hôpital, en remédiant aux rigidités bureaucratiques et en cassant l'omnipotence de l'organisation pyramidale. En conséquence, l'organisation se définit comme un projet en évolution et non plus comme une structure de permanence.

Le management par projet ouvre la voie d'une dynamique d'apprentissage collectif, organisationnel et responsabilisant. Il permet, non plus d'élaborer une stratégie au niveau le plus élevé, mais au contraire il crée des comportements créateurs de stratégies à tous les niveaux de l'organisation. L'assimilation progressive par l'hôpital de ces différents concepts a donné naissance au projet d'établissement (loi du 31 juillet 1991). Le projet d'établissement doit être le projet stratégique de l'organisation, les objectifs qu'il poursuit sont clairs et définis dès son initialisation par un comité de pilotage représentatif à la fois de l'institution et du personnel médical et non médical.

Petit à petit, l'ère du management stratégique par projet deviendra une réalité pour l'hôpital. Il contribuera à sa survie – développement, et ce grâce à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la maîtrise des dépenses hospitalières.

---

<sup>28</sup> DEGOT, V. "Projets d'entreprise : évaluation d'un instrument de changement". *Revue française de gestion*, n° 68, mars, avril, mai 1988, pp 74-84

## Les concepts de l'amélioration continue de la performance et de la qualité des soins

Si le management stratégique par projet est une réponse pour sortir de la crise, la maîtrise des dépenses hospitalières et l'amélioration continue de la qualité et des performances de l'hôpital en sont une autre. Ces objectifs sont le fondement du projet de l'après fusion qui visent en outre à fédérer les équipes autour de bases communes.

### **Le concept de performance.**

Améliorer, c'est partir du constat des éléments d'insatisfaction. Des insatisfactions auxquelles il faut remédier par la mise en œuvre de progrès qui rendent meilleure et plus acceptable notre façon de faire.

BARTOLI (1997)<sup>30</sup> définit la performance dans la mise en relation de trois notions : les résultats, les moyens, les objectifs, ce qui implique trois logiques possibles : d'efficacité, d'efficience et de budgétisation. Il nomme cela le triangle de la performance.

**L'efficacité** : concerne le rapport entre le résultat obtenu et les objectifs à atteindre.

**L'efficience** : concerne le rapport entre le résultat obtenu et les moyens engagés.

**La budgétisation** : correspond à la programmation des moyens au regard des objectifs et au suivi de leur application. Elle vise à définir à priori une référence concernant l'allocation de ressources en fonction de l'activité à réaliser.

Ainsi, la composante de la performance devient pertinente associée aux dimensions de l'efficacité et de l'efficience. Mais la performance reste néanmoins "**biaisée**" si elle ne tient pas compte de la **qualité**.

### **Le concept de qualité : définition**

La notion de qualité est inséparable de celle de la performance : maîtrise des dépenses et amélioration de la qualité du service sont les deux défis majeurs et indissociables de l'organisation hospitalière. Restructurations hospitalières et fusion d'établissements sont les moyens définis dans les différentes réformes hospitalières pour y parvenir.

En 1979, l'AFNOR<sup>31</sup> définissait la qualité comme "*l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins des utilisateurs*". Actuellement c'est la norme ISO 8402 qui en donne la définition suivante : "*l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites*" du client.

---

<sup>29</sup> PICQ, T. "Le management par projet comme levier du changement organisationnel". Actes du 8<sup>ème</sup> congrès de l'AGR, GRH face à la crise : GRH en crise ? 4 & 5 septembre 1997. Montréal, p 478

<sup>30</sup> BARTOLI, A. *Le management dans les organisations publiques*. 1997. Op cit, p 78

<sup>31</sup> AFNOR, *Management de la qualité et assurance de la qualité : vocabulaire*, Editions AFNOR. Paris, 1994

## **La démarche qualité**

La norme ISO 8402 définit la démarche qualité comme *"l'ensemble des actions que mène l'entreprise pour se développer par la satisfaction de ses clients"*. Nous retrouvons cette dimension à l'hôpital par les enquêtes de satisfaction des usagers et l'analyse des questionnaires de sortie.

## **La qualité des soins**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 1987, c'est *"une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostics et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa grande satisfaction, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins"*.

Selon la norme ISO 8402, c'est *"l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites et qui satisfait effectivement le consommateur de soins"*. Cette définition, qui ne prend en compte qu'une approche par la finalité : service rendu, prestations de soins, demande une analyse étape par étape de toutes les activités qui participent à cette prestation.

## **Qualité et réforme hospitalière : l'accréditation**

Ce n'est pas un hasard si la démarche d'accréditation est aujourd'hui au centre des préoccupations hospitalières. Cet intérêt s'inscrit dans le mouvement plus large de la démarche qualité en santé qui trouve ses fondements dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, dans la place centrale donnée aux usagers pour retrouver leur confiance et dans l'implication des professionnels conformément aux incitations des réformes hospitalières de 1991 et 1996.

La démarche d'accréditation est une démarche vertueuse car elle exige de la transparence, elle est porteuse d'évolution, elle est fédérative et décloisonnante car elle implique tout le monde. Elle est synonyme de cohérence, de synergie et d'articulation.

Elle ouvre les barrières structurelles, catégorielles au bénéfice des patients. "L'accréditation n'est pas une fin en soi, c'est une dynamique, une démarche volontariste, un système au service de la qualité", C. LACHENAYE, LLANAS – ANAES (1998)<sup>32</sup>. Pour nous l'accréditation est un outil stratégique pour les managers qui permet de rentrer avec méthode

---

<sup>32</sup> LACHENAYE, C. LLANAS, *Directeur de l'accréditation (ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé)*. Paris, 1998

dans une démarche d'amélioration continue de la qualité; cette méthode est commune à tous les établissements, ainsi que la manière dont elle doit être conduite.

La procédure d'accréditation est conduite par l'ANAES, organisme accréditeur mis en place par les pouvoirs publics. Cette agence *"a pour mission de favoriser (...) le développement et l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre la procédure d'accréditation"*<sup>33</sup>. En effet, qui dit amélioration dit évaluation à un moment donné pour objectiver, mesurer les faits et définir les points à améliorer. L'évaluation est un outil de progression et non de jugement. Elle contribue à la satisfaction et à la motivation par la mise en valeur des progrès réalisés.

Si l'ordonnance du 24 avril 1996 fait de l'amélioration continue de la qualité un droit pour les patients, elle est un devoir pour le Directeur de l'établissement et les professionnels. Le manuel d'accréditation positionne le Directeur dans le processus : *"l'établissement initie, pilote et soutient une politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques"*, *"la politique qualité est définie par la Direction en concertation avec la Commission Médicale d'Etablissement, la Direction du Service de Soins Infirmiers ou le responsable du Service de Soins Infirmiers et les professionnels concernés"*. En outre, pour l'hôpital, la qualité est l'un des éléments du contrat d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale d'hospitalisation, notamment en matière d'allocation de ressources.

Indépendamment de l'obligation à mettre en œuvre une telle démarche, elle est pour nous une opportunité pour le développement de l'hôpital.

### **Intérêt d'une démarche d'amélioration continue de la qualité**

Les intérêts, ainsi que nous venons de le voir, sont multiples. Mais pour cela, la qualité doit être inscrite dans la stratégie de l'hôpital. La qualité est la cible du projet stratégique de l'hôpital.

L'amélioration continue de la qualité doit être institutionnalisée pour, petit à petit, créer un véritable esprit qualité qui s'instaure du sommet vers la base.

### **La qualité relève d'un état d'esprit :**

- scientifique : humilité devant les faits, objectivité, rigueur, apprentissage et appropriation d'outils et de méthode,
- de coopération : ouverture au dialogue, esprit d'équipe, concertation, transversalité, pluridisciplinarité, logique de client-fournisseurs,
- de transparence : synergie des efforts, souci de satisfaire le client,
- responsable : recherche de compétences, continuité de l'effort.

---

<sup>33</sup> Décret n° 97-346 du 7 avril 1997, relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'ANAES

Pour nous, l'intérêt d'une démarche transversale réside dans la cohésion du milieu de vie des organisations qu'elle assure. Elle fait prendre conscience aux acteurs de l'entrecroisement des fonctions et des rôles, des appartenances culturelles et idéologiques. Elle est tout à fait pertinente dans notre projet de l'après fusion qui consiste, entre autres, à faire se rencontrer les professionnels de deux établissements.

Mais il faut viabiliser la démarche qualité, c'est-à-dire l'enraciner dans la culture de l'organisation, l'intégrer dans toutes les activités pour qu'elle devienne un mode de vie, un processus naturel de l'organisation, au même titre que la maîtrise des dépenses. Elle doit répondre à une méthode rigoureuse d'implantation.

**Une implantation rigoureuse : le cycle PDCA ou roue de Deming, JACOU et LUCAS (1995)<sup>34</sup>.**

Le PDCA, ou roue de la qualité, a été formulé dans les années 30 par W. SHEWHART dans ses premiers travaux sur une approche de la qualité, puis repris par W.E. DEMING comme pierre de voûte de son approche.

La mise en œuvre d'une démarche qualité comme celle de tout projet passe par une clarification des objectifs visés, un diagnostic de la situation de départ, la définition et la conduite d'un plan d'action qualité.

Le cycle PDCA, Plan, Do, Check, Action :

**Plan** : planifier, projeter, prévoir, déterminer ce qu'il faut faire et la manière de le faire.

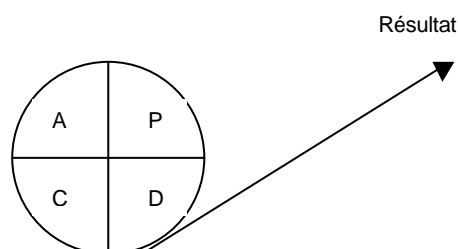
**Do** : faire, mettre le plan à exécution ainsi que les moyens de mesure.

**Check** : vérifier, évaluer les résultats, comprendre les écarts éventuels (causes et effets).

**Action** : réagir, effectuer les ajustements ou les modifications pour obtenir les améliorations.

A travers les boucles répétées du cycle PDCA, la conduite de la politique déploie en cascade les objectifs et les moyens.

Telle une roue qui tourne, la dynamique ne s'arrête jamais.



*Figure n° 1 : La roue de Deming*

<sup>34</sup> JACOU, P et LUCAS, F. *Au cœur du changement : une autre démarche de management, la qualité totale*. Editions Dunod, collection "Les réalités de l'entreprise". 1995, pp 38-162

Nous venons de voir que c'est dans la simultanéité des objectifs de maîtrise des dépenses et de la qualité que réside le principal défi des hôpitaux. Pour remplir ces objectifs, les établissements en restructuration, ainsi que tous les établissements ont intérêt, nous semble-t-il, à définir une stratégie et à procéder selon un management par projet leur permettant de sortir de la crise. Cette stratégie devrait être interne et externe : répondre aux attentes des usagers (externes) par une mobilisation en interne (potentiel humain) et donc une réponse aux attentes internes.

En identifiant les facteurs clefs de réussite pour notre projet, nous pourrions résumer ainsi les concepts de cette sous-partie qui sont pour nous des éléments théoriques de réponse.

### **Les éléments d'un management stratégique par projet**

Pour initier, il faut :

- un niveau d'engagement de l'établissement,
- une précision des objectifs réalisables, quantifiables, définis, collectifs,
- une reconnaissance du Chef de projet.

Pour conduire, il faut :

- associer tous les acteurs, toutes les instances concernées,
- acquérir tous un même langage, une même méthodologie,
- mettre en place la gestion par projet : organisation, communication à toutes les étapes,
- poser des indicateurs mesurables de réussite.

Pour intégrer, il faut :

- valoriser les expériences antérieures,
- assurer une transversalité du projet,
- diffuser les résultats et les promouvoir.

### **Conclusion**

A travers la définition des notions clés de notre recherche, nous concevons le management stratégique comme l'intégration de la stratégie dans les pratiques quotidiennes de l'organisation.

Un des moyens d'infiltrer la stratégie dans l'activité quotidienne est le projet de l'organisation.

La voie du changement nous paraît propice autour de la notion de projet stratégique : l'amélioration de la qualité des prestations et la maîtrise des dépenses de santé, dans un

environnement en pleine mutation, tel que celui d'une fusion d'établissements, trouveront un écho favorable, à condition que ces objectifs se positionnent d'un point de vue stratégique. Le projet, dans cette approche, peut présenter des atouts non négligeables pour l'organisation hospitalière peu encline et peu habituée au changement.

Il pourrait permettre de clarifier la stratégie de l'établissement et d'élaborer des bases communes du changement au sein d'un système d'apprentissage où le management favoriserait des comportements créateurs de stratégie. Ainsi, de l'élaboration de la stratégie à sa mise en œuvre, le projet devrait permettre une globalité et une transversalité efficaces qui viendraient "casser" le cloisonnement entre les services et fédérer les métiers et les niveaux hiérarchiques.

## **CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE**

Cette première partie, du contexte aux concepts, nous a permis de mettre en évidence le cadre réglementaire et la mise en pratique de celui-ci à travers notre expérience d'accompagnement de la fusion entre établissements publics de santé.

Nous avons montré combien il était complexe de conduire une telle opération malgré les moyens dont nous disposions. Nous avons présenté nos interrogations face à ces difficultés et les éventuelles dispositions à prendre pour faire que la fusion, qui n'est pas une fin en soi, puisse s'effectuer dans de bonnes conditions pour son développement et sa pérennité.

Nous avons trouvé, à travers l'exploration de l'organisation hospitalière, les éléments qui pouvaient bloquer cette évolution. Nous avons conclu à l'existence de signes bureaucratiques dans l'organisation hospitalière pour trois raisons : la nécessité d'une crise pour faire prendre conscience de la nécessité de changement, les difficultés de formalisation de la stratégie et de sa mise en œuvre. Nous avons défini la crise comme faisant apparaître une menace stratégique pour l'hôpital, mais elle ne présente pas qu'un danger, elle est aussi et surtout une opportunité pour le changement. Pour affiner notre recherche, nous avons étudié les caractéristiques de la crise. Deux types de crise ont émergé : une crise d'identité et de légitimité qui sont étroitement liées à une crise de management, et une crise stratégique qui ne permet pas de faire le saut stratégique qu'exige la menace stratégique. Sortir de la crise revient, selon nous, à passer au management par projet. En effet, réfléchir en terme de stratégie interne et externe autour de la notion de projet stratégique apparaît pertinent pour un établissement hospitalier en fusion.



Nous avons défini la notion de projet stratégique à travers la notion de projet – démarche qualité. Nous avons rapproché projet et stratégie : l'un n'existe pas sans l'autre, mais chacun s'accompagne dans une démarche collective de production de sens, d'émergence de la raison d'être, de l'identité et de la légitimité de la nouvelle organisation. Le management stratégique par projet nous semble particulièrement bien répondre aux défis qu'une nouvelle communauté d'établissements doit relever.

Au regard de cette première partie, nous avons tous les ingrédients pour faire le saut stratégique à condition de se donner les moyens de transformer des contraintes en opportunités. La réforme hospitalière, avec l'Ordonnance du 24 avril 1996, est un levier pour le changement. La crise, avec ses principales caractéristiques, est une autre opportunité pour le changement. Alors, pour nous Infirmière Générale, l'opportunité stratégique baptisée le deux en un, opère d'une synthèse entre stratégie et éthique. Ethique professionnelle qui vise la satisfaction des patients, des professionnels et de l'institution.

La deuxième partie va nous permettre de confronter cette recherche théorique et bibliographique à l'enquête réalisée sur le terrain.

---

---

# Deuxième partie

## Résultat et analyse de l'étude qualitative du terrain

---

---

*"L'approche sereine des situations complexes suppose d'admettre l'incertitude comme un élément permanent de la réalité. Cette attitude d'esprit permet d'accueillir les événements imprévus comme autant d'opportunités à exploiter, plutôt que de se bloquer sur des possibilités perdues".*

*Par D. GENELOT – "Manager dans la complexité (p 78)".*

Si la première partie de notre travail basée sur notre expérience professionnelle, enrichie de lectures, nous a permis une ébauche de réponses à notre questionnement, celle-ci se veut, grâce à l'étude du terrain de nous permettre de valider ou non notre hypothèse.

Rappel de l'hypothèse : le management stratégique de l'Infirmière Générale, qui repose sur la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, participe à la réussite de la fusion.

## **II. Présentation de l'enquête de terrain**

### ***II.1. Les modalités de vérification de l'hypothèse***

#### **II.1.1. Les principes méthodologiques**

Nous avons retenu comme méthode du recueil du contenu des informations :

- les entretiens avec des professionnels concernés par notre sujet,
- l'observation directe des situations de travail,
- l'analyse de documents internes à l'hôpital.

Ces trois techniques nous semblent complémentaires.

#### **Les entretiens semi-directifs**

Les entretiens constituent la technique privilégiée pour recueillir une description détaillée des situations et permettre une connaissance objective d'un problème, bien qu'elle soit exposée au risque, toujours présent, d'une éventuelle interprétation.

Nous avons mené ces entretiens dans deux établissements de santé ayant fait l'objet d'une fusion, pour vérifier d'une part, que les questions que nous posions sur l'après-fusion étaient bien des questions que se posaient les établissements en cours de projet, et d'autre part, constater que nos propositions d'actions pouvaient être réalistes, pertinentes, c'est-à-dire réalisables.

Après l'accord des directeurs des établissements, des directeurs du service de soins infirmiers et celui des interviewés, nous avons annoncé l'objectif de l'entretien et garanti l'anonymat de celui-ci.

Chaque entretien a duré environ 45 minutes. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs. Semi-directifs car pour éviter d'être confronté à un flux désordonné d'informations et pour

maximiser la part des informations utiles à notre recherche, nous avons bâti un guide (Annexe 1) commun à l'ensemble des interviewés. Ce guide définissait à l'avance les paramètres de la communication en fonction de notre hypothèse.

Avant de conduire nos entretiens sur les terrains de notre enquête, nous avons testé le guide pour vérifier sa pertinence auprès de cinq collègues infirmières générales en formation à l'ENSP. Elles avaient lors de leur exercice professionnel antérieur été confrontées à la problématique des restructurations et des fusions d'établissements.

### **L'observation directe**

Nous avons effectué dans le cadre de notre formation à l'ENSP un stage dans l'un des établissements où nous avons conduit nos entretiens. Nous avons profité de cette présence pour observer la réalité des propos tenus en matière d'actions entreprises dans l'après-fusion : le rôle des acteurs, les comportements et les signes de développement de l'hôpital en question.

Les informations recueillies par observation directe ont été validées au cours des entretiens.

### **L'analyse des documents**

La lecture et l'analyse des documents internes à l'établissement, les livrets d'accueil, les projets d'établissements qui intègrent le projet médical, le projet social et le projet de soins, nous ont permis de constater, ou non, la formalisation de la stratégie globale de l'établissement qui intègre, ou non, comme cible la qualité, la sécurité des soins et l'objectif de maîtrise des dépenses de santé dans les projets.

Aussi, à travers la synthèse écrite du séminaire de formation qui a eu lieu en 1999 dans l'établissement précité, et qui avait pour thème : *"Le cadre dans l'accompagnement du changement"* et pour objectif, selon le directeur de l'établissement, de *"partager un temps de travail et de convivialité indispensable au renforcement de la cohésion de notre équipe beaucoup sollicitée depuis la mise en œuvre de la fusion"*. Nous avons constaté que ce séminaire de travail, auquel avait participé toute l'équipe de direction et tout le corps d'encadrement des différents services, avait permis de faire émerger des thèmes d'action et de réflexion.

Nous avons pu observer que ce séminaire restait dans la mémoire des professionnels comme une étape fondamentale de prise de conscience du chemin qui restait à parcourir pour développer l'après-fusion.

Notre présence, en mai 2001, à la synthèse de l'étude conduite au sein de l'établissement par M. CREMADEZ, sociologue, sur le thème "*Les gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations hospitalières*" a été pour nous d'un très grand intérêt.

L'observation directe et l'analyse des documents nous ont confortée dans notre questionnement, rassuré sur le contenu du guide d'entretien. Elles ont enrichi notre recherche. Les réponses obtenues lors des entretiens semi-directifs ont constitué le corpus de matériaux qui a été traité à l'aide d'une grille d'analyse que nous avons élaboré en référence à l'approche conceptuelle que nous venons de présenter. Nous avons souhaité appréhender le cadre concret à travers trois portes d'entrée d'analyse :

- **la première** : caractéristiques du contexte de l'après-fusion et pertinence de s'interroger sur cette étape du projet – la question de la pérennité du projet,
- **la deuxième** : la stratégie de développement d'une nouvelle structure à partir de la mise en œuvre d'un projet d'amélioration continue de la qualité,
- **la troisième** : le management par projet de la nouvelle structure : rôle des acteurs et principalement celui de l'infirmière générale.

L'analyse a été réalisée sur la base de ce principe par établissement. Notre première intention était d'étudier les résultats par entretien. Cependant si dans bien des cas les réponses sont similaires et peuvent être tout à fait comparées, les établissements que nous avons nommés A et B, par souci de l'anonymat, sont tous les deux dans la phase de l'après-fusion, mais ils n'en sont pas au même niveau d'avancée.

C'est pourquoi il nous a semblé plus honnête vis à vis d'eux d'effectuer en amont d'une analyse plus globale, une analyse par établissement qui tient compte des spécificités et du vécu des acteurs, propres à chaque hôpital.

Ce choix nous permettra sans doute une analyse plus loyale des résultats. Les résultats obtenus seront la base des propositions de la dernière partie de ce mémoire.

### II.1.2. Les limites de l'enquête et du traitement des données

Nous précisons ici que la collecte et l'interprétation des données à partir du matériau du terrain soulèvent de nombreux débats quant à leur qualité et leur fiabilité.

Nous n'attribuons pas le qualificatif d'objectif à la construction de ces données de terrain (GIRIN (1986)<sup>35</sup>, DE SINGLY (1993)<sup>36</sup>). "*L'objectivation est impossible à atteindre pour deux raisons : le réel est inépuisable, le réel ne peut être décrit que par la médiation de catégories de perceptions*".

L'entretien est avant tout une technique qui se traduit par la production d'un discours : activité complexe qui rend l'analyse difficile. Outre que dans certains cas les sujets rencontrent des difficultés par rapport à une expression libre et spontanée, l'entretien favorise l'utilisation de mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux qui rendent problématiques la fiabilité et la validité des résultats : rationalisation, contrôle, obligation de cohérence, filtrage.

D'autre part, la situation d'entretien est une situation d'interaction finalisée. Les caractéristiques de cette situation (contexte, objectifs perçus, statut et image de l'intervieweur...) peuvent influencer une production dans laquelle il est difficile de distinguer ce qui tient du contexte et ce qui énonce une opinion assumée par le locuteur.

L'utilisation de l'entretien, de l'observation et de l'étude documentaire suppose le recours à des méthodes d'analyse de contenu dont chacun sait qu'elles sont largement tributaires d'interprétation.

De plus, ce travail ne peut se prévaloir d'un caractère statistique ou scientifique ; les 16 entretiens conduits dans les deux hôpitaux ont permis uniquement de privilégier l'aspect qualitatif et non quantitatif, l'aspect qualitatif correspondant plus à l'approfondissement d'une réflexion personnelle que nous souhaitons mener.

Ces limites posées et reconnues font que les résultats ne prétendent ni à l'exhaustivité ni à une généralisation.

### II.1.3. Le cadre de l'étude de terrain

#### **Présentation des établissements**

Les terrains de notre recherche sont deux établissements publics de santé qui ont fait l'objet d'une fusion.

---

<sup>35</sup> GIRIN, J. "Table ronde d'introduction", colloque de l'ISEOR-FNEGE, qualité et informations scientifiques en gestion, 18-19 novembre 1986, pp 12-28

<sup>36</sup> DE SINGLY. *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Nathan, collection "Université", 1993, p 19

Le choix des établissements concerne cette spécificité et il réside pour l'un dans le fait que nous avons participé à l'accompagnement des équipes dans le cadre du projet de fusion. Pour l'autre il s'agit de l'établissement où nous avons effectué notre stage en tant qu'infirmière générale pendant notre formation à l'ENSP.

Cette double expérience a été l'élément déclenchant de notre projet d'étude. Les deux étant très complémentaires et très enrichissantes pour notre exercice professionnel futur.

Pour respecter l'anonymat et pour faciliter la présentation, nous distinguerons l'hôpital A et l'hôpital B tout au long de cette partie.

### **L'hôpital A**

L'hôpital A est l'aboutissement de l'une des plus importantes réorganisations jamais conduites dans les hôpitaux français.

Ouvert début 2000, il rassemble dans un nouvel espace, adapté à la médecine hospitalière du XXI<sup>ème</sup> siècle, les compétences des professionnels exerçant auparavant dans trois hôpitaux publics, ainsi que celles d'autres équipes.

Ce centre hospitalo-universitaire est composé de 827 lits et places autorisés, répartis en 758 lits de plus de 24 heures dont 322 lits de chirurgie et 436 lits de médecine et 69 places d'alternatives à l'hospitalisation de jour et de nuit, d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire.

2.400 emplois non médicaux et 377 personnels médicaux équivalent temps plein en constituent l'effectif.

Le projet a pour objectif de contribuer à une meilleure gestion des ressources affectées à la santé, en permettant conjointement la suppression de lits de court séjour en faveur de la création de lits de long et moyen séjour et le redéploiement de 1.350 personnes vers d'autres établissements. Cela permet de mieux respecter les attentes et les besoins des patients en les plaçant au centre des préoccupations.

Cette démarche vise en outre à fournir au patient et à sa famille une qualité et une sécurité de service réfléchie à partir du malade, en évitant les interférences entre l'urgent et le programmé, entre l'hospitalisation et l'ambulatoire.

L'ouverture de l'hôpital A est l'opportunité d'engager une véritable démarche de changement dans l'organisation des activités médicales en les regroupant en trois pôles cliniques (Urgences/réseau, cancéro/spécialités, cardiovasculaire), trois pôles médico-techniques innovants et un pôle transversal dénommé "entreprise de service" qui regroupe toutes les fonctions logistiques de l'hôpital (accueil, hôtellerie, approvisionnement et maintenance). Ces pôles sont de véritables lieux d'intégration de la logique médicale et économique.

L'hôpital A, au delà de sa mission de service public de proximité, a été volontairement construit comme un établissement destiné à fonctionner en réseau. L'organisation en pôles, ainsi que les moyens mis en place, sont pensés pour privilégier la complémentarité avec les hôpitaux les plus proches. Cet établissement souhaite ainsi s'intégrer étroitement au tissu sanitaire environnant en créant des liens contractuels pour garantir un continuum de soins avec les autres établissements de santé.

La mise en place d'un tel projet ne s'improvise pas, ni sur le plan technique, ni sur le plan humain. L'opération de transfert s'est traduite par la mobilité géographique de près de 3.800 personnels non médicaux ; cette mobilité a fait l'objet d'un important dispositif d'accompagnement. Une formation des cadres à cet accompagnement, ainsi que la création d'espaces communication – ressources humaines dans les hôpitaux, a complété ce dispositif. Les mesures ont été détaillées dans la première partie.

L'autorisation officielle pour la mise en œuvre du projet a été annoncée en 1992, les travaux n'ont commencé qu'en 1995, l'installation et le transfert des secteurs n'a débuté qu'en avril 2000 pour s'achever en novembre 2000 avec l'arrivée des derniers services cliniques.

Aujourd'hui, l'hôpital fonctionne sur les grandes lignes du projet médical, sans pour l'instant avoir formalisé une démarche précise d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité sur la base de priorités définies.

Après une montée en charge progressive émaillée de nombreux aléas d'origines diverses, l'hôpital A entre dans la mise en œuvre opérationnelle de son projet.

### **L'hôpital B**

Les établissements qui composent aujourd'hui l'hôpital B, dont la fusion effective a eu lieu en mai 1997, avaient été conduits à adapter les concepts et les pratiques de leur organisation collective aux enjeux économiques et sociaux actuels de notre société.

Cette fusion a pour finalité de renforcer la complémentarité entre les deux hôpitaux afin d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la population en terme de qualité et de sécurité. Les principaux objectifs poursuivis sont les suivants : améliorer la qualité des prestations offertes aux patients, maîtriser les coûts.

La fusion s'est attachée à opérer des regroupements logiques par pôle médical, à supprimer des doublons inutiles, à assurer une utilisation optimale des moyens humains, matériels et financiers dans un contexte de fortes contraintes.

L'enjeu véritable repose sur la convergence et l'intégration des différences culturelles au travers d'un projet médical fédératif et stratégique, établi en commun et en concertation avec toutes les parties prenantes, et garant d'une réelle synergie entre les établissements concernés.



Aujourd'hui l'hôpital B comprend 1.444 lits d'hospitalisation complète et 186 lits d'hospitalisation de jour. Toutes les disciplines médico-chirurgicales, de psychiatrie et de long séjour y sont représentées. 4.000 professionnels y travaillent.

La fusion juridique et médicale s'est élaborée dans un contexte culturel délicat et un contexte financier contraignant. Selon le Directeur de l'établissement : *"Si la fusion médicale a engendré des problèmes techniques de mise en œuvre, le problème le plus délicat a été de la faire admettre tant sur les plans humains, sociologiques, culturels que politique"*. Ce n'est, dit-il : *"qu'une fois ces préalables tombés que notre établissement a pu insérer sa démarche qualité dans un cadre en cours de formalisation, l'engagement dans la procédure d'accréditation a constitué un élément fédérateur de l'établissement autour du thème de la qualité"*.

Mêmes objectifs, mêmes obstacles à la mise en œuvre d'un tel projet, nous voyons très bien à travers cette présentation succincte des établissements que la fusion n'est pas une fin en soi, mais bien un processus en marche. Il semble important de souligner que pour l'hôpital B, il a été indispensable, avant de pouvoir formaliser une démarche qualité, de surmonter au préalable tous les obstacles culturels, humains et politiques. Si la fusion date de 1997, il lui a fallu quatre ans pour y parvenir. On peut comprendre ainsi pourquoi l'hôpital A n'en est pas à ce stade.

#### II.1.4. Les personnes rencontrées

Impossible dans le champ de cette étude de prendre en compte tous les acteurs impliqués dans le développement d'une nouvelle structure. Il nous a donc fallu, au regard du temps qui nous est imparti pour ce mémoire, procéder à une sélection frustrante des personnes à interviewer. Nous avons fait le choix de nous entretenir avec le Directeur, et le Directeur Chef de Cabinet du Directeur Général de l'hôpital B, le Directeur du Service de Soins Infirmiers et le Directeur des Ressources Humaines des hôpitaux respectifs. Nous avons interviewé quatre cadres supérieurs infirmiers référents de pôles, dont la responsable du service qualité de l'hôpital A, cinq cadres supérieurs infirmiers, dont deux faisant fonction d'infirmière général à l'hôpital B.

Cet échantillon de 15 professionnels n'est pas représentatif, mais plus que la quantité nous avons tenu à privilégier ceux que nous appelons les acteurs cibles d'une démarche projet d'amélioration continue de la qualité dans l'après-fusion.

Nous regrettons dans cette recherche de n'avoir pu nous entretenir de façon formelle avec les Présidents de la Commission Médicale d'Etablissement. Bien qu'ouverts et intéressés par notre démarche, faute de temps nous n'avons pu nous rencontrer.

Cependant, pour avoir, en février 2001, participé à une "visite – test" sur un des sites de l'hôpital B que la Direction avait organisée avant la visite des experts de l'ANAES, nous avons pu échanger sur le sujet de manière informelle avec le Président de la CME qui semblait remarquablement impliqué.

## **II.2. Résultats et analyse de l'enquête**

Au regard du nombre d'entretiens, il nous semble qu'une analyse quantitative n'est pas judicieuse, c'est pourquoi l'analyse présentée ci-après sera essentiellement qualitative.

Nous présenterons tout d'abord les résultats et l'analyse de l'enquête effectuée dans l'hôpital A, puis ceux concernant l'hôpital B, en application du principe des trois portes d'entrée précédemment évoqué. Enfin, nous terminerons cette partie par la présentation d'une synthèse de l'analyse globale.

### **II.2.1. Résultats et analyse concernant l'hôpital A**

#### **Caractéristiques du contexte de l'après-fusion, pertinence d'un bilan d'étape pour envisager le développement et la pérennité de la nouvelle structure : vécu des professionnels**

Pour l'ensemble des acteurs interrogés, la signature de l'arrêté signifie la fusion juridique qui légitime l'entrée dans la phase de mise en œuvre, phase qui débute par l'élaboration et la formalisation du projet médical. Le préalable est difficile et complexe à mener car il expose à de nombreuses remises en question du système existant dont certains s'y opposent farouchement. Pour eux, l'accompagnement tout au long de cette étape est nécessaire, primordial, et il conditionne **l'après**, c'est-à-dire la phase d'ouverture et celle de l'accueil du premier patient.

#### **Fusion : l'avant ? l'après ?**

Pour le DRH, le dispositif de redéploiement des personnels et la formation des cadres pour réaliser cet accompagnement se révèle positifs car : *"personne n'a été oublié, et il n'y a pas eu de mouvement social"*

En partie d'accord avec cette affirmation, la DSSI et les CSI pensent néanmoins que cet accompagnement social n'a pas pris suffisamment en compte les difficultés culturelles, organisationnelles, techniques et technologiques générées par le projet médical et

l'architecture d'un nouvel établissement. Si l'avis des cadres a été dans bien des cas sollicité, les résultats montrent, selon eux, qu'ils n'ont pas été entendus. *"Les défauts de communication, d'information autour du projet médical qui a mis beaucoup de temps à voir le jour, l'absence de formalisation concrète des objectifs de ce projet et l'absence d'outils pré-formatés pour rentrer dans l'opérationnel se traduisent un an après l'ouverture par des difficultés qui ne permettent pas de dire que nous sommes dans l'après"*. *"On ouvre une entreprise, la phase décisive est après, mais on n'y est pas encore"*. *"La Direction ne nous a pas donné les moyens de passer du projet à l'opérationnel, certains sont encore dans la sphère théorique, dans le virtuel, les premiers à atterrir ont été les professionnels de terrain qui ont eu à soigner les patients à l'ouverture et qui étaient confrontés à une réalité organisationnelle, humaine, logistique et technologique dont les têtes pensantes n'avaient pas la moindre idée. Elles continuaient à nous persuader que nous faisons preuve de mauvaise volonté"*. *"Ce manque d'écoute et de discrédit n'a fait qu'accroître le niveau d'incompréhension des parties concernées"*. Pour les plus pessimistes : *"L'après : c'est pour dans deux ans !"*. *"Pour l'instant on fonctionne au jour le jour, on ne sait pas trop où l'on va"*.

### **Une fusion réussie ?**

Pour la DSSI, on ne peut pas encore parler de fusion réussie. *"On en parlera quand on aura dépassé cette tourmente quotidienne, pour enfin se projeter à partir d'une politique, d'une culture et des outils communs, quand il y aura un partage transversal et harmonieux des informations et des savoir-faire"*. *"Il faudra bien un an pour obtenir une stabilisation de tous ces éléments pour nous permettre de dire qu'on est dans l'après et qu'on s'engage à pérenniser une nouvelle organisation, mais pour qu'elle soit pérenne, encore faut-il définir ensemble tous les paramètres de cette organisation, ce qui n'est pas encore fait"*.

### **La pérennité de la fusion ?**

Pour les cadres : *"La pérennité de la fusion ? On ne se pose même pas la question, on regrette le passé, les équipes sont nostalgiques, démobilisées, on dirait que nous vivons une dépression post-partum, le tourbillon quotidien nous paralyse à un tel point que nous manquons de forces pour penser à demain : l'après pour lequel nous ne sommes pas préparés. Alors, la pérennité de la fusion, oui, dans le sens où l'on doit avancer et qu'un retour en arrière est impossible"*.

Pour le Directeur, *"La réussite et la pérennité de la fusion apparaîtront par rapport à l'évaluation qu'on en fera, notamment à partir des résultats du point ISA et de la mesure de la satisfaction des patients"*.

## **La stratégie de développement d'une nouvelle structure à partir de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'amélioration continue de la qualité : le point de vue des acteurs**

Appréhendé mais attendu comme le messie par les professionnels, l'hôpital du XXIème siècle, qualifié par ses promoteurs comme une révolution technologique, organisationnelle et logistique permettant d'offrir aux patients une meilleure qualité de prise en charge, souffre de "malédiction".

Depuis son ouverture, l'hôpital est en proie à des difficultés majeures de divers ordres qui finissent par décourager les plus ambitieux et les plus motivés et fait sourire ceux qui n'y ont jamais cru... Cela n'est évidemment pas sans affecter profondément les hommes et par conséquent l'avancée du projet.

Ces difficultés exagérément débattues par la presse, qui en fait des gorges chaudes, pèsent d'autant plus sur l'avancée du projet qui se trouve pris pas eux en otage. Le Directeur : *"Je passe mon temps à justifier devant les médias les retards, les problèmes informatiques, les conflits sociaux et autres embûches"*.

Un CSI : *"On est passé d'hier à aujourd'hui sans bilan ni rapport d'étape, mais dans la continuité d'un projet médical global non ficelé, connu à peu près de tous dans ses grandes lignes, sans se préoccuper du niveau réel de compréhension et d'appropriation de celui-ci par tous. Il n'y a pas eu de recentrage sur la définition des axes prioritaires pour déterminer les actions à entreprendre et les moyens nécessaires pour y parvenir. Pas de projet d'établissement, un projet médical non bouclé et pas de projet de soins infirmiers". "On est toujours dans du global et chacun fait comme il peut pour avancer, à cela s'ajoute la remise en cause régulière de l'organisation par pôles des structures d'accueil et de prise en charge administrative des patients qui avaient été prévues ainsi que la structure logistique d'approvisionnement de certains produits. Je ne parlerai pas des ruptures de stock, des pannes informatiques et des autres événements indésirables qui font que nous passons notre temps à parer au plus pressé"*.

Un autre cadre : *"Chacun bricole, colle des rustines, colmate. On ne sait plus qui fait quoi ? Tout le monde fait tout, nous n'avons plus vraiment d'interlocuteur précis par domaine, chacun faisant tout pour pallier aux dysfonctionnements". "Je ne suis plus ni une bonne secrétaire hospitalière, ni encore moins une bonne surveillante". "Les professionnels sont déçus car ils s'attendaient à une magnifique Rolls Royce pour travailler, ils ont encore moins qu'avant". "On a reculé de dix ans". "Désireux de se poser un peu pour souffler après la*

période difficile de l'amont, les infirmières et aides-soignantes sont découragées car elles n'arrivent pas à faire leur travail correctement, passant plus de temps à réparer et pallier aux défaillances matérielles et architecturales".

"Par solidarité nécessaire en pareil cas, les groupes se reforment par affinité, par connaissance, les chapelles se reconstruisent ; dans l'urgence on va plutôt vers ceux que l'on connaît, c'est plus sympathique, ça va plus vite et ça ressemble à l'amicale des anciens : on en a bien besoin".

Alors dit un des CSI : "Peut-on appeler ça de la qualité ou de la débrouille ? La débrouille c'est déjà une démarche d'amélioration, mais ça n'est pas vraiment ce que l'on attend de l'hôpital du XXIème siècle". "On est dépassé, chacun bricole dans son coin, on ne sait pas si ce que l'on fait est bien, nous n'avons plus de repères. La Direction fait ce qu'elle peut, submergée elle aussi par tous ces problèmes, tente de les régler dans son coin, on nous laisse faire, si tant est que des décisions soient prises un jour, on ne s'affole plus car demain il en sera autrement". Ordre, contre-ordre, il n'y a aucune cohérence". "On nous rassure, ça va aller, alors que chaque jour en arrivant on se demande ce qui va se passer de pire".

Un CSI : "D'accord pour une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité, c'est tellement évident dans un pareil contexte que ça en est risible", dit-elle nerveusement. "Mais tant qu'il faudra régler des dysfonctionnements dont on nous accuse parfois de les provoquer par mauvaise utilisation et tant que nous auront à gérer au coup par coup autant d'aléas, nous ne pourrons anticiper, ni prévoir à moyen et long terme". "C'est évident, la meilleure manière de s'en sortir serait de définir, dans le cadre d'une démarche consensuelle d'amélioration continue de la qualité, des axes de priorité transversaux, porteurs de sens pour tous, autour d'une problématique. Mais à ce jour, tout va dans tous les sens et surtout personne n'en prend l'initiative, car plus personne ne sait vraiment par quel bout s'y prendre".

La DSSI reconnaît la difficulté à mobiliser dans ces conditions les professionnels, bien qu'elle pense que "C'est un impératif pour relancer la dynamique, limiter l'absentéisme et la démotivation. Mais pour élaborer une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité, il faut du temps pour se réunir, communiquer, informer, constituer des groupes de travail. Aujourd'hui on est dans le tourbillon du faire et on a du mal à prendre le recul et le temps nécessaire pour conduire une réflexion". J'ai, dit-elle : "proposé de faire un état des lieux centré sur l'accueil du patient et son circuit pendant l'hospitalisation, afin de mesurer l'écart entre ce que nous avons prévu en théorie et l'existant. Nous aurions l'occasion de nous interroger sur nos pratiques professionnelles en envisageant de les harmoniser car le problème aujourd'hui est que le temps que nous avons passé à autre chose a eu pour

conséquence une reprise des vieilles habitudes et une utilisation des outils d'hier". Cette proposition "a été approuvée par le CA et la CME, un groupe de travail en collaboration avec la cellule qualité et les professionnels devrait bientôt se mettre en place. Mais hélas nous sommes tous victimes des imprévus qui sont pour l'heure les priorités à régler".

### **Le management par projet : rôle des acteurs et principalement celui de l'infirmière générale**

Un CSI : "Non seulement on pilote à vue, à défaut d'avoir un projet structurant et fédérateur, mais on se demande parfois s'il y a un pilote dans l'avion, tout le monde décide de tout, c'est une vraie cacophonie, le dernier qui parle a raison, on attend soi-disant que les vieux mandarins partent à la retraite, mais en attendant on n'avance pas car ils freinent des quatre fers. Les syndicats ont un pouvoir renforcé. Des responsables de pôles médicaux et non médicaux ont été nommés, mais nous ne connaissons pas leur champ de responsabilités, à ce jour aucune fiche de fonction n'a été élaborée, on ne sait pas qui fait quoi ? L'organigramme de l'hôpital n'est toujours pas connu à ce jour, c'est le jeu des chaises musicales".

Un autre cadre : "Si l'on a souvent accusé le fonctionnement pyramidal de l'hôpital, aujourd'hui on le regrette car dans les faits ça ressemble à un électroencéphalogramme plat, le management horizontal c'est bien, mais il faut une activité électrique, un courant conducteur. Or là on ne sait plus très bien". "Sans ligne hiérarchique définie et opérationnelle, sans définition de fonction des uns et des autres, les professionnels s'y perdent. Pour les plus assurés, voyant que les syndicats sont les seuls à être entendus, ils ne prennent plus la peine de s'en référer à nous, ils ne passent plus par la hiérarchie en cas de problème, mais vont directement les solliciter, ce qui ne fait qu'accroître le pouvoir syndical". "C'est tout le management qu'il faut revoir". "On comprend le manque de disponibilité des Directeurs, nous-mêmes nous ne sommes plus disponibles pour être à l'écoute des soignants, tout le monde a le fer au feu, le nez sur le guidon".

"Tout le monde s'attend : les agents attendent la Direction pour avoir une ligne de mire, des directives, des consignes, une marche à suivre, mais la Direction attend que les choses se stabilisent, que les agents aillent mieux, qu'ils fassent le deuil de l'avant. Sauf que pour faire le deuil de l'avant encore faudrait-il qu'ils en aient les moyens, c'est-à-dire qu'ils soient remobilisés autour d'un projet, qu'on les éclaire sur le futur, qu'on anticipe et qu'on dessine ensemble ce futur. Si la Direction ne prend pas l'initiative et ne s'implique pas dans le dessin du futur, pour le coup la réussite et la pérennité de la fusion seront compromises".

*"Il existe un vrai problème de communication, d'information et d'écoute entre la Direction et les équipes, et entre les équipes elles-mêmes, les efforts que nous déployons tous pour faire que notre outil de travail fonctionne ne sont pas reconnus ni même valorisés. Pas de démarche structurée et structurante, un quotidien très lourd et très stressant et l'absence d'un dialogue pertinent, constructif entre nous tous, font qu'il y a un réel malaise dans toutes les fonctions".*

La DSSI : *"Faire le deuil des anciennes structures, trouver ses marques tant dans les nouveaux locaux que dans une nouvelle équipe et une nouvelle organisation, nécessite des ajustements permanents et une période "test". Il faut trouver un terrain d'entente entre les services de même spécialités d'hôpitaux différents pour résoudre l'équation et éviter les querelles entre les médecins. La Direction use en permanence de compromis, elle a permis de maintenir à leur poste des chefs de service qui se retrouvent à trois dans une même discipline... On attend les départs en retraite de certains pour organiser en douceur les services. C'est une politique des petits pas. Je pense que l'entrée dans la procédure d'accréditation et la mise en place des 35 heures nous permettront d'avancer, d'ici à 2002 il nous faut pour détourner l'attention du passé, créer un outil pour décoller".*

### **Analyse des résultats de l'enquête concernant l'hôpital A**

Nous identifions à travers les propos tenus par les professionnels des symptômes qui nous rappellent fortement les concepts développés dans la première sous-partie de notre précédent chapitre : résistances au changement, absence de stratégie et de projet, désarroi stratégique des managers. Tous ces éléments caractérisent le phénomène de crise de l'organisation.

L'hôpital A a du mal à rentrer dans la phase de **l'après**, parsemée d'embûches l'ouverture est difficile. Difficultés liées à l'architecture et à une technologie défailtantes, persistance de poches de résistance, nostalgie du passé encore très présente, font que le projet a beaucoup de mal à se développer. La pression du quotidien et la gestion des nombreux aléas qui deviennent une priorité sont un obstacle à l'anticipation et la réflexion autour d'une nouvelle stratégie. Cette absence de stratégie pourtant nécessaire, à la fois pour organiser l'avenir et sérier les problèmes du moment, et l'absence de ligne directrice provoque une régression organisationnelle et un repli identitaire sur l'établissement d'origine. Les conséquences de ces dysfonctionnements inattendus sont ou non maîtrisés au coup par coup. Leur poids sur le quotidien est tel qu'il ne permet pas aux managers de prendre le

recul nécessaire pour une réflexion stratégique, ce qui plonge toute la communauté dans un **désarroi stratégique**.

Préoccupé par l'urgence du moment, Directeurs et encadrement supérieur ne sont plus disponibles pour être à l'écoute des professionnels. Pris dans la tourmente, les acteurs ont du mal à communiquer. Face à l'absence de prise de décision et au manque de clarification des missions de chacun, on ne sait plus qui pilote l'établissement. Le pouvoir de la Direction semble battu en brèche par le pouvoir médical. La hiérarchie intermédiaire est discréditée au profit du pouvoir syndical. L'encadrement a le sentiment d'un laisser-faire, d'une non reconnaissance et d'une non valorisation des efforts. Chaque fonction, face à ce vide managérial souffre d'un profond malaise. Malgré une certaine impuissance, l'infirmière générale fait force de propositions qui sont retenues. Directeur et DSSI sont conscients qu'il est nécessaire, d'une part pour détourner l'attention des agents du passé et d'autre part pour décoller, de créer un outil stratégique, mais ils sont paralysés par le quotidien.

Chacun s'accorde à penser que la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité ou d'un projet comme celui des 35 heures seront des éléments de remobilisation. Cependant nous sommes d'accord avec eux pour dire qu'aussi nécessaire que cela puisse paraître, il faut donner du temps au temps, permettre aux équipes de faire le deuil du passé et régler avant tous les dysfonctionnements actuels. Les objectifs d'une fusion se déroulent sur plusieurs années. Il faut, nous pensons, attendre que les éléments de base pour travailler soient fiables et stabilisés pour retrouver une sérénité propice à l'entreprise d'un état des lieux. Ce diagnostic de situation permettrait de définir des priorités et des actions de progrès à inscrire dans un projet transversal avec comme cible fédératrice et intégratrice d'une nouvelle culture commune : la qualité et la sécurité des soins.

Ainsi le constat que nous faisons de cette première enquête est qu'il existe des préalables incontournables à régler avant d'élaborer et de mettre en œuvre un projet stratégique. Celui-ci doit tenir compte de l'environnement interne, un environnement que nous ne prévoyons pas toujours et dont la maîtrise ne dépend pas du seul fait de la Direction. Une Direction qui malgré ses meilleures intentions et sa plus grande ambition peut être victime de l'environnement.

## II.2.2 Résultats et analyse concernant l'hôpital B

Ainsi que nous le disions en présentation, l'hôpital B a aussi connu son lot de difficultés. Fusionné en 1997, le recul de quatre ans nous permet de dire qu'avant de faire le choix de



formaliser une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, il a fallu régler des préalables et s'assurer d'une plus grande sérénité des acteurs et d'une certaine stabilité des situations.

Pour le Directeur : *"L'engagement dans la procédure d'accréditation a constitué un élément fédérateur de l'établissement autour du thème de la qualité"*.

En amont de la fusion, l'hôpital B n'avait pas mis en place de dispositif d'accompagnement des équipes. En 1999, deux ans après, le Directeur Général a organisé un séminaire de formation avec l'ensemble des cadres sur le thème *"Le cadre dans l'accompagnement du changement"*.

Ce séminaire a permis d'engager une réflexion commune sur l'avenir de l'établissement et de décider de la nouvelle stratégie, c'est-à-dire celle de s'engager dans la procédure d'accréditation.

Parallèlement, le Directeur Général a été favorable à la demande de la MIRE pour une étude dans l'établissement ayant pour thème *"Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations hospitalières"*. Il s'agit de la première étude monographique réalisée en France sur l'impact des restructurations sur les professionnels.

Elle a été conduite de 2000 à 2001 par M. CAUVIN et M. CREMADEZ, sociologues, diligentés par la MIRE. La présentation de la synthèse de cette recherche, à laquelle nous étions conviée, a eu lieu au mois de mai de cette année. Il s'agissait pour nous d'une réelle opportunité car notre première intention avant de réaliser ce travail était de **mesurer l'impact des fusions sur les soignants** en tant que **base élémentaire de recherche** avant de **pouvoir parler de ce qu'il faudrait mettre en oeuvre pour construire l'après**.

Cette étude réalisée à l'hôpital B a confirmé la pertinence de la logique stratégique dans laquelle nous voulions en première intention nous engager. Mais cette recherche préalable importante constituait à elle seule un mémoire. Nous sommes donc parti du postulat de départ : un bilan d'étape est nécessaire avant de s'engager dans l'étape suivante.

Avec l'accord des Directeurs, nous nous appuyerons sur les résultats de cette étude pour l'analyse des résultats de notre enquête.

## Caractéristiques du contexte de l'après fusion et pertinence d'un bilan d'étape pour envisager le développement et la pérennité de la nouvelle structure : vécu des professionnels

Pour l'ensemble des professionnels interrogés, il n'y a pas à proprement parler de l'importance d'une étape par rapport à l'autre.

### **Fusion : l'avant ? l'après ?**

"L'avant" est décrit comme un cahot, une mise en crise du système, un bouleversement de l'équilibre fragile entre les équipes soignantes, médecins, services logistiques et unités administratives.

Selon le Directeur, la fusion a révélé deux principaux phénomènes : *" Elle se présente comme la recombinaison d'une culture médicale et administrative en un nouveau pôle, sur la base d'une ancienne organisation, laquelle, à travers son histoire, a vu s'élever des leaders et se définir des rôles en fonction des compétences présentes dans chacun des établissements. Ces éléments intangibles ont et continueront d'imposer au sein de la nouvelle structure un long processus d'ajustement qui influencera nécessairement les cultures médicales et administratives en place. Notre restructuration est fondée sur la logique du cas par cas, elle s'attache à répondre aux contingences locales. A partir d'une mise en cause implicite de la légitimité de l'ancienne structure (activités redondantes inutiles, inexistence ou insuffisance de certaines disciplines, dispersions de l'activité, coût trop élevé du point ISA...) la fusion se présente comme une réponse à une situation jugée insatisfaisante et s'est appuyée sur la valorisation de l'hôpital par la mise en œuvre d'une stratégie organisationnelle".*

Pour les cadres "l'avant" est une épreuve. *"C'est une bataille pour tout reconstruire", "Si tous les soignants n'ont pas conscience de tout ce qui se joue pendant cette phase ils n'en sont pas moins touchés et cela laisse des séquelles", "Les cadres doivent être plus que jamais présents sur le terrain pour rassurer, informer, expliquer, on passe beaucoup de temps".*

*"L'étape de l'après est fondamentale, bien que conditionnée en partie par "l'avant", c'est le moment où chacun renaît de ses cendres, où il faut relancer la machine. On est vraiment dans l'après à partir du moment où on ne parle plus de cannibalisme ou de qui va phagocyter l'autre, mais au moment où on recentre les professionnels sur ce pourquoi ils sont là, à ce stade les professionnels se remobilisent". "La question qu'on se posait c'était : comment faire travailler ensemble des gens qui se haïssent ?". "Nos équipes sont à plat, comment allons-nous nous en sortir ?". "Recentrer le patient au cœur des préoccupations a permis de tourner enfin la page".*

Pour la DSSI, l'avant est *"une étape politique, stratégique qui nous échappe un peu"*. "L'après ou le pendant, c'est-à-dire le moment où la fusion se met en œuvre est la période la plus riche en changement, en créativité, la plus risquée aussi car les enjeux sont importants, la plus dense, la plus chronophage et la plus exigeante".

Il faut, dit le Directeur : *"savoir griller des feux rouges"*, c'est-à-dire prendre des risques.

### **Une fusion réussie ?**

Pour l'ensemble des acteurs une fusion est réussie à partir du moment où la dynamique est relancée, où l'on voit des résultats qui témoignent que ça marche et le fait de ne plus entendre parler signifie qu'on est passé à autre chose.

Pour la DSSI : *"Le climat social est un bon indicateur, il n'y a pas eu de perte d'emploi et aujourd'hui tout le monde s'inscrit dans une **logique de gagnant**"*.

Pour les cadres : "La fusion est réussie quand il n'y a plus de conflit, quand les professionnels, les cadres, les médecins acceptent naturellement d'être bi-site", c'est-à-dire de travailler en fonction des besoins sur l'un et l'autre des sites. *"Une Direction unique, des instances communes composées des représentants des deux sites, sont des éléments qui caractérisent une fusion réussie car c'est là que se passe la démocratie"*. Des projets communs, des réunions communes organisées alternativement sur chaque site favorisent le décloisonnement et instaurent un bon climat de travail, alors je peux dire que c'est une fusion réussie".

Pour le Directeur une fusion réussie c'est *"un moindre mal pour le personnel, un plus pour les patients qui nécessiteront un audit pour évaluer si oui ou non nous tenons nos engagements vis à vis d'eux"*. C'est *"avoir des équipements aux normes, des équipes compétentes, des locaux plus adéquats, c'est cela que nous avons apporté de positif à la population, l'entrée dans la démarche qualité nous permettra de développer encore plus ces aspects"*. *"Mais la fusion c'est aussi de nouveaux impératifs et des nouvelles contraintes"*.

### **La pérennité de la fusion ?**

Pour le Directeur, se poser la question de la pérennité d'une fusion sous-entend qu'on est mauvais. *"Si je fais une fusion, c'est pour répondre à comment améliorer ? Il faut donc être positif, il n'est pas envisageable de défusionner, mais il faut entretenir notre nouvelle entité commune, car si ça se dégrade il en sera de notre responsabilité, il faut surtout éviter la*

*reconstruction de chapelles. Le Président du Conseil d'Administration, le Directeur Général et le Président de la CME sont les garants de cette pérennité".*

Nous compléterons cette sous-partie par des éléments issus du rapport de synthèse de la recherche MIRE qui appuieront ces premiers résultats et nous permettront d'introduire les deux sous-parties suivantes.

L'étude fait ressortir que la conduite du changement a été portée à bout de bras par deux acteurs clés. Selon les auteurs : un **leadership bicéphale constant** :

- **Le Président de la CME** a géré la dimension professionnelle médicale : c'est à lui que revient la responsabilité de convaincre et d'orienter ses collègues dans le sens de l'histoire. Il a permis au Directeur d'éviter un discours paradoxal sur la transparence et l'absence de manipulation.
- **Le Directeur** a géré la relation avec les autorités de tutelle et le "politique". Il a animé le processus de fusion en ce qui concerne les administratifs, les techniciens de la logistique et les soignants. C'est à lui qu'incombe (avec le relais de son équipe de Direction) la gestion des relations et des négociations avec les syndicats, et la résolution des problèmes de statut et les modalités pratiques de mise en œuvre des changements (infrastructures notamment).

Aussi, créé pour la circonstance, le CEMOP a joué un rôle central pour retrouver un ordre au sein du désordre généré. M. CREMADEZ l'a défini comme un **"gouvernement de salut public"**. Bien qu'il s'agisse d'un organe non décisionnaire, il a lourdement pesé sur la décision.

La CME : **"Un parlement sous influence"** selon les termes de M. CREMADEZ. Sa composition et l'équilibre des postes à fort contenu symbolique (Président, Vice-Président) a instauré un équilibre durable. Les délibérations de la CME ont été soigneusement travaillées en coulisse pour que les coalitions favorables aux orientations retenues en CEMOP trouvent l'appui nécessaire.

Pour M. CREMADEZ, CEMOP et CME ont constitué un mode de gouvernance transitoire et évolutif. Il schématise les principaux groupes d'acteurs ainsi que leur comportement face à la fusion, de la façon suivante :

Figure n° 2 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001

La fusion n'a pas engendré de rapprochement particulier entre groupes d'acteurs, sauf en cas de pression défensive dans les services. Chaque groupe a fonctionné selon sa culture et ses modes d'actions habituels. Par contre, la coalition Directeur / Président de CME a montré toute l'efficacité d'un tandem uni dans l'effort pour surmonter les difficultés d'une période de crise et de précarité qui a duré plus de trois ans.

Selon M. CREMADEZ, "la restructuration est plus un amplificateur de tendances qu'une provocation de nouveaux phénomènes". Il schématise ainsi **l'impact de la restructuration sur les acteurs.**

Figure n° 3 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001

Concernant le changement des pratiques professionnelles, l'auteur constate que la fusion a, dans ce domaine, concerné chaque groupe. Le groupe qui a été le plus touché semble être celui des médecins d'un site où la mise en œuvre des modes de prises en charge des patients en hospitalisation de jour, déjà pratiquée sur l'autre site, s'est diffusée très vite en conformité avec la nouvelle vocation donnée au site dans le cadre du nouvel établissement.

En ce qui concerne les infirmières, le changement s'est réalisé dans l'autre sens au profit d'une **pratique protocolisée et formalisée**, dans la mouvance de la démarche qualité engagée avant la fusion sur ce site.

Pour les Directeurs, la duplication des sites et l'accroissement de la taille ont conduit à **organiser et à déléguer plus**, tout en s'éloignant de la gestion de terrain.

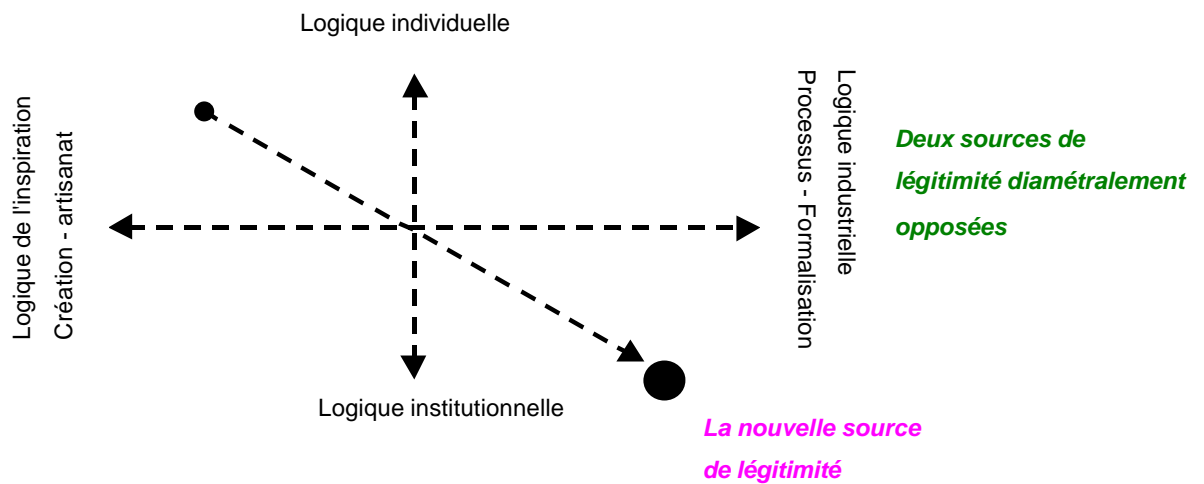
L'ensemble de cette stratégie mise en œuvre (leadership bicéphale, régulation par le CEMOP et la CME, collaboration des autres) ont petit à petit instauré une dynamique de la fusion que résume aussi M. CREMADEZ.

*Figure n° 4 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001*

Le déroulement temporel des opérations est marqué pour toutes les personnes rencontrées par un temps fort qui apparaît comme le point d'inflexion principal de la dynamique : la médiation du Professeur X à partir de laquelle, pour la majorité des acteurs qui refusaient l'idée, **la fusion est devenue un fait incontournable**.

Cela s'est ensuite traduit dans les faits par l'instauration d'une double légitimité qui repose sur un binôme soudé constitué du Directeur, à l'initiative du projet, et du Président de la CME, complémentaires et conscients des enjeux. Il n'y a pas eu de vote négatif, ni de la CME, ni du CTE. Il n'y a pas eu de mouvement social. Une double légitimité vis à vis des autorités de tutelle, des médecins, des cadres et des syndicats.

La nouvelle légitimité (selon M. CREMADEZ).



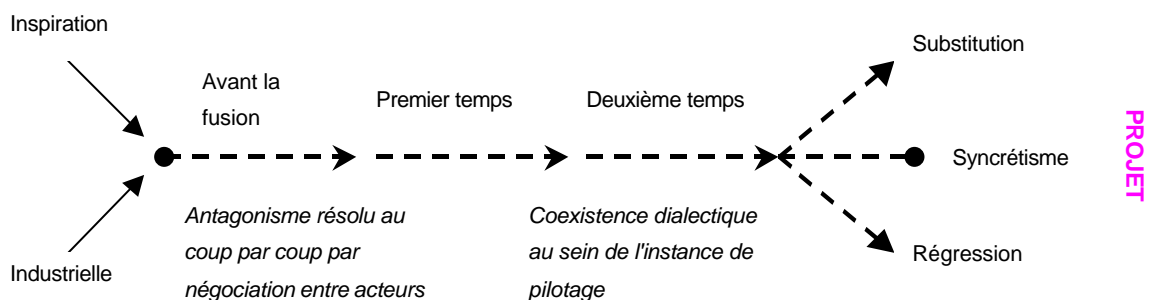
*Figure n° 5 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001*

Cette nouvelle légitimité entraîne dans les faits une **évolution du référentiel des acteurs.**

*Figure n° 6 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001*

Pour compléter ce diagnostic de situation et permettre une analyse du rôle des syndicats dans la fusion et pour l'après, les entretiens avec ces derniers, présentent de façon schématique les caractéristiques suivantes, selon M. CREMADEZ,:

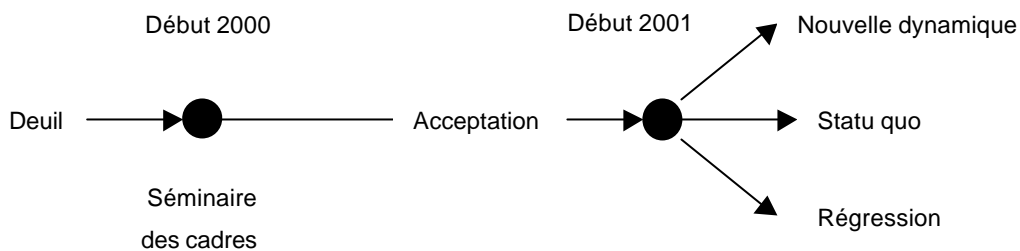
Le modèle de fonctionnement des partenaires sociaux :



*Figure n° 7 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001*

L'ensemble des caractéristiques a permis un bilan provisoire de la situation.

Le bilan provisoire de l'hôpital B, selon M. CREMADEZ :



*Figure n° 8 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001*

En synthèse, la réussite de la restructuration de l'hôpital B peut se mesurer de la façon suivante (selon M. CREMADEZ) :

*Figure n° 9 - M. CREMADEZ, Hôpital B, Mai 2001*

Après une présentation des séquelles et des acquis de la restructuration, l'évaluation provisoire de l'étude met en évidence que si pour justifier la fusion, l'accent a, dès le départ, été mis sur la volonté de réaliser des économies d'échelle et de supprimer des doublons inutiles. Le bilan clair et précis des acquis est à ce stade nécessaire, mais ne semble pas suffisant pour dépasser la démotivation actuelle.

Pour M. CREMADEZ : "Il faut relancer la machine en mettant l'accent sur les projets, en insistant sur les aspects positifs et en valorisant la taille de l'hôpital". "Les personnels ont besoin de répit pour repartir en avant. Mais si la relance n'est pas au rendez-vous, il risque de se produire un retour en arrière susceptible d'engendrer des baisses de productivité et/ou de qualité et de freiner les évolutions qui sont à réaliser pour tirer les fruits de la fusion".

Les perspectives : s'il n'y a pour l'instant ni gagnants ni perdants, "tout va dépendre de la manière dont les prochains mois vont être gérés...". "L'hôpital doit combler son déficit d'information pour que le produit des trois ans d'efforts soit perçu à l'intérieur et à l'extérieur".



*"Un grand absent pourrait être interrogé avec profit sur sa perception des changements advenus : le public".*

Ce point d'étape réalisé grâce à l'étude est essentiel et il n'a fait que conforter et renforcer en quelque sorte les décisions de la Direction qui avait conscience d'une nécessité de relancer la machine pour éviter un statu quo ou une éventuelle régression. Les équipes paramédicales et médicales attendaient avec impatience cette photographie et cette lecture de leur histoire faites par un intervenant extérieur. Elles auraient pu, s'il en avait été besoin, légitimer et justifier les nouvelles actions. En fait les équipes ont été rassurées de voir qu'elles étaient sur le bon chemin. C'était important car le projet qualité mis en œuvre demande un nouvel investissement. L'étude peut être considérée comme un outil stratégique qui pose le diagnostic et qui dit voilà où on en est maintenant : trois perspectives s'ouvrent à nous, nous choisissons celle qui offre le plus de garantie à la pérennité de la fusion, c'est-à-dire celle de la dynamique de projet.

L'hôpital B n'avait pas attendu le résultat de cette étude, qui s'est avérée comme une opportunité de plus, pour appuyer son engagement stratégique dans la procédure d'accréditation en tant que moyen de son développement et de sa pérennité. Ce d'autant que sur l'un des sites, une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité existait déjà. La stratégie c'est : saisir au bon moment et transformer des contraintes en opportunités.

Nous retenons deux choses :

- d'une part, la force du tandem Directeur / Président de CME et la détermination de quelques autres acteurs clefs, ainsi que le rôle des syndicats,
- d'autre part, la pertinence de la décision stratégique de mise en œuvre d'un projet d'amélioration continue de la qualité comme outil de relance pour le management d'une nouvelle dynamique.

### **La stratégie du développement d'une nouvelle structure à partir de l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'amélioration continue de la qualité. Le point de vue des acteurs**

#### **Le projet d'amélioration continue de la qualité**

Pour les CSI : *"Deux Directeurs ont joué en la faveur du développement de l'hôpital : le Directeur, chef du cabinet du Directeur Général qui a été l'initiateur et le moteur du projet de mise en œuvre de l'accréditation et la DSSI qui venait de l'extérieur et qui avait déjà participé à une restructuration. Pas de sentiment d'appartenance à un site plus qu'à un autre, un œil*

neuf, sans préjugés, elle a construit sa nouvelle équipe avec des CSI qui connaissaient les sites, les freins et les leviers ; ça a permis d'avancer très vite et son rôle d'intégrateur a été tout de suite reconnu, elle a su valoriser le plus des uns et des autres et reconstruire à partir de ces acquis des outils communs".

"Pour l'auto-évaluation ce sont eux qui ont composé les groupes ; chaque groupe, selon une méthode précise et un calendrier, travaillait par référentiel. Des réunions avaient lieu régulièrement avec le groupe de pilotage".

"Grâce à ces groupes, petit à petit, se tournait la page de la fusion, la mobilisation a été extraordinaire. Fédérés autour d'un projet commun, les professionnels faisaient de moins en moins référence au site d'origine. A tel point qu'à la fin de l'auto-évaluation les personnes qui ne faisaient pas partie des groupes ont posé leur candidature pour devenir référent qualité".

"Les gens ont appris à se parler, à se connaître, à connaître le travail de l'autre".

"La démarche d'accréditation ? Géniale ! On a gagné 20 ans, c'est un atout de cohérence, il y avait des attentes, la Direction, les cadres, quelques médecins, les équipes n'étaient pas toutes demandeuses, mais aujourd'hui tout le monde y va".

"C'est une aubaine, sans l'accréditation comme moyen stratégique les services auraient reproduit les mêmes clivages, les mêmes corporatismes". "Enfin nous construisons quelque chose de commun ensemble, pour harmoniser nos pratiques et nos outils sur les deux sites".

"Les équipes ont vécu ce processus comme un point de repère, un fil conducteur".

"La mayonnaise a tout de suite pris car la qualité c'est fédérateur. Tout le monde est concerné y compris les médecins qui ont de plus en plus peur des procès". "La qualité est mobilisatrice en matière de changement, de management, après la turbulence afficher la qualité comme un objectif central de la politique de l'hôpital constitue la meilleure voie pour avancer". "Là encore il faudra ne pas s'arrêter là, mais montrer ce qui est fait, valoriser le bon travail". "Il y a dans cette période une émulation générale, l'hôpital est une ruche. Une sorte de compétition s'instaurait, il fallait presque être meilleur que le service d'à côté, à nous les cadres d'empêcher cet esprit de compétition en le relayant par un esprit de complémentarité et de transversalité".

"Oui la démarche qualité contribue à la pérennité d'une nouvelle structure, c'est ce qui marche le mieux, c'est par ça qu'il faut continuer, ça participe indéniablement à la construction du nouvel édifice et à son image de marque à l'extérieur".

Selon la DSSI, une fois les enjeux politiques atteints, il y a comme une retombée du soufflé, les équipes ont été fortement mobilisées et sont en attente de quelque chose : "on a payé, maintenant on veut voir". Par rapport à ces attentes : "il faut être au rendez-vous, il faut pour éviter la régression et que ne se réinstallent les habitudes, provoquer tout de suite quelque chose derrière pour maintenir la dynamique. Il faut aussi beaucoup de reconnaissance,

*respecter les temps de récupération, mais ne pas laisser les choses à l'abandon. Il faut bien doser le rythme de la démarche car nous connaissons comme d'autres hôpitaux la pénurie d'infirmières, la mise en place des 35 heures, l'euro... Tout n'est pas fini".*

*"La démarche qualité c'est une force, un levier pour définir ensemble une politique commune avec une politique centrale de santé".*

*"La fusion ne doit pas être seulement un enjeu économique, elle doit aussi être un enjeu d'optimisation de l'outil de travail pour des meilleures prestations". "La qualité c'est le résultat d'une démarche par projet". "Le projet d'établissement, le projet médical autour desquels viennent se greffer le **projet de soins infirmiers**, le **projet social**, sont aussi des éléments fédérateurs, à condition de ne pas escamoter les valeurs, la philosophie du service public et des professionnels".*

*"La démarche qualité doit s'inscrire dans le contrat d'objectifs et de moyens, sinon ce n'est pas la peine ; on a besoin de fédérer alors il nous en faut les moyens".*

*"La fusion sera terminée quand tous les projets seront finalisés et quand avec tout cela le Directeur arrivera comme un seul homme à l'ARH pour négocier le contrat d'objectifs et de moyens et qu'il reviendra satisfait...".*

### **La démarche - projet**

*Pour la DSSI : "La démarche - projet est un concept lourd qui a l'avantage d'être un bon support méthodologique. Il faut des conditions requises : tout le monde doit se sentir en confiance, il faut une proximité entre la Direction et les professionnels de terrain. Ici nous avons tous la volonté que ça marche. Certains dans la sphère de la concurrence voulaient démontrer l'infaisabilité de la fusion. Maintenant qu'il est question d'inclure notre projet qualité dans le contrat d'objectifs et de moyens, les mêmes se disent prêts à modéliser".*

*Pour le Directeur, initiateur du projet qualité, il était important à cet instant T de la fusion, de mesurer le niveau de qualité de l'hôpital, sensibiliser tous les professionnels pour reconstruire sur de nouvelles bases incluant la qualité et la sécurité des soins comme des priorités, en replaçant le patient au cœur des préoccupations. "Pour tout le monde la phase de l'auto-évaluation s'est très bien passée et elle a été très constructive. Ça demande beaucoup de temps, le Directeur doit organiser, animer et coordonner des réunions en quatre exemplaires (2 x 2) pour informer le maximum de personnes".*

*"Un travail avec les partenaires sociaux est vital, ils ont été complètement intégrés dans les groupes d'auto-évaluation". "Les résultats ont dépassé toutes les prévisions du chef ; il ne pensait pas que ça allait mobiliser autant de monde. Pour les soignants, pas de souci car ils*

*ont confiance en leur travail et ils en sont fiers. On avait dit qu'il n'y aurait pas de punition, ça a permis de cicatriser de vieilles plaies".*

*L'impact sur les médecins, dit-il, est partagé : "Il y a ceux qui se sont vraiment impliqués, dont le Président de la CME, d'autres qui ont tout ignoré et ceux qui s'y sont mis quinze jours avant la visite des experts de l'ANAES. A la présentation du rapport de synthèse, ils étaient tous là, sauf un (...) Il fallait se lancer, c'est une très bonne chose. Mais on ne doit pas s'arrêter là, tout le programme qualité de l'hôpital doit être mis en œuvre et évalué". "Nous ne devons pas assister à une dépression post-accréditation, cette fois".*

*"Notre programme qualité est inclus dans le contrat d'objectifs et de moyens. Sans que nous soyons persuadés de son influence à ce niveau, bien que nous l'espérons, la lettre de cadrage de l'ARH nous a plutôt fait l'effet d'une douche froide (...) Avec le recul de toutes ces étapes plus ou moins complexes à dépasser, nous avons conscience d'avoir franchi un nouveau cap notamment en matière de management des hommes".*

Mettre en place une démarche par projet d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité ainsi que nous l'avons vu dans cette présentation du vécu des acteurs cibles retenus dans notre étude, nécessite plusieurs choses de la part des managers : une décision, un chef de projet, des opérationnels, des outils, une démarche rigoureuse et des comportements adaptés.

### **Le management par projet : rôle des acteurs et principalement celui de l'infirmière générale : vécu des professionnels**

#### **Le management par projet**

*Selon les CSI : "On apprend beaucoup des restructurations, rien n'est plus comme avant, il faut mettre en commun des savoirs, être en complémentarité et non en concurrence, cela amène à de nouvelles formes de dialogue et de participation pour construire notre nouvelle culture".*

*"Sans le projet qualité et la manière de le piloter, la relance de la dynamique n'aurait pas pu se faire de façon aussi structurée". "Maintenant il nous faut faire vivre les outils, mais nous sommes moins inquiets car ce sont les professionnels qui les ont construits, pour eux et pour les malades".*

*"Il faut beaucoup de temps, de la volonté et de la patience, c'est une course de fond, il faut de l'endurance et de la persévérance, car on sait que dans le domaine de la gestion des hommes et des organisations, rien n'est jamais acquis". "Nous avons appris à évaluer nos pratiques, il fallait faire comprendre aux équipes que ça n'était pas un contrôle ni un jugement, parfois on a encore un peu de mal".*

"Pour nous le soutien de la Direction est très aidant, la DSSI est facilitatrice et intégratrice".  
"La DSSI a su nous déléguer des tâches et nous responsabiliser en nous laissant une marge d'autonomie". "Notre proximité avec l'équipe de Direction a permis de nouveaux échanges, notre place est davantage reconnue, les fonctions de chacun sont maintenant bien définies".  
"Le séminaire des cadres, en 1999, a permis une meilleure reconnaissance de notre rôle et si nous devons accompagner les professionnels, nous avons nous aussi besoin d'être aidés et soutenus, car nous-mêmes nous ne savons pas toujours comment faire. Cette formation nous a remotivé". "La personnalité et le professionnalisme de l'Infirmière Générale ici sont un atout considérable ; sans corporatisme, elle sait négocier en démontrant, preuves à l'appui, les moyens dont le service de soins a besoin pour fonctionner. Sa crédibilité est reconnue par tous".

Selon l'infirmière générale, la réussite d'un projet stratégique s'appuie avant tout sur la mobilisation du potentiel humain : "C'est une condition nécessaire à la réussite du projet stratégique".

"Cela passe par la valorisation des professionnels, la confiance, la reconnaissance de leur travail et de leur contribution au projet". "L'IG n'est pas seule, sans cette équipe et sans les cadres, je ne suis rien. Ce sont mes relais"

"Nous avons travaillé certaines parties du projet de soins et du projet social avec le DRH".

"Afin d'inciter petit à petit les équipes à travailler sur les deux sites, nous avons donné l'exemple en organisant des réunions en alternance sur les établissements, des cadres supérieurs sont bi-sites, cela facilite la communication, la transmission d'informations et l'intégration de la nouvelle culture ; ce dispositif est fondamental".

"La mise en place de la démarche qualité et sécurité des soins demande du temps, c'est un apprentissage, il faut savoir "faire devenir" une équipe".

Pour le Directeur : "Le management stratégique passe par la mobilisation des énergies autour d'un projet, le nouvel établissement travaille désormais par objectifs négociés à atteindre. Les partenaires doivent maintenant intégrer dans leur démarche la notion d'évaluation. A chaque échéance préalablement définie un bilan d'étape des réalisations est fait, l'analyse des écarts conditionne le passage ou non à l'étape suivante. Cette notion détermine la capacité du projet stratégique à s'adapter à la réalité et à la dynamique des organisations de manière maîtrisée. La satisfaction de la double exigence de performance et de productivité nécessite le développement de l'évaluation ou tout au moins elle suscite l'émergence d'un besoin de mesure du niveau de la qualité de l'activité, d'où notre engagement dans la procédure d'accréditation. Mais ceci est réellement possible grâce à l'aide de nouveaux outils de gestion, d'une information commune et validée par toutes les

parties (utilisation concrète du PMSI), d'indicateurs de suivi et d'évaluation des actions, et de critères de productivité appréciés à l'aune des spécificités de prise en charge des patients propres à chaque établissement (tableaux de bord)".

"En tant que manager, il était pour moi important de donner un cadre, avoir une vision claire du futur et le courage de l'afficher pour la faire partager ; dire on va aller vers, pour... et pas, à cause de... C'est aussi ne pas vouloir changer tout seul car on n'y arrive pas, mais accompagner, soutenir, informer, former pour faire changer les autres". "La Direction doit s'engager, décider, prendre ses responsabilités et les assumer, sans dire c'est la faute à... C'est à nous de montrer l'exemple pour faire changer". "La valorisation du travail d'équipe est primordiale".

Pour le Directeur : "le rôle de l'IG dans cette démarche a été essentiel. Malheureusement cette fonction, du fait de sa jeunesse, doit toujours démontrer son excellent professionnalisme pour être légitimée. Elle est pour l'équipe de Direction un membre dont on ne pourrait se passer. Sa connaissance du terrain en fait une valeur ajoutée. L'IG doit à la fois être très structurée et pragmatique, son vrai défi c'est d'être participatif. Ici tous les cadres soignants ne sont pas formés, elle doit les accompagner, ce qui, dans ces conditions, représente un vrai défi (...) Si la prise de décision ou d'initiative vient d'une volonté, celles-ci doivent être partagées par toute la communauté si l'on veut réussir et pérenniser la démarche".

"En conclusion, je dirai que réussir le développement d'une nouvelle entité, c'est élaborer à partir de l'analyse de l'environnement une stratégie, cette stratégie doit être formalisée dans un projet commun construit, mis en œuvre avec tous les acteurs et piloté avec rigueur".

### **Analyse des résultats de l'enquête concernant l'hôpital B**

Arrivée au terme de la présentation des résultats concernant l'hôpital B, nous avons retenu les expressions les plus significatives du vécu des acteurs cibles de notre étude. Notre analyse est la suivante :

Conscients des différents enjeux stratégiques, l'hôpital B s'est donné les moyens de sa relance grâce au séminaire des cadres qui a permis un bilan d'étape et l'émergence d'une réflexion stratégique. Issue de cette réflexion commune, et donc partagée, la décision stratégique du Directeur d'engager l'hôpital dans la procédure d'accréditation s'est avérée une décision stratégique pertinente et tout à fait adaptée à l'environnement.

En effet, l'élaboration et la mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, participative et transversale, a été un véritable levier du changement. Elle a été un outil de fédération des équipes et par conséquent elle a contribué au développement et à la pérennité de la nouvelle structure.

Ce choix décisionnel a été corroboré par l'étude ministérielle dont l'établissement a fait volontairement l'objet. Cette étude a montré que l'hôpital B était à un nouveau tournant de son histoire. Il devait, pour éviter une régression ou un syncrétisme, et pour s'assurer de la réussite et de la pérennité de la nouvelle structure, remobiliser les professionnels autour d'un projet. Sans attendre les résultats de l'étude, la décision avait déjà été prise. Mais comme pour l'hôpital A, l'hôpital B a dû au préalable surmonter les symptômes et les difficultés générés par l'étape précédente.

### **Ce que nous retenons de l'étude de l'hôpital A et de l'hôpital B**

Il ne s'agissait pas pour nous de comparer les établissements, mais de vérifier si nous nous posions les bonnes questions et s'il était opportun d'émettre une telle hypothèse au moment de la mise en œuvre de l'étape de "l'après".

Nous avons pu observer et relever au cours de nos entretiens des similitudes liées à l'état de choc dans lequel se trouvent les équipes qui ont, dans l'étape précédente, vécu la crise, et qui, pour l'hôpital A, n'en sont pas encore sorties. Aussi nous avons retrouvé la même nécessité pour tourner la page de créer un outil de relance de la dynamique, mais des aléas ne le permettent pas toujours.

En effet, si le respect du temps est important, l'organisation doit présenter un minimum de conditions propices pour élaborer un projet. L'hôpital B a mis quatre ans pour y arriver. L'hôpital A, bien qu'il nous semble lui aussi à un moment clef de son histoire, connaît peut-être trop de difficultés pour l'instant pour engager à plus long terme des nouvelles mesures. Cependant, en tant qu'IG, l'expérience de l'hôpital A nous interpelle, car finalement dans l'analyse de la situation de l'hôpital A, nous nous trouvons face à un paradoxe.

Les dysfonctionnements de l'organisation seraient, à notre avis, une raison majeure pour décider d'une nouvelle stratégie pour sortir de la crise. Mais certains éléments de cette crise bloquent le renouveau et entraînent toute la communauté hospitalière dans une sorte de spirale régressive. Les dirigeants eux-mêmes sont impuissants bien qu'ils aient le souci de la remobilisation des équipes. Alors ce paradoxe mis en exergue peut-il suffire à témoigner de la complexité à engager une réflexion stratégique en vue d'élaborer un projet commun ? L'environnement, l'organisation peuvent-ils à la fois nous y encourager tout en s'y opposant ?

Concernant l'hôpital B, nous avons trouvé des réponses en faveur de notre hypothèse, confirmées par l'approche théorique.

## **Vérification de notre hypothèse**

Bien que nous ayons été confortée sur les différents points de notre hypothèse, nous restons prudente. Au vu de l'analyse des résultats de notre étude et compte tenu des limites de celle-ci, précédemment énoncées, nous ne prétendons ni à l'universalité ni à la généralisation de notre réponse. Cependant, d'une certaine façon, notre hypothèse de départ est confirmée. Cela à condition de tenir compte de l'environnement plus ou moins propice à la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité comme outil de mobilisation des équipes et de relance pour la réussite et la pérennité de la fusion.

Cette démarche ne peut s'engager qu'après avoir conduit une réflexion stratégique en vue d'élaborer et de mettre en œuvre un projet partagé et piloté selon une méthodologie rigoureuse par une équipe de professionnels responsables et convaincus dont l'Infirmière Générale fait partie, les cadres soignants étant pour elle des associés indispensables.

## **CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE**

Cette deuxième partie contient les éléments substantiels de l'hypothèse posée sur la contribution de l'IG à la réflexion et au choix stratégique des éléments de remobilisation des équipes "après la fusion" et de développement d'une nouvelle entité. Les principaux éléments que nous avons retenus ont confirmé notre hypothèse.

La prise en compte du facteur humain apparaît comme un facteur de succès dans la mise en œuvre du changement. Ainsi le projet a pour rôle de valoriser et mobiliser le potentiel humains qui lui-même constitue une condition sine qua none de réussite du projet.

Hormis qu'il reste à l'hôpital B à mesurer l'impact de son projet d'amélioration continue de la qualité au niveau des patients, des familles et des professionnels, les résultats de l'étude témoignent, que la mise en œuvre d'une telle stratégie a permis à l'établissement de santé d'avoir une voie de sortie de crise, dont nous faisons le pari de sa contribution à la réussite et à la pérennité de la fusion.

La richesse des réponses obtenues est un matériau inestimable pour construire notre projet futur. Ainsi, il devient possible, en tant qu'infirmière générale et membre de l'équipe de Direction, de présenter des axes de proposition relatifs à la mise en œuvre du management stratégique par le projet d'amélioration continue de la qualité des soins dans l'après fusion. Ce sera l'objet de la dernière partie de notre travail.



---

---

# Troisième partie

Notre projet du deux en un

---

---

*"La transition en cours est celle de l'émergence d'un nouvel ordre, dont le lieu de pouvoir est l'intelligence, dont le mode de communication est le code, dont la structure de pensée est la création".*

*Par J. BASSANS (1988).*

### **III. Du pari au projet du deux en un : propositions en rapport avec notre projet professionnel**

#### ***III.1. La contribution de l'Infirmière Générale à la mise en œuvre d'une dynamique institutionnelle d'amélioration continue de la qualité des soins dans l'après fusion***

##### **III.1.1. Le pari du deux en un**

Nous avons émis l'hypothèse de la contribution de l'IG à la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins comme un élément participant à la réussite et à la pérennité d'une fusion. Cela grâce à la mobilisation du potentiel humain à travers un projet stratégique.

Notre recherche bibliographique et l'étude de terrain nous ont permis de valider cette hypothèse.

La fusion a pour finalité de renforcer les complémentarités entre les établissements, elle se doit d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la population en termes de qualité et de sécurité.

Les objectifs poursuivis sont d'améliorer la qualité des prestations et de maîtriser les coûts.

Parallèlement, nous savons que les établissements ont l'obligation de rentrer dans la procédure d'accréditation. Pour nous, cette procédure est une dynamique, un système au service de la qualité, un outil stratégique qui permet de rentrer avec méthode dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Nous avons défini la fusion dans sa première phase comme la mise en crise du système, crise qu'il n'est pas seulement un danger, mais un levier pour le changement. Nous avons aussi démontré la nécessité d'une nouvelle stratégie pour sortir de cette crise, relancer la dynamique institutionnelle et éviter une régression de l'organisation, au profit du développement de l'identité et de la légitimité de la nouvelle structure.

Pour cela nous avons fait le **pari du deux en un** qui consistait à fusionner les objectifs de la restructuration tels qu'ils sont définis, avec l'obligation réglementaire de rentrer dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ainsi confondus, les deux objectifs n'en font plus qu'un : améliorer en continu la qualité des soins et la maîtrise des dépenses de santé.

Cette opération nous permet, non seulement, de transformer des contraintes en opportunités, elle se présente également à l'image de l'expérience dont nous avons témoigné dans l'enquête menée à l'hôpital B, comme un élément majeur de fédération des nouvelles équipes.

La démarche d'amélioration continue de la qualité, ainsi que nous l'avons vu, est porteuse d'évolution et de sens, elle est synonyme de décloisonnement, de cohérence, de synergie et d'articulation car elle implique tout le monde. Elle recentre les priorités autour du patient en ouvrant les barrières structurelles et catégorielles. Elle s'est révélée tout à fait vertueuse sous certaines conditions dans le cadre de l'après fusion. C'est pourquoi, du pari nous proposons de passer au projet du deux en un.

### III.1.2. Le projet du deux en un

Nous avons émis l'hypothèse que le management stratégique de l'IG, qui repose sur la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, participe à la réussite de la fusion. Le rôle de l'IG est d'apporter sa contribution à l'évolution favorable du projet de fusion.

Nous prenons cette précaution en regard du principe de réalité que l'infirmière générale, dans cette démarche de changement, n'est pas seule. Sa contribution se situe pour nous à deux niveaux. Tout d'abord en tant que membre de l'équipe de Direction, elle s'implique dans la décision et la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement, puis en tant que Directeur du Service de soins infirmiers, elle s'approprie les priorités stratégiques institutionnelles pour les traduire en regard de son champ de compétences, en priorité pour les services de soins infirmiers.

Notre projet se décomposera en deux parties, selon ces deux niveaux de responsabilité de l'infirmière générale :

- de la stratégie institutionnelle partagée... en passant par la réflexion stratégique et la mise en œuvre de la décision stratégique,
- à la stratégie de l'infirmière générale, dans son domaine de responsabilité qui est le service de soins infirmiers.

## ❶ ***De la stratégie institutionnelle partagée ...***

Ainsi que nous l'avons vu, les équipes rentrent dans la phase de l'après fusion en étant sous le choc de la période précédente, ce qui se traduit dans la plupart des cas par une forte démobilisation, un repli identitaire ou, pour le moins, par un besoin de répit. Pourtant si ces éléments doivent être pris en compte, il ne faut pas manquer le rendez-vous de la relance indispensable au développement de la nouvelle structure. Mais nous pensons que pour réaliser efficacement cette relance, avec des outils pertinents, nous devons procéder en amont à un diagnostic de la situation.

### **Un diagnostic de situation**

#### **Un diagnostic de situation : pourquoi ?**

L'IG, membre de l'équipe de Direction, peut proposer un outil de relance telle que la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Mais cette proposition, avant d'être entérinée, doit être précédée d'un diagnostic réalisé dans la concertation pour confirmer sa faisabilité, sa pertinence et son appropriation par la communauté hospitalière.

Une décision stratégique ne peut faire l'impasse d'un diagnostic préalable. Il est l'occasion de prendre du recul, d'analyser les actions entreprises, de formaliser une réflexion sur la qualité au sein de l'établissement qui doit se poser les questions suivantes :

- Fait-on ce pourquoi on est fait ? (adéquation / objectifs).
- Fait-on ce que l'on doit faire ? (bonnes pratiques).
- Fait-on correctement ce que l'on fait ? (efficacité).
- Le fait-on au moindre coût ? (efficience).

Cette photographie, réalisée à un moment particulièrement choisi, permet de valoriser les acquis et met en évidence les points à améliorer. Elle donne un éclairage sur les forces, les faiblesses, les opportunités de l'environnement interne et externe à l'établissement. Elle nous permet ainsi de mieux considérer le potentiel humain, matériel et financier dont nous disposons pour avancer. C'est à partir du recueil de ces informations que se fonde le diagnostic, tremplin de la décision.

Ce diagnostic, fondement de la réflexion stratégique, doit être engagé par le Directeur de l'établissement, le Président de la CME, les membres de l'équipe de Direction et tous les professionnels conscients, d'une part de la nécessaire remobilisation des équipes, et d'autre part des enjeux à construire ensemble une nouvelle organisation au service des patients et des familles.

La mobilisation du potentiel humain commence dès cette première étape afin d'obtenir le consentement, l'adhésion et l'implication des professionnels dans le choix stratégique.

Pour réaliser ce diagnostic, différents outils peuvent être préconisés.

### Les outils de diagnostic

Tout dépend des moyens dont dispose l'établissement.

Il peut s'agir, ainsi que nous l'avons vu pour l'hôpital B, de l'organisation par le Directeur d'une séminaire de formation au cours duquel s'engage une réflexion commune sur l'avenir de l'établissement.

Le diagnostic peut être réalisé selon une méthode d'audit interne, avec des professionnels de l'établissement, à partir d'une démarche formalisée, ou bien il peut s'agir d'une audit externe, c'est-à-dire avec l'aide d'un consultant externe ; cet outil peut s'avérer coûteux, mais il présente l'objectivité d'un regard neutre.

D'autres occasions peuvent se présenter, telle que celle de se porter volontaire pour une étude ministérielle, ainsi qu'il en a été pour l'hôpital B

Quoiqu'il en soit, les outils doivent être fiables, pertinents et validés par le plus grand nombre. Cette étape de diagnostic constitue le point d'ancrage de la réflexion stratégique qui conduit à la décision stratégique.

### La décision stratégique

La décision stratégique appartient au Directeur de l'établissement qui, en fonction du diagnostic préalable, fera avec son équipe et les membres associés, des choix. Il déterminera les orientations et les actions prioritaires visant à atteindre les objectifs qui formeront le **projet**. Projet que l'organisation se fixe pour améliorer sa position interne (fonctionnement, organisation de la structure) et externe (qualité du service vis à vis du public) de façon durable.

Nous parlons de décision stratégique pour plusieurs raisons :

- elle revêt un enjeu significatif et vital pour le devenir de l'hôpital qui se conçoit selon une allocation de ressources,
- elle est issue de la volonté des dirigeants déterminés pour le changement, mais elle n'en constitue pas moins l'expression d'une communauté de personnes, sans laquelle le projet ne peut aboutir,

- elle détermine un fil conducteur au sens de cheminement et de cohérence des actions dans une même direction, ce qui est fondamental pour un établissement à la recherche de sens commun, de cohérence, d'outils de décloisonnement et d'intégration,
- enfin, elle est un acte de management.

Nous considérons la stratégie comme un plan (explicitation et contenu), une perspective (objectifs à atteindre) et un processus (d'où le concept, dans notre recherche, de projet stratégique, mettant l'accent sur la dimension processus).

La décision stratégique devient opérationnelle dès lors qu'elle est partagée par tous et qu'elle s'inscrit dans un projet. Pour nous, le management par le projet d'amélioration continue de la qualité est un outil de relance de la dynamique pendant la phase de l'après fusion.

La mise en œuvre du projet doit obéir à une démarche/processus conduite avec rigueur.

### **Les étapes de la démarche**

#### Les pré-requis

Nous avons pu constater qu'avant de s'engager dans la démarche, des préalables à la période de crise devaient être surmontés. Un certain nombre de conditions sociales, techniques, organisationnelles et matérielles doivent être réunies pour favoriser la mise en œuvre du projet :

- La Direction prouve son engagement en affichant la qualité comme un objectif central de la politique de l'établissement.
- La Direction, en étroite collaboration avec la DSSI, la CME, ainsi que l'ensemble des structures (département, fédération, services hospitaliers médical, médico-technique, de soins infirmiers, administratif, financier, logistique et technique, psychologique, social et éducatif) définit l'outil méthodologique et le programme qualité de l'établissement.

Nous proposons d'utiliser le manuel de l'ANAES comme support méthodologique de notre démarche. Ce choix est stratégique pour plusieurs raisons :

- c'est un support réglementaire commun à tous les hôpitaux,
- il comporte d'excellentes pistes pour les actions à mettre en œuvre,
- nous aurons désormais à l'utiliser au minimum tous les cinq ans,

- il n'appartient à proprement parler ni à l'un ni à l'autre des établissements fusionnés, il ne peut donc faire l'objet d'une nouvelle polémique.

Pour autant, ce choix qui n'est pas neutre devra être validé par tous.

- Le programme qualité fait partie intégrante du projet médical, du projet de soins infirmiers, du projet social qui finalisent le projet d'établissement. Le projet d'établissement s'appuie sur le cadrage externe : le contrat d'objectifs et de moyens.
- La Direction sensibilise, informe et communique sur le projet qualité lors des réunions des instances et en organisant des réunions plénières pour tous les acteurs, y compris les médecins, sans oublier les équipes de nuit. Pour elles, des séances d'information sont organisées le soir. Une grande campagne médiatique sur la qualité est lancée à travers tous les supports de communication de l'hôpital, les objectifs étant de démontrer la nécessité de la démarche, de développer un langage commun, de s'assurer de la compréhension des concepts et de rechercher l'implication du plus grand nombre.
- Pour s'assurer des garanties de réussite, les dirigeants recensent les besoins en formation. Ce travail se fait en collaboration avec le service de formation continue et la Direction des Ressources Humaines. Une formation à la démarche qualité et à la conduite de projet est proposée aux cadres.
- Enfin, la Direction se donne les moyens d'insuffler une "culture – évaluation – qualité", car si cette culture est déjà bien présente parmi les soignants en hygiène et au Comité de Lutte contre les Infestions Nosocomiales, elle reste à se développer dans les autres secteurs.

L'amélioration continue de la qualité doit être un nouveau mode de vie, un état d'esprit. La qualité doit être enracinée dans toutes les activités de planification. A ce titre, la Direction doit montrer l'exemple pour permettre à cette dynamique de se généraliser progressivement car nous sommes consciente que cela demande beaucoup de temps. Une fois ces pré-requis remplis, il faut planifier, c'est-à-dire organiser le projet, définir la qualité attendue.

### Les étapes du projet

Nous avons choisi le référentiel ANAES comme outil méthodologique, mais d'autres outils existent, comme par exemple :

- Le brainstorming, souvent utilisé en début de démarche, il consiste en la présentation et la clarification des thèmes, collecte des idées, tri des propositions, synthèse ou validation.

- La méthode QQQQCP : c'est une méthode interrogative qui permet de balayer tous les aspects d'une activité.
- Le diagramme des causes ou Ishikawa, c'est une représentation hiérarchisée des causes ou des facteurs pouvant avoir un impact sur le déroulement du processus.
- Le diagramme de Paréto : c'est une représentation graphique sous forme d'un diagramme en bâtons, classant par ordre décroissant les causes et les dysfonctionnements, il permet de déterminer les actions prioritaires. Selon la loi de Paréto, 20 % des causes sont responsables de 80 % des effets.

Quelle que soit la méthode utilisée, il est important de préciser en amont l'objet de l'évaluation : les ressources ? Le processus ? Ou les résultats ? Ensuite nous devons définir des critères observables et cohérents pour déterminer les valeurs de référence. L'évaluation préalable peut être rétrospective ou directe. Nous proposons une évaluation directe par les professionnels eux-mêmes.

### **L'auto-évaluation**

Le but de l'évaluation de départ est de prouver que la qualité existe, elle permet d'identifier et d'analyser les écarts par rapport à la valeur de référence en vue de les corriger par des mesures adaptées. Cette procédure scientifique doit être systématique pour objectiver l'écart entre le réel et l'optimal. Mieux connaître permet de corriger là où c'est nécessaire, cela permet aussi de justifier les démarches et la bonne utilisation des ressources. Cette étape doit être un moment privilégié de sensibilisation et de valorisation du travail des équipes. Pour nous l'auto-évaluation est un acte de responsabilisation, elle fait évoluer les connaissances professionnelles individuelles et collectives. C'est réellement un outil pédagogique qui contribue à la prise de conscience et à l'appropriation progressive de la démarche qualité.

En prenant en compte la relation client / fournisseur, les professionnels ont une autre vision de leur relation de travail. Chaque processus étant un ensemble de maillons avec de nombreuses interactions, il est souvent mis en évidence que de nombreux dysfonctionnements surviennent à l'interface des activités entre les acteurs. Pour améliorer ce processus, il est important que nous apprenions aux professionnels à identifier les clients et les fournisseurs internes et externes.

Cette étape, outre le fait qu'elle met à plat l'existant, elle dessine les améliorations à réaliser à partir des axes prioritaires définis et validés par la Direction, les instances et le comité de pilotage. En associant toute la communauté hospitalière, cette première étape permet une



ouverture aux autres et elle leur apprend à se connaître. Mais pour être totalement efficace, cette étape, comme les autres, doit être pilotée.

### Le groupe de pilotage

Il est important de désigner un chef de projet qui peut être le responsable de la cellule qualité de l'hôpital ou toute autre personne volontaire reconnue par ses compétences en la matière. Il doit être formé à la qualité et à la conduite de projets.

Le comité de pilotage doit regrouper et refléter, de par sa composition, plusieurs structures importantes de l'établissement : Direction Générale, Président et Vice-Président de la CME, DSSI, divers secteurs médico-techniques dont le pharmacien, un représentant du CLIN et du CHSCT, un professionnel du DIM, des cadres, le responsable de la formation et de la communication et un représentant des usagers.

Membre du comité de pilotage, l'IG a pour rôle de renseigner sur la capacité des équipes soignantes à aborder la démarche avec pragmatisme. Elle agite les clignotants lors des obstacles à surmonter, elle fait part des éléments favorisant ou freinant, elle veille à la cohérence des pistes d'amélioration et à leur faisabilité, elle fédère les équipes autour d'objectifs communs pour éviter les redondances.

Au comité de pilotage, l'IG restitue les différentes procédures existantes pour évaluer les pratiques soignantes en cours sur les deux sites.

Le groupe de pilotage a pour mission de décliner et de formaliser la politique de qualité de l'établissement. Il élabore le calendrier pluriannuel de mise en œuvre, il organise les séances, prépare les réunions, il rédige et diffuse les convocations, l'ordre du jour, les comptes-rendus des débats et des décisions prises après la synthèse de chaque groupe de travail. Il pilote et soutient les groupes mis en place pour l'auto-évaluation.

### Les groupes d'auto-évaluation

C'est le Comité de pilotage qui détermine pour chaque groupe : le nombre, la nature, leur mode de constitution et leur fonctionnement. Les groupes sont pluriprofessionnels, transversaux, interdisciplinaires et inter-sites ; les partenaires sociaux y sont associés.

Le travail des groupes d'auto-évaluation consiste à argumenter chaque critère en effectuant une synthèse et une ébauche de propositions d'amélioration pour chaque référence. Il faut, nous pensons, créer un véritable mixage des populations, et nous proposons, par exemple, de confier le référentiel "*Management de l'établissement et des secteurs d'activité*" à un cadre soignant, et d'inclure dans le groupe "*Gestion des ressources humaines*" un représentant syndical et des médecins.

Lorsque cette étape, qui dure au minimum six mois, est réalisée, le chef de projet et le comité de pilotage valident les axes prioritaires et les actions à entreprendre.

### **La mise en œuvre des axes prioritaires et le suivi**

C'est conformément au regard du référentiel et des critères du manuel que sont identifiées les priorités d'action, compte tenu des résultats de l'auto-évaluation.

Il est important de faire des priorités car tout ne peut être réalisé en même temps ; c'est un processus sur le long terme. Il vaut mieux commencer par des actions concrètes où les résultats seront rapidement visibles pour ne pas décourager les équipes. Il faut laisser le temps à chacun, quel que soit son métier, le soin d'apporter un pierre pour construire l'édifice qualité.

Les dirigeants, en fonction de leur champ de responsabilités et de leur domaine de compétences, s'approprient les axes prioritaires définis et validés. Ils détermineront les moyens d'action en collaboration avec le comité de pilotage. Sachant qu'il ne s'agit aucunement de juxtaposer des actions sans lien entre elles, mais au contraire de les rendre cohérentes, transversales et complémentaires, où l'expertise de chacun dans cette chaîne d'action est reconnue.

Mais avant de définir les actions et les moyens à mettre en œuvre, pour pérenniser les acquis, le comité de pilotage qualité s'appuie sur un groupe de travail.

### **Le groupe de travail "qualité"**

Le groupe de travail "qualité" succède en quelque sorte au groupe d'auto-évaluation. Ses membres, en nombre réduit, peuvent être ceux qui ont participé au "diagnostic qualité" ou des nouveaux. Mais il associe toujours, de façon équilibrée, les principales composantes (cadres de soins, administratifs, techniques et médicaux) des sites.

Le groupe de travail "qualité" doit pour chaque priorité poser en termes d'objectifs précis, clairs, réalistes et réalisables, des propositions d'action. Ces propositions peuvent être de différents ordres ; citons, par exemple, l'élaboration d'un nouveau livret d'accueil pour les patients ou d'autres protocoles ou fiches techniques selon le sujet.

Pour cela, le manuel de l'ANAES propose un minimum de réponses qui nous guident dans le choix des outils à mettre en place en plus de ceux issus de la créativité de chacun. Le comité de pilotage est là pour les valider en regard de leurs pertinence et de leur faisabilité.

Le groupe de travail participe à l'identification des dysfonctionnements et des risques, à la mise en œuvre des recommandations et des actions en partenariat avec les référents qualité de l'hôpital.

### **Les référents qualité**

La mise en place des référents qualité par service est une action concrète dans le projet d'amélioration continue de la qualité. Ils sont choisis sur la base du volontariat et de leur compétence spécifique. Pour les services de soins, l'IG est force de propositions. Ils deviennent ses interlocuteurs privilégiés et les relais d'informations, dans les services, du comité de pilotage. Ce peut être un cadre ou une infirmière. On compte sur eux pour faire vivre la mise en œuvre des plans ciblés.

Comité de pilotage, groupes de travail et référents qualité déterminent ensemble les moyens nécessaires à la mise en œuvre des objectifs, qu'ils soient humains, matériels, financiers et logistiques.

En outre, ces étapes de mise en œuvre et leur pilotage doivent être suivis.

### **Le suivi du plan d'amélioration**

Le suivi du programme pluriannuel d'amélioration continue de la qualité, le recensement des dysfonctionnements et des risques permettent une analyse et une exploitation en vue d'adapter continuellement la démarche qualité de l'hôpital, dans l'objectif d'une amélioration continue du service rendu. Les référents, le groupe de travail "qualité" et le comité de pilotage assurent ce suivi. Il font appel, chaque fois qu'il est nécessaire, aux gestionnaires des risques et aux différentes vigilances sanitaires.

Mais la démarche ne serait pas complète sans la mise en œuvre d'une logique d'évaluation de la qualité.

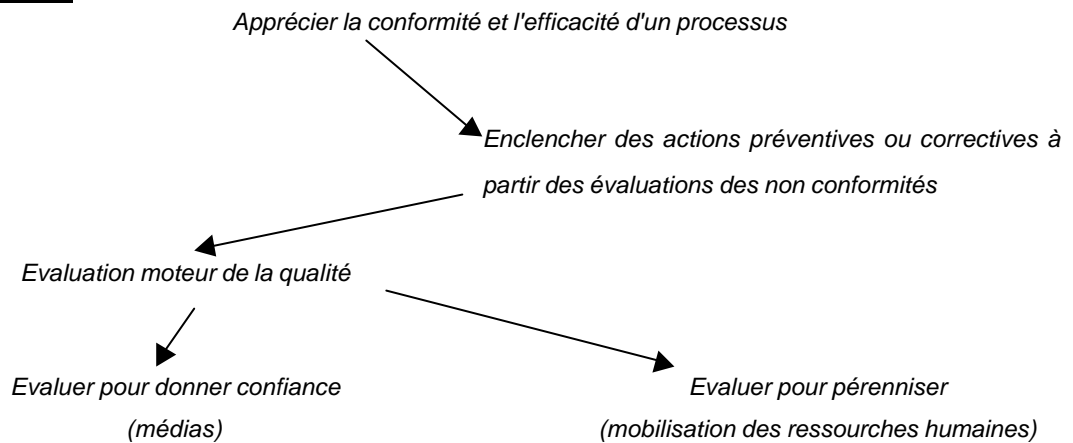
### **L'évaluation de la qualité et les réajustements**

Des temps d'évaluation sont prévus afin de mesurer les résultats, les procédures, mis en place et pour engager, si besoin en est, des actions correctrices. C'est un examen

systematique en vue de déterminer dans quelle mesure l'hôpital est capable de satisfaire aux exigences spécifiées. Les rythmes de ces évaluations sont définis par le comité de pilotage et le chef de projet selon un calendrier et à des moments opportuns.

L'évaluation peut être schématisée ainsi :

Evaluer, pourquoi ?



Evaluer, quand ?

- Au décours d'un incident, d'une erreur, d'une réclamation :
  - ➔ Déclencher des actions correctrices
- De façon programmée et systématique :
  - ➔ Déceler les dérives, enregistrer
  - ➔ Corriger
  - ➔ Réévaluer

Cette évaluation se fait à partir d'indicateurs validés tels que, par exemple : IGEQSI pour les soins infirmiers, enquête pour la surveillance de l'environnement (eau, air, surface des blocs opératoires notamment, des cuisines ou du service de stérilisation...) en suivant les résultats issus des indicateurs sentinelles tels que le recensement centralisé des événements sanitaires indésirables : chutes, escarres, pertes de prothèses, etc...

Nous proposons d'initier une pratique d'audit de satisfaction des patients après recherche et validation d'indicateurs ou recensement de méthodes existantes, telles que :

- en per et post opératoire,

- au niveau de la prise en charge du patient : évaluation de son information (mise à disposition systématique du livret d'accueil et du questionnaire de sortie) et de sa prise en charge (enquête de satisfaction, lettre de plaintes, contentieux),
- au niveau de la traçabilité des informations concernant le patient et les différents professionnels intervenant auprès de lui (évaluation de la tenue du dossier ; dossier patient unique),
- au niveau des pratiques professionnelles des secteurs d'activité.

Pour réaliser les améliorations dans ce domaine, la collaboration des membres de la commission de conciliation et celle du représentant des usagers au CA pourront nous être utiles.

Aussi, l'évaluation doit porter sur la satisfaction des personnels au travail, car la qualité des prestations est très liée à la qualité des conditions de vie au travail.

Cette évaluation doit être faite en partenariat avec l'IG, le DRH, la médecine du travail et le responsable du bureau de la formation continue.

La mise en place de tableaux de bord sur l'absentéisme pour maladie (taux de lombalgie, par exemple), nombre d'accidents liés aux expositions au sang... sont des indicateurs à prendre en compte pour inclure dans le programme qualité de l'hôpital, un programme d'amélioration des conditions de travail pour lequel des moyens ont été débloqués dans le cadre du protocole AUBRY (mars 2000). Ces moyens visent la réduction du temps de travail, les remplacements et la formation. Ils concernent à la fois le projet social et le projet de soins.

Enfin l'efficacité de la politique qualité de l'établissement doit être évaluée.

Les informations recueillies et régulièrement exploitées sont utilisées pour adapter le programme de gestion de la qualité dans l'objectif d'une amélioration continue du service rendu.

Nous savons que l'évaluation se heurte à des difficultés majeures. La méthode doit être rigoureuse afin d'éviter les biais, causes de contresens dans l'interprétation, et la validité des indicateurs dont il faut impérativement vérifier ce qu'ils mesurent.

Pour cela nous proposons la création d'une unité "*Evaluation et qualité*" au sein du département d'information médicale par exemple. Cette création doit bien entendu être incluse dans le projet médical et validée par les instances. Cette unité aurait pour mission de développer des méthodes de travail communes avec les autres services concernés et la mise en commun des moyens. La création d'une unité spécifique serait une solution crédible apportée en matière d'évaluation.

Nous avons présenté la démarche méthodologique de mise en œuvre du projet institutionnel d'amélioration continue de la qualité en insistant sur l'implication de toutes les catégories d'acteurs : niveaux hiérarchiques, métiers, statuts, depuis la réflexion jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation. Pour nous, la réussite d'une telle démarche tient au management des ressources humaines. Le personnel de base souvent "exclu" de cette variable est l'une des catégories de personnel les plus concernées dans la phase de mise en œuvre, c'est lui qui va mettre en place les actions au quotidien qui permettront d'atteindre tel ou tel objectif et de faire fonctionner l'organisation.

### **Accompagnement des équipes**

Pour cela, la politique qualité et ses objectifs font l'objet d'informations directes au personnel, relayées par les différentes instances<sup>37</sup> tout au long des étapes.

L'établissement se doit d'assurer la formation des professionnels et l'assistance méthodologique. Cette politique de formation repose sur un recueil annuel des besoins de formation auprès de chaque agent, sous la responsabilité du cadre. Toutes les demandes sont synthétisées par Direction et selon les axes stratégiques déterminés par l'établissement au sein du comité technique d'établissement. Parmi ces axes il en est un relatif à la démarche qualité.

Nous proposons, par exemple, pour les services de soins infirmiers, les actions suivantes : la formation des correspondants en hygiène, la prévention des infections nosocomiales, la gestion des risques (dossier de soins informatisé, responsabilité juridique de l'infirmière, hémovigilance, matériovigilance). Nous prévoyons une formation obligatoire pour les nouvelles infirmières sur l'acte transfusionnel, renouvelée tous les ans et assurée par le Centre de Transfusion Sanguine. Pour ce thème, une formation sera organisée pour les nouveaux internes chaque semestre.

Des supports de formation seront mis en place dans chaque service de soins (livret transfusionnel pour les infirmières, vademecum transfusionnel pour les médecins). D'autres actions de formation sur les indicateurs en soins infirmiers, tels que les SIIPS (Soins Individualisés à la Personne Soignée), PRN (Projet de Recherche en Nursing) ou IGEQSI (Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infirmiers) pourront être mises en place.

Pour les cadres, une formation à l'accompagnement des projets peut être réalisée.

---

<sup>37</sup> CLIN, CTE, CME, CHSCT, CA, CSSI, Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance, Commission des gaz et fluides médicaux, Commission Matériovigilance, Comité du Médicament, Commission de Conciliation

La liste n'est, bien sûr, pas exhaustive, elle doit être adaptée aux besoins en fonction des priorités qui concernent le service de soins infirmiers.

Le plan de formation de chaque secteur est soumis à la commission de formation. Nous proposons, dans le cadre de la fusion, la création d'une commission de formation composée des membres représentant le personnel des sites (membres désignés par l'administration, représentants du CTE, de la DSSI et de la DRH). Cette commission a pour objectif d'harmoniser le dispositif sur les sites afin que l'un ne se sente pas lésé par rapport à l'autre. C'est un outil de cohésion et de cohérence. La Commission retient ensuite, dans le cadre de l'enveloppe budgétaire annuelle, les formations prioritaires en regard de sa politique, les autres demandes pouvant être reportées à l'année suivante.

Nous venons d'aborder, à travers la présentation d'un projet institutionnel d'amélioration continue de la qualité, le rôle de l'infirmière générale qui peut être l'initiateur d'un projet, une force de proposition en matière de changement, un collaborateur qui sait mettre son expertise au service de la communauté, un conseiller sur qui l'on peut s'appuyer. En tous les cas, c'est quelqu'un qui, en regard de sa fonction, contribue activement à la réflexion, à la décision stratégique, à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique d'amélioration continue de la qualité préalablement définie en équipe.

En tant que partenaire dans l'action, l'IG s'implique dans la recherche et la mise en place des outils qui garantissent le succès de la démarche. Pour cela, elle informe les équipes soignantes et recense leurs besoins en formation. Ces propositions de plan de formation tiennent compte des besoins des autres professionnels de l'hôpital dont la réalisation s'inscrit équitablement dans l'enveloppe budgétaire allouée.

Volontairement, nous avons tenu à spécifier le rôle de l'IG, d'abord au niveau institutionnel, pour ensuite proposer des actions plus spécifiques au service de soins infirmiers qu'elle dirige. En effet, nous pensons que ses actions seront d'autant plus efficaces, plus crédibles et reconnues qu'elles s'inscriront en cohérence avec la démarche institutionnelle issue de la volonté du Directeur.

Manager, fédérer dans une stratégie commune par un projet dont les objectifs et les moyens sont partagés, sont pour nous synonyme d'efficacité et d'efficience.

Pour nous, la mise en œuvre d'un sens commun a quelque chose d'éthique - éthique professionnelle, sociale et économique. La qualité est un enjeu stratégique et opérationnel, pour déployer ses vertus, nous devons faire de sa mise en œuvre une priorité institutionnelle pour assurer la pérennité du système.

Nous compléterons cette troisième partie en proposant d'autres actions qui permettent à l'IG de passer de la stratégie institutionnelle à la stratégie de l'IG, Directeur du Service de Soins Infirmiers.

### **② ... à la stratégie de l'Infirmière Générale, Directeur du Service de Soins Infirmiers**

En tant que responsable du Service de Soins Infirmiers, l'IG coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers, elle assure l'animation, l'encadrement et la gestion de ce service.

La stratégie du service de soins infirmiers s'articule autour de trois axes principaux : la garantie et la promotion de la qualité des soins infirmiers, la gestion des différents personnels soignants en relation avec la DRH pour l'intégration dans la politique générale de santé.

Le but des travaux transversaux est de faire évoluer les soins, mais aussi les missions des soignants selon les secteurs. Le moment de l'après fusion est une occasion formidable pour revoir l'organisation en s'appuyant sur des outils d'homogénéisation des pratiques, des matériels et des protocoles, afin de garantir l'optimisation du travail au sein de l'hôpital.

Notre mission consiste à inciter à la mobilité comme facteur de changement, à favoriser l'écoute et le travail en commun dans un climat de confiance pour que le service de soins infirmiers ne soit pas vécu en terme de pouvoir, mais en terme de complémentarité, d'indissociabilité avec les autres partenaires hospitaliers.

Le service de soins infirmiers ne doit pas être un service en plus, mais un plus pour l'hôpital. l'IG n'est pas un électron libre dans l'organisation de l'hôpital. Sa stratégie s'inscrit dans la stratégie global de l'établissement et elle s'appuie sur une ressource fondamentale : l'équipe des cadres et des cadres supérieurs infirmiers du service de soins.

Nous insisterons, dans cette sous partie, sur trois éléments importants qui caractérisent le management stratégique de l'IG :

- la mise en cohérence des actions,
- le positionnement du service de soins infirmiers dans les instances et les commissions,
- le management des cadres,
- et enfin nous proposerons des éléments de valorisation et de reconnaissance du travail.

### **Le projet de soins : un outil de cohérence au service de la qualité**



Par souci d'efficacité, de crédibilité et pour éviter des actions dispersées dans de multiples projets sans véritables liens entre eux, qui découragent les cadres et leurs équipes, à l'image des poupées russes, nous proposons d'articuler les axes prioritaires d'amélioration de la qualité des soins dans le projet de soins. Ces priorités seront ensuite déclinées en actions à mettre en place dans chaque service de soins en lien, bien sûr, avec les projets de services. Nous sommes persuadée que notre rôle est d'instaurer une plus grande cohérence et cohésion entre les différentes actions entreprises, si nous voulons être comprise et reconnue, ainsi qu'il en est pour l'encadrement infirmier dans les services.

De même qu'il a fallu réfléchir à un outil de relance de l'après fusion, cette étape nécessite une refonte des projets de soins en un projet de soins unique. C'est vraiment l'occasion de redonner à la politique des soins infirmiers un sens commun sur des nouvelles bases, s'inspirant de la logique qualité de l'établissement.

Pour conduire le projet de soins infirmiers, nous nous appuyerons sur la même démarche que celle employée pour définir la démarche qualité au niveau institutionnel.

Le projet de soins sera le fruit d'un travail collectif, sa mise en œuvre se voulant assurément participative, nous prendrons le soin de mettre en interaction les soignants des deux sites pour les mobiliser sur un même projet. Notre rôle sera celui de chef de projet assurant le suivi et la synthèse des travaux des groupes.

L'architecture du projet pourra se construire autour des groupes de travail disposant d'un guide méthodologique commun et d'une base documentaire tenant compte de l'existant (Cf. Dossier technique en annexe 2). Chaque groupe sera animé par un cadre supérieur et il regroupera des cadres, des infirmiers, des aides soignants et des auxiliaires de puériculture des équipes de jour et de nuit des deux sites.

Pour chaque thème abordé, le groupe fera appel, si besoin, aux experts concernés et au pôle méthodologique "évaluation qualité". Il travaillera en collaboration avec les référents qualité, les unités de soins et le comité de pilotage qualité de l'hôpital.

Les soignants seront invités à exprimer leurs attentes en terme de conditions de travail, élément faisant partie intégrante du projet de soins.

L'ensemble des propositions sera validé par la Commission du Service de soins infirmiers. En adéquation avec le projet médical, les objectifs du projet de soins infirmiers, sur la base de l'amélioration continue de la qualité et des conditions de travail, prendront en compte le contexte de l'après fusion.

Dans le respect des identités culturelles propres à chacun des sites, sept axes seront abordés, comme par exemple :

- La réponse aux besoins de la population, en dispensant des soins de qualité, en toute sécurité et en assurant un suivi de ces soins après la sortie.
- Concernant la restructuration architecturale, l'objectif sera de rendre les structures fonctionnelles, accueillantes et conformes aux normes d'hygiène et de sécurité en optimisant les conditions de travail (matériel en nombre suffisant et ergonomique).
- La reconfiguration des unités fonctionnelles offre une opportunité pour repenser les organisations de travail en concertation avec les équipes, réévaluer les effectifs en regard des disciplines, du niveau de dépendance des patients ainsi que des capacités en lits.
- L'optimisation des moyens pourra être réalisée en décloisonnant les unités, en adoptant une logique de secteur. Des rencontres et des échanges inter-services, inter-secteurs et inter-sites seront favorisées, ainsi que la mise en commun des moyens en compétence, en personnel et en matériel.
- La mobilité du personnel s'appuiera sur une procédure définie conjointement par la DRH et la DSSI. Elle concernera la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences adaptées aux évolutions liées à la restructuration. L'accent sera mis sur l'évaluation de la charge de travail et l'étude de la charge en soins à partir des outils précédemment présentés, sur la définition des fonctions, les profils de poste et l'évaluation régulière de la satisfaction et de la formation du personnel à partir d'un entretien individuel. La mise en place d'une mobilité inter-site pourra se concrétiser, dans un premier temps, par l'affectation des cadres supérieurs bi-sites, à partir de règles consensuelles établies. L'encadrement sera force d'exemple dans ce nouveau dispositif qui se veut un élément d'intégration de la culture qualité. Le projet de soins prévoit également, pour accueillir les nouveaux embauchés, la mise en place d'un tutorat, leur information, l'évaluation des acquis de la formation, l'harmonisation des procédures d'accueil. Un livret d'accueil et les modalités d'encadrement des stagiaires seront élaborés et mis en œuvre.
- Une nouvelle procédure pour le recrutement et l'évaluation sera mise en place en collaboration avec la DRH, pour homogénéiser les pratiques. L'évaluation annuelle des agents se fera à partir d'un entretien individuel et contractuel. Les critères

d'évaluation à partir des objectifs posés, pour et avec chaque agent, pourront être le niveau de coopération et d'engagement dans la construction et la mise en œuvre du projet qualité. Nous ne pouvons obtenir un niveau optimal des prestations si nous ne procédons pas régulièrement à un bilan de compétences – bilan qui doit déboucher sur les actions à conduire pour combler les écarts en visant de meilleurs résultats. La construction d'une culture qualité dans une nouvelle structure doit se traduire par l'harmonisation des pratiques.

- L'harmonisation des pratiques passe par la formalisation de celles-ci. Les procédures s'élaborent au sein des groupes des deux sites. Les spécificités de chaque structure sont prises en compte. C'est en acceptant les différences comme richesses que l'IG amènera chacun, avec ses spécificités, à être partie prenante d'un tout. Il ne faut surtout pas renier le passé en faisant table rase de l'existant. Sur chacun des sites il y a beaucoup de choses à reprendre, il nous faut reconnaître le travail précédent réalisé, le valoriser et s'appuyer dessus pour l'améliorer.

Nous devons vraiment respecter ces préalables pour inscrire chaque soignant dans une logique de gagnant / gagnant. Il faut rester humble et modeste.

Le dossier de soins est un bon exemple en la matière, il existe en général dans tous les hôpitaux. Nous devons envisager la création d'un dossier patient unique. Mais dans le cadre d'une restructuration, il est important que le dossier de soins soit commun aux deux sites. Le dossier de soins est un outil pour la qualité et la sécurité. Il est à lui seul une démarche de qualité de prise en charge individuelle du patient, c'est un instrument d'organisation des soins et c'est l'élément de base de l'activité de l'unité de soins.

En tant que garante de la production des écrits infirmiers et de la qualité de la démarche de soins, l'IG s'efforcera, avec ses proches collaborateurs que sont les cadres, d'en faire un outil commun pour l'optimisation des prestations.

Le projet de soins intégrera le développement de la compétence infirmière par des modalités d'accompagnement et le recueil des besoins en formation, tant au niveau de la formation continue qu'au titre des études promotionnelles.

Nous proposons, pour les cadres, la mise en place d'un groupe de parole. En présence d'un psychologue, ces moments de rencontre conviviaux pourront permettre d'échanger sur les difficultés, les expériences et de partager les projets.

Mais l'IG devra prendre des mesures pour concilier le bon fonctionnement des services avec le développement ou la mise à jour des compétences, car se pose souvent la question du remplacement des agents absents pour formation.

Pour les cadres, nous proposons, sur invitation du Directeur, une participation aux réunions préparatoires et aux débats qui précèdent les décisions importantes dans l'institution. Aussi la mise en place d'une rencontre annuelle, si possible à l'extérieur de l'hôpital, entre les cadres et la Direction permettrait de faire le point sur l'avancée des travaux, conduire une réflexion sur des thèmes choisis par les cadres ; ce serait un moment de reconnaissance et de valorisation de l'engagement des cadres dans l'action.

### **Le positionnement du services de soins infirmiers dans les instances et dans les commissions : enjeu d'intégration et de cohérence**

La fusion d'établissement induit nécessairement la recomposition des instances. Pour cela, l'IG, Présidente de la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI), veillera à ce que les soignants représentés appartiennent en nombre égal à l'un et l'autre des sites.

Cette instance représentative a été instaurée par la loi du 31 juillet 1991 dans son article L714-26.

La CSSI est consultée sur :

- l'organisation des soins et l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers,
- la recherche et l'évaluation des soins infirmiers,
- l'élaboration d'une politique de formation,
- le projet d'établissement.

C'est un lieu d'expression, de concertation et de propositions directes des personnels soignants, elle permet de valoriser les activités du service de soins infirmiers au travers des travaux produits en son sein et diffusés dans l'établissement. Elle participe au décloisonnement entre les services grâce à l'élargissement des groupes de travail à d'autres professionnels.

Nous pensons que le contexte de l'après fusion et celui de la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité sont une opportunité à saisir pour favoriser l'émergence d'une CSSI prenant réellement part au processus décisionnel.

### **La création d'un Bureau de la CSSI**

Notre stratégie s'oriente dans cette optique d'adaptation au contexte pour réorganiser cette commission. Il serait bon, avant de procéder à son renouvellement, d'évaluer le fonctionnement des commissions précédentes pour définir avec les soignants les nouvelles modalités. A ce titre, nous prévoyons la création d'un Bureau de la CSSI comme il existe un Bureau de la CME. Les objectifs de ce Bureau seraient d'assurer un fonctionnement plus souple, de permettre une rencontre avant les instances pour que les représentants de la CSSI au CA et à la CME puissent exprimer un avis éclairé au regard de l'ordre du jour.

Le représentant de la CSSI au CA détient une voix délibérative, il participe au vote ; pour cela il exprime souvent le besoin d'être mieux préparé en amont pour s'exprimer au nom du service de soins infirmiers et non à titre personnel sur des pré-supposés.

Organisées par la Présidente, ou à la demande d'un membre, ou lorsque l'avis de la CSSI est requis, les réunions du Bureau permettent de façon collégiale et consensuelle de préparer une intervention rédigée, si besoin en est, pour éviter les discrédits d'une improvisation ; celle-ci est jointe au compte-rendu du CA et de la CME.

### **La participation des membres de la CSSI aux différentes commissions**

Le travail structuré du Bureau de la CSSI donne à celle-ci une nouvelle identité et une réelle force de proposition. La CSSI peut proposer, en plus de sa participation au CLIN, au comité de lutte contre la douleur, au comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, qu'un de ses membres participe à différentes commissions : la commission de conciliation, la commission de formation, le comité de pilotage du projet médical pour les éléments qui concernent le déroulement des activités et la prise en charge des patients, le comité de pilotage du protocole "AUBRY" concernant l'allocation, l'utilisation et la répartition des moyens. Un membre de la CSSI peut faire partie de la commission des équipements pour donner un avis, ainsi qu'un représentant peut être nommé pour participer au comité de suivi du contrat d'objectifs et de moyens, notamment pour négocier les moyens identifiés pour réaliser les objectifs du projet de soins (le projet de soins étant inclus dans le contrat d'objectifs et de moyens).

La présence d'un représentant de la CSSI dans ces commissions permet d'échanger des informations, de positionner le point de vue du service de soins infirmiers, de faire remonter les besoins des services, le tout dans un souci de complémentarité, de partage, de négociation et donc de cohérence. Après chaque réunion des commissions auxquelles participent les membres de la CSSI, une synthèse est réalisée et les informations sont communiquées lors des réunions de la CSSI.

Pour nous, cette organisation de la CSSI est un outil de management dans la stratégie de l'IG qui positionne le service de soins efficacement et transversalement dans la stratégie institutionnelle.

Nous proposons, avec l'accord de la DRH, pour les représentants de la CSSI dans les instances et les commissions, une formation spécifique à la prise de parole en groupe et sur le thème du fonctionnement des instances qui sont habituellement réservées aux représentants syndicaux.

Nous pensons ainsi donner une nouvelle dimension au service de soins infirmiers par l'intermédiaire de son instance représentative qui ne sera plus une instance de consultation d'apparence, ou selon J.M. CLEMENT, Professeur de droit hospitalier, la comparant avec la CME "une ouverture de fausse fenêtre pour une symétrie de façade...".

Mais pour avoir les moyens de nos ambitions, nous ne saurons redire l'importance du management des cadres de soins.

Nous l'avons écrit, les projets n'ont de sens que s'ils mobilisent la principale ressource de l'hôpital, c'est-à-dire les hommes – convaincre plutôt que contraindre.

### **Le management des cadres soignants**

*"Traiter tous les collaborateurs comme s'ils étaient capables d'excellence en augmente la probabilité<sup>38</sup>".*

L'IG a un rôle capital dans le management des cadres infirmiers sans lesquels elle ne peut rien faire. Le point d'orgue de sa démarche est l'implication de l'ensemble des professionnels pour que chacun, quelle que soit sa situation hiérarchique, se sente concerné par le projet. Là encore, il faut être cohérent : comment peut-elle exiger des cadres qu'ils gèrent, qu'ils accompagnent, qu'ils mettent en œuvre..., si elle-même ne donne pas l'exemple d'un management adapté qui passe par l'écoute des besoins. C'est par l'écoute, et dans une réflexion commune, que nous apportons des réponses aux attentes car elles sont propices à la créativité.

L'IG doit aider, faciliter la mise à disposition des cadres des moyens nécessaires (humains, matériel, outil de gestion et de communication). Elle doit être capable de créer de la motivation pour que chacun soit porteur de sa propre motivation comme vecteur du changement dans les unités de soins.

---

<sup>38</sup> Selon BRADFORD et COHEN (1987)

L'IG doit rassurer, informer, expliquer, convaincre ; pour cela elle doit elle-même être convaincue.

Dans son groupe elle sait repérer les personnes les plus motrices pour démultiplier les messages à faire passer et les actions à réaliser par une sorte de compagnonnage. L'IG sait déléguer, responsabiliser et faire confiance. La délégation n'est pas une décharge, elle l'accompagne, elle apprend aux cadres à rendre compte.

Pour nous, positionner les cadres en tant que chef de projet ou représentant du service de soins dans les commissions est une preuve de confiance et de reconnaissance de la compétence des professionnels. C'est à ce prix que nous évoluerons et que le malaise des cadres, faisant si souvent la une de notre actualité, parviendra à s'estomper.

Confiance, reconnaissance, valorisation du travail et responsabilisation sont les ingrédients indispensables à la bonne marche de l'institution. Il n'y a pas de recette miracle, mais écouter et ne pas nier les réalités quotidiennes sont nécessaires pour garder notre crédibilité.

Lors des périodes qui sollicitent la mobilisation du personnel, nous veillerons tout simplement à ne pas imposer d'autres échéances pour éviter une pression supplémentaire. Nous devons être au rendez-vous pour soutenir les cadres et gérer avec eux les difficultés liées à l'absentéisme, au manque de lits en période de suractivité et trouver avec eux des solutions aux problèmes de recrutement actuel des infirmières.

Il est reconnu que la position des cadres est une position de marginal sécant, c'est-à-dire au carrefour des contradictions et des contraintes, à la croisée des différentes logiques hospitalières. Leur rôle n'en devient pas moins complexe car ce sont eux les principaux relais entre les services de soins et la Direction.

Tout en étant la cheville ouvrière de l'hôpital, ils ont un rôle difficile de médiateur entre les objectifs à atteindre, définis dans le projet de soins, et la capacité contributive du personnel sans lequel, par ricochet, rien ne peut se faire.

L'IG doit être vraiment présente pour armer les cadres et les aider à remplir leur mission. Sens, cohérence, écoute, dialogue et reconnaissance sont des leviers incontournables de la motivation des hommes. Mais cette motivation des hommes passe aussi par la diffusion des travaux réalisés et la valorisation de ceux-ci en interne comme à l'extérieur de l'établissement.

**Diffuser les savoir-faire pour une meilleure reconnaissance**

En interne, l'outil le plus approprié pour diffuser, faire connaître les actions du service de soins, est bien sûr le rapport d'activités annuel de ce service, par l'intermédiaire duquel l'IG rend compte des travaux du service.

Mais la diffusion du savoir-faire infirmière / aide-soignant / cadre peut être réalisée par la rédaction d'un article spécifique sur un thème donné, publié dans une revue professionnelle. Ces outils de management sont valorisants et motivants pour les professionnels qui se sentent ainsi reconnus. Il est très important, vis à vis de l'extérieur, de faire partager de telles expériences qui peuvent enrichir la réflexion d'autres hôpitaux en restructuration. Ce sont des actions d'ouverture et d'échange bénéfiques pour tous. Le développement de l'hôpital suppose une stratégie éducative qui nécessite une augmentation du nombre de modèles significatifs pour les managers.

L'expérience ne découlera pas automatiquement de la répétitivité des situations, mais de la possibilité de capitaliser des modèles de comportements différenciés, variables et révisables.

En externe, pour nous, le projet de soins est intégré dans le contrat d'objectifs et de moyens passé entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation. Il faut une contrepartie financière à toutes ses démarches d'amélioration continue de la qualité. Le simple arbitrage des moyens alloués aux hôpitaux sur la base du point ISA ne suffit pas, à notre avis, à encourager les bonnes volontés.

Certes, l'objectif de la fusion est d'améliorer la qualité et la maîtrise des coûts, mais l'on sait que ces objectifs ne sont pas réalisables dès la première année de la fusion. C'est un processus qui s'inscrit dans le temps. Mettre en œuvre une démarche qualité et sécurité peut avoir un impact financier. Si les efforts que cela impose ne sont pas reconnus par les tutelles, à nouveau les équipes risquent de perdre leur persévérance et leur enthousiasme dans leur engagement à vouloir mieux faire. A notre avis, ce risque n'est pas exclu si les tutelles n'en prennent pas conscience.

La mise en œuvre du management stratégique dans les hôpitaux pose le problème des relations avec les tutelles, notamment avec les ARH. Cette plus grande maturité stratégique des établissements ne pourra-t-elle pas, en effet, déséquilibrer un peu plus le processus actuel de planification du système de santé et placer en porte à faux les structures de tutelles ?

Nous terminerons sur cette interrogation qui ouvre la perspective sur un autre sujet de réflexion. Quoiqu'il en soit, nous pensons que les efforts doivent être reconnus et récompensés. Ne dit-on pas que toute peine mérite salaire !



Quelle cohérence y aura-t-il dans la stratégie des tutelles entre l'amélioration continue de la qualité et la maîtrise des dépenses ? Reconnaitront-elles les établissements qui auront le moins dépensé ou ceux qui auront le mieux dépensé ?

## **CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE**

Il ne s'agissait pas, dans cette dernière partie de notre mémoire, de livrer une "doctrine", les propositions faites n'ont pas, non plus, la prétention de servir de modèle. Outre la conviction qu'il n'y a pas deux situations identiques, nous n'avons pas eu la tentation de réduire en un "kit restructuration" toute une démarche d'accompagnement du changement.

Pour nous, les outils à mettre en œuvre sont élaborés selon trois principes fondateurs :

- approfondir le sens et la finalité de nos actions dans une vision globale qui dépasse l'urgence et le court terme,
- réfléchir à l'évolution de nos missions et de notre métier,
- nous entraîner et nous entraider à conduire le changement, le principe d'adaptabilité s'étant largement substitué au principe de permanence.

Aux conditions initiales de réussite (un environnement qui exerce une pression forte sur l'institution pour l'inciter à se mettre en mouvement, un ensemble de dispositions légales qui oblige à agir et indique l'horizon des changements), il faut ajouter le rôle essentiel des responsables, capables de constituer un point d'appui pour l'ensemble des forces vives de l'établissement et de conduire à leur terme les projets de modernisation décidés.

Il est essentiel également qu'il y ait un fort degré de convergence, de cohésion et de cohérence entre les décideurs et les destinataires du changement pour en limiter les résistances et favoriser le succès.

L'IG s'engage et conduit le service de soins infirmiers dans une logique de projet d'amélioration continue de la qualité des soins qui passe par l'évaluation de la qualité des soins, l'autonomie et la responsabilisation des acteurs. Ces éléments sont pour nous un facteur clef de la réussite et de la pérennité d'une fusion. La qualité des soins résulte de l'addition des savoir-faire reconnus. Elle n'est pas le fait d'un métier, mais celui de tous ceux qui y concourent.

L'IG, pivot de l'organisation et acteur dynamique, participe à la construction dans l'action de la nouvelle structure. Son rôle : associer, concilier, réconcilier, harmoniser, afin de produire, comme l'a dit SAINSAULIEU "*la coopération vertueuse*" ou pour gagner, selon nous, le pari du deux en un.

---

---

# **Conclusion générale**

---

---

Fusion : derrière un mot, des maux qui s'apparentent à une mise en crise du système hospitalier. Une crise dont les symptômes sont visibles sur les professionnels et par conséquent sur l'organisation et le management des équipes.

Il est donc important, ainsi que nous l'avons vu à un moment donné, de prendre du recul pour réagir. Sinon, il y a un risque de régression organisationnelle qui peut être préjudiciable à l'évolution de cette fusion.

Nous avons montré que cette crise n'avait pas que des effets négatifs, mais que les managers devaient s'en saisir comme d'une opportunité pour créer le changement attendu. Par ailleurs, la législation hospitalière en vigueur peut sembler contraignante, mais nous avons tout de même une marge de manœuvre suffisante pour transformer ces obligations en leviers de changement.

Consciente de ces possibilités, l'Infirmière Générale doit s'engager dans une réflexion stratégique pour définir en équipe, au sein de la structure, le projet stratégique de l'organisation. Cependant, pour réussir, il est fondamental d'impliquer les professionnels et les cadres, notamment au moment de la prise de décision jusqu'à la mise en œuvre et à l'évaluation du projet stratégique.

Un diagnostic préalable de l'environnement est nécessaire pour décider de la meilleure solution à apporter pour assurer la survie – développement de la nouvelle structure. Nous avons démontré que la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité, conduite selon un processus rigoureux est un moyen pour y parvenir.

Le concept de démarche qualité, d'amélioration continue de la qualité des soins, de transversalité et donc de décloisonnement des divers corps de métiers, œuvrant de près ou de loin pour un mieux-être du patient et de sa famille, s'inscrivant dans un référentiel commun, sont les points essentiels de cette démarche.

Pour cela il est important, en amont, de mesurer les forces et les faiblesses de l'environnement ainsi que la capacité du potentiel humain à collaborer à ce choix stratégique. Choix stratégique car il remplit les fonctions du deux en un : amélioration continue de la qualité et maîtrise des dépenses hospitalières.

En effet, ce projet stratégique prend en compte aussi bien l'économique que le social, l'interne que l'externe et il se réalise dans une perspective stratégique de développement. Au travers de son projet, l'organisation élabore et communique les actions prioritaires à mettre en œuvre.

Le projet devient un outil de progression pour l'hôpital et un outil de négociation avec les tutelles qui doivent reconnaître et valoriser les efforts fournis.

Cette démarche participative, et parfaitement pilotée, permet ensuite, selon un apprentissage, de démultiplier la stratégie de l'organisation de manière concertée et cohérente. A l'image des poupées russes, cette opération de démultiplication repose sur la responsabilisation, la confiance et l'autonomie que les managers accordent aux équipes.

S'il est vrai que ces outils de formalisation et de management de la stratégie déclenchent une nouvelle dynamique à terme, leurs impacts qualitatifs et financiers doivent être mesurés à travers une évaluation des résultats et du processus mis en place. L'évaluation n'est pas seulement une obligation réglementaire, elle est aussi une étape capitale du processus stratégique. Elle permet d'améliorer en permanence (roue de Deming) la qualité du processus et la pertinence des actions mises en œuvre et le réajustement si besoin.

Pour nous Infirmière Générale, le management stratégique par projet permet à l'établissement de santé fusionné de se comporter en tant qu'entité à part entière, responsable de ses missions, de son développement et de sa pérennité.

Il permet aux acteurs internes de retrouver leur identité et vis à vis de l'environnement externe de renforcer petit à petit la légitimité de leurs actions. L'identité ne peut se décréter, elle se construit au fil du temps avec enthousiasme et persévérance. C'est la rencontre entre tous qui favorise l'émergence de cette nouvelle identité.

Le management est là pour provoquer cette rencontre, mais il ne saurait y avoir un "management idéal type", sensé pouvoir répondre à toutes les situations qui impliquent des négociations et des décisions.

Il ne saurait y avoir une conception du management qui serait statique, en somme idéologique, sans la nécessaire prise en considération de l'humain dans toute sa complexité.

Au mieux, il doit y avoir une éthique du management.

Tout management doit être évolutif. Chacun doit pouvoir, en fonction de son savoir et de son vouloir, accéder à une place médiane qui harmoniserait le désir individuel et les contraintes collectives.

Aujourd'hui, les managers ont à inventer cette combinaison gagnante pour assurer la survie de l'hôpital qu'ils dirigent. Leur rôle est d'offrir les prestations attendues par les malades-clients, et de permettre aux hommes et aux femmes, pleins de bonne volonté, de donner toute la mesure de leur capacité et de leur créativité pour partager ensemble le destin de l'hôpital.

Cela veut dire que le développement de l'hôpital suppose, non plus un modèle de situations répétées par les managers, mais leur réponse aux défis découlera de la possibilité à capitaliser des modèles de comportements différenciés.

Car la prédiction de E. MORIN (1962) s'est réalisée : *"Dans une société en évolution rapide, l'essentiel n'est plus l'expérience accumulée, mais l'adhésion au mouvement"*.

---

---

# **Bibliographie**

---

---

# BIBLIOGRAPHIE

## Les ouvrages

- ANASTASSOPOULOS, JP. *La stratégie des entreprises publiques*. L'efficience au service de l'intérêt général. Dalloz 1980, p 6
- ANSOFF, H.I. *Stratégie du développement de l'entreprise*. Editions Hommes et Techniques, nouvelle édition 1984, p 111
- BALLE, M. CHAMPION-DAVILLER, MN. *Organiser les services de soins : le management par la qualité*. Editions Masson. Collection Encadrer l'hôpital
- BARTOLI, A. *Le management dans les organisations publiques*, Dunod, collection "gestion sup", 1997, p 78, p 191
- BRABET, J et KLEMM, M. *Le point sur les projets d'entreprises*. Gestion 2000. Management et prospective, Vol 10, n° 2, avril 1994, pp 84-86
- BUDET, JM et BLONDEL, F. *La réforme de l'hospitalisation publique et privée*. Les clés de l'ordonnance hospitalière du 24/04/1996. Editions Berger-Levrault, 2<sup>ème</sup> édition, 1998
- CALMES. F, SEGADE. JP, LEFRANC. L. *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*. Editions Masson, 1998
- CLEMENT, JM. *Réflexions pour l'hôpital*. Editions les études hospitalières, 1997
- COLLERETTE. P, DELISLE. G. *Le changement planifié*. Montréal, Agence d'Arc, 1982
- CREMADEZ, M. et GRATEAUF. *Le management stratégique hospitalier*. Inter éditions : 2<sup>ème</sup> édition, 1997. Masson
- CROZIER, M. *Les problèmes du management public face à la transformation de l'environnement*. Revue politique et management public. Vol 3, n° 1, mars 1985, p 2
- CROZIER, M. *Le phénomène bureaucratique*. Editions du Seuil, collection "Point essai", 1963, pp 239-243.
- CROZIER, M. *On ne change pas la société par décret*. Grasset 1979, pp 38-40, p 113, p 316
- CROZIER. M, FRIEDBERG. E. *L'acteur et le système*. Editions du Seuil. Collection "points essais", 1977
- CUENDET, G et UHODA, G. *Management et mutation à l'hôpital*. Les éditions d'organisation, 2000
- DE FOUCAULD, JB et PIVETEAU, D. *Une société en quête de sens*. 1996. Editions O. JACOB, p 300



- DE SINGLY. *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Nathan, collection "Université", 1993, p 19
- DESREUMAUX, A. *Structures d'entreprise*, Vuibert, Collection "gestion", 1992, pp 293-294
- GENELOT, D. *Manager dans la complexité*. Editions INSEP, 1998
- GIRIN, J. "Table ronde d'introduction", colloque de l'ISEOR-FNEGE, *qualité et informations scientifiques en gestion*, 18-19 novembre 1986, pp 12-28
- JACOU, P et LUCAS, F. *Au cœur du changement : une autre démarche de management, la qualité totale*. Editions Dunod, collection "Les réalités de l'entreprise". 1995, pp 38-162
- LAMBERT, P. *Management ou les cinq secrets du développement*. Cercle du livre économique, 1968, p 18
- LE BŒUF, C et MUCCHIELLI, A. *Le projet d'entreprise. Comment le préparer, le réaliser et motiver votre personnel*. Les éditions ESF – Entreprise moderne d'éditions – Librairies techniques, collection "formation permanente en sciences humaines", 1987, p 8
- LE BŒUF, C et MUCCHIELLI, A. *Le projet d'entreprise*. Presses universitaires de France, collection "Que sais-je ?", 2<sup>ème</sup> édition 1992, p 69
- LETEURTRE, H et PERRET, F. *L'essentiel du management hospitalier*. Editions Berger Levrault, 2000
- MAHE DE BOIS LANDELLE, H. *Dictionnaire de gestion, Vocabulaire, concepts et outils*. Economica, collection "Techniques de gestion", 1998 – p 101.
- MENDRAS, H et FORSE, M. *Le changement social*. Editions Armand Colin, 1983
- MINTZBERG, H. *Le concept de stratégie : les 5 P de la stratégie*. California Management Review, vol 30, n° 1, pp 11-24
- MINTZBERG, H. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Les éditions d'organisation, Nouvelle édition 1998, p 47
- MORSAIN, M.A. *Dictionnaire du management stratégique*. Editions "Gestion Belin Sup". 2000, pp 107-108
- MUCCHIELLI, A. *Communion interne et management de crise. Avec Auto – Diagnostic pour les dirigeants*. Les éditions d'organisation, 1993, pp 22-23
- NIZARD, G. *L'hôpital en turbulence*. Editions Privat, 1994
- PAIRE, C. DUPONT, M. ESPER, C et MUZZIN, L. *Droit hospitalier établissements publics et privés*. Editions Dalloz, 2<sup>ème</sup> édition, 1999
- PICQ, T. *Le management par projet comme levier du changement organisationnel*. Septembre 1997, p 478
- RUSSO, JE et SCHOEMAKER, PJH. *Les chausse-trappes de la prise de décision*. Editions d'organisation, 1994.

- SAINSAULIEU. R, *L'identité au travail*. Paris, Editions Presses de Sciences Po, collection Références académiques, 1977
- SAINSAULIEU, R et OLLIVIER, B. *L'entreprise en débat*. Editions Presses de Science-Po, 2001
- SAULQUIN, JY. *Le manager face à la crise : à la recherche de l'efficacité dans les établissements de soins*. Actes du 8<sup>ème</sup> congrès de l'AGRH, GRH face à la crise : GRH en crise ? Septembre 1997, Montréal (Canada). pp 537-549
- TEBOUL, J. *La dynamique qualité*. Les éditions d'organisation, 1992
- THIETART, R.A. *La stratégie d'entreprise*. Mc Graw-Hill, 1984, p 1
- THIETART, R.A. *Le management*. Presses Universitaires de France, collection "Que sais-je". 1980, p 6

### **Les mémoires et thèses**

- BARBIER, M. *L'évaluation du personnel soignant*. Mémoire ENSP IG, 2000
- ERTEL, F. *La culture d'entreprise au service du management*. Maîtrise de sciences et techniques des organisations sanitaires et sociales. Université Paris IX Dauphine, 1994-1995
- GUILLEMAIN, E. *Etude des leviers et des freins à la mobilité interne dans le cadre d'une fusion inter-hospitalière*. Maîtrise de psychologie du travail, 1998-1999
- KRIEF, N. *Les pratiques stratégiques des organisations sanitaires et sociales du service public. Cas d'expérimentation*. Thèse de Doctorat de Sciences de Gestion. Université Lyon 2, 1999
- LOIZIC, MP. *Le projet de soins infirmiers dans sa contribution au projet d'établissement*. Mémoire ENSP IG, 1999
- VOSSART, R. *La démarche qualité, un choix stratégique pour l'hôpital*. Mémoire ENSP IG, 2000

### **Les revues**

- AFNOR, *Management de la qualité et assurance de la qualité : vocabulaire*, Editions AFNOR. Paris, 1994
- ANAES. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Direction de l'accréditation, Paris, février 1999

- CAHIERS de l'association nationale des IG. N° 2, janvier 2001, N° 3, juin 2001
- DECISION SANTE. N° 149, octobre 1999, N° 156, février 2000
- DEGOT, V. "Projets d'entreprise : évaluation d'un instrument de changement". Revue française de gestion, n° 68, mars, avril, mai 1988, pp 74-84
- GESTION HOSPITALIERE. N° 385, avril 1999. N° 399, octobre 2000
- OBJECTIF SOINS. N° 62, mars 1998, N° 60, décembre 2000, N° 86, mai 2000
- REVUE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES. N° 36, juin 2000
- REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE. N° 6, novembre, décembre 1999
- SCIENCES HUMAINES. N° 39, mai 1994
- TECHNOLOGIE ET SANTE. N° 38, septembre 1999

### **Les cours et les travaux non publiés**

- BOUFFAY, M (DSSI). *Projet de soins du service infirmiers*. CHI Poissy Saint-Germain, 2000-2003
- CALMES, G (Directeur). *Accréditation et qualité*. Dossier de synthèse. CHI Poissy Saint-Germain, 2001
- CREMADEZ, M et CAUVIN, M. *Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations hospitalières*. Recherche MIRE, 2000-2001
- DOUSTENS, R et DURAND, J. *La fonction de Direction*. Documents pédagogiques. ENSP 2001
- GUILLOU, M. *Stratégies et projet d'entreprise*. Documents pédagogiques. ENSP 2001
- LUCAS, A. Module GRH. *Synthèse du séminaire : "gens du public, gens du privé, à propos des rapprochements d'établissements"*. ENSP 2001. Avec la collaboration du Département MATISS, du groupe IMAGE, du groupe LAENNEC et de l'Université de Paris Dauphine
- ROUSSEL, P. *Gestion de la qualité*. Documents pédagogiques. ENSP 2001
- SCHWEYER, FX. *Sociologie de l'organisation hospitalière*. Documents pédagogiques. ENSP 2001

---

---

# **Annexes**

---

---

# ANNEXE 1 :

## Le guide d'entretien

**Sujet** : L'après fusion. La notion de pérennité, de durée ou de continuité du projet.

**L'hypothèse** : La fusion n'est pas une fin en soi. Que faut-il faire pour que ça fonctionne bien ? La mise en œuvre, par l'IG, d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins contribue à la pérennité d'une fusion. Elle repose sur un mode de management et la mise en place d'outils.

- 
1. Dans le projet d'une fusion, quelle est pour vous l'étape la plus importante ?
    - l'avant
    - le pendant Pourquoi ?
    - l'après
  2. A quel moment du projet peut-on parler de l'après fusion ? Par rapport à l'arrêté ?
    - 6 mois
    - 1 an Précisez pourquoi ?
    - 2 ans
  3. Pour vous, quels sont les éléments qui caractérisent une fusion réussie ?
  4. En quoi est-ce pertinent de s'interroger sur l'après fusion ?
  5. En quoi est-ce légitime de s'interroger sur la pérennité d'une fusion ?
  6. Quelles sont, pour vous, les projets ou les actions à mettre en œuvre pour que la nouvelle structure commune fonctionne bien ?
  7. Qu'est-ce qui, pour vous, peut mobiliser et fédérer une équipe soignante après la fusion ?

8. En cela, quel est votre rôle ?
9. Pensez-vous que la mise en œuvre par l'IG d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins soit un élément pour contribuer au bon fonctionnement de la fusion ? Pourquoi ?
10. Pour vous, quels seraient, dans ce projet, les outils les plus pertinents à mettre en place dans ce contexte de l'après fusion ?
11. A votre avis, cette démarche peut-elle contribuer à la pérennité de la fusion ? Pourquoi ?
12. Comment vous y prenez-vous ? Avec qui ?
13. Quelles sont, pour vous, les principales qualités d'un manager ? d'une DSSI ?

## **ANNEXE 2 :** **Le dossier technique**

### **Fiche technique type "Action à réaliser"**

Intitulé de référence et de l'action

■ **Les personnes :**

- Responsable du groupe : M. TRUC
- Participants : Mme DURAND, M. DUPONT...
- Personnes ressources : documentaliste
- Invités :

■ **Action(s) à réaliser :**

■ **Types de résultats attendus :** faire connaître et utiliser les différentes recommandations

- Bilan de l'existant
- Analyse des causes
- Résolutions des problèmes
- Mise en oeuvre

■ **Calendrier final :**

■ **Rapports d'étapes :**

■ **Validation par le comité de pilotage :**

■ **Echéancier dans la mise en oeuvre (calendrier prévisionnel) :**

■ **Incidence financière :**

■ **Suivi (indicateurs, mesure d'atteinte des objectifs) :**

Membre du comité de pilotage référent de l'équipe :

Validation par le comité de pilotage :

- **Echéancier dans la mise en œuvre** (calendrier prévisionnel) :
- **Incidence financière** :
- **Suivi** (indicateurs, mesure d'atteinte des objectifs) :

Membre du comité de pilotage référent de l'équipe :

### **Recommandations méthodologiques à l'attention des équipes référentes qualité**

- **Pour toute démarche de recueil de données ou d'état des lieux** :
  - recueillir les informations en englobant systématiquement les sites,
  - montrer les points de convergences et les points de divergences,
  - proposer des pistes de travail communes ou dissocier le calendrier de réalisation en fonction des divergences.
- **Pour toutes propositions, définir** :
  - le ou les objectifs à atteindre par l'établissement,
  - les moyens à mettre en œuvre,
  - le ou les circuits de réalisation,
  - le ou les unités test d'implantation,
  - le calendrier de réalisation,
  - ce qu'il faudrait suivre pour mesurer l'état d'avancement.
- **Utiliser les ressources internes de l'établissement** :
  - Toutes les idées sont bonnes à prendre, tous les agents sont producteurs d'idées. Quelle que soit leur fonction ou leurs responsabilités dans l'établissement, on doit chercher à les faire s'exprimer.
  - Il y a des ressources institutionnelles, des formations internes à prévoir ou prévues.
  - On peut avoir recours aux Docteurs X et Y pour tout ce qui a trait aux méthodes statistiques et à la mise en place d'études à partir de questionnaires.
  - Pour les ressources documentaires, Madame Z est la plus opérationnelle.
- **Estimer le temps** :
  - de réflexion avant l'action, définir un planning de travail, une méthodologie de rédaction, un temps de saisie informatique.



## **Questions à poser en Comité de Pilotage**

### Validation en comité de pilotage

- **Qui sollicite ensuite la participation des unités proposées, choisies, volontaires ?**
  
- **Sous quelle forme d'impulsion travaille-t-on ?**