



Directeur des Soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

**L'accompagnement des équipes soignantes
dans la période de post-délocalisation
d'un hôpital**

***NOUVEL HOPITAL
et CULTURE D'ETABLISSEMENT***

Myriam CHEVILLARD

Remerciements

Je souhaite remercier les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire lors d'entretiens ou d'échanges informels, en me donnant de leur temps et en partageant leur expérience professionnelle. Ma réflexion s'est renforcée au fur et à mesure des interventions dispensées à l'EHESP, des rencontres en stages et des communications tant avec les autres élèves qu'avec nos différents référents au cours de la formation. J'en suis reconnaissante à chacun.

J'adresse aussi de fervents remerciements à mes proches pour leur soutien tout au long de cette année particulière.

Sommaire

Introduction	1
I LA PERIODE DE POST-DELOCALISATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE.....	3
1 - Le questionnement.....	3
2 - Les hypothèses de travail.....	3
2. 1. Le concept de résistance au changement	3
2. 2. Le concept de culture d'établissement.....	5
3 - Le choix de la méthodologie	7
II L'ETUDE DES ENTRETIENS ET L'ANALYSE DES THEMES DEVELOPPES ..	9
1 - La préparation au changement de structure	9
2 - Le déroulement du déménagement	10
3 - Les attentes du personnel soignant	11
4 - L'accompagnement des équipes	13
5 - La culture d'établissement	15
RETOUR sur la PROBLEMATIQUE et les HYPOTHESES de TRAVAIL	18
III LES PRECONISATIONS.....	19
1 - Le suivi des organisations de soins.....	19
2 - La politique de gestion des ressources humaines	21
2. 1. Les enjeux de la politique des ressources humaines	21
2. 2. La formation du personnel	21
2. 3. Les conditions de travail et la satisfaction des soignants	22
2. 4. L'accompagnement des équipes	23
3 - Le management des cadres	24

4 - Le positionnement du Directeur des soins	26
4. 1. Les différentes dimensions de la fonction de Directeur des soins.....	26
4. 2. L'évaluation de la situation	27
4. 3. Des projets mobilisateurs	27
5 - La communication	28
6 - L'adaptation au changement et la culture d'établissement	30
6. 1. L'accompagnement au changement	30
6. 2. La culture à l'hôpital.....	31
Conclusion	33
Bibliographie.....	35
Liste des annexes.....	I
ANNEXE 1 : La grille d'entretien.....	I
ANNEXE 2 : La grille d'analyse d'entretien	I
ANNEXE 3 : La liste des personnes rencontrées lors des entretiens	I
ANNEXE 4 : Les choix fondamentaux qui conditionnent les organisations dans un nouvel hôpital	I
ANNEXE 5 : Les enjeux de la politique de ressources humaines et de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC)	I
ANNEXE 6 : Les principes de management participatif de Dominique Genelot dans ses théories sur le management dans la complexité	I
ANNEXE 7 : La préface du livret de photographies de l'ancien site (établissement A) intitulé : <i>Traces – Instants de vie à l'hôpital XXX</i>	I
ANNEXE 8 : La conduite du changement appliquée à l'organisation polaire selon JP. KOTTER... I	I

Liste des sigles utilisés

AS : Aide - soignant
ASH : Agent des services hospitaliers
AT : Accident du travail
CA : Conseil d'administration
CE : Comité d'entreprise
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales
CS : Cadre de santé
CSIRMT : Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSS : Cadre supérieur de santé
CTE : Conseil technique d'établissement
DCS : Direction centrale des soins
DRH : Direction des ressources humaines
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
EFS : Etablissement français du sang
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FME : Femme mère enfant
GPEC : Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences
HAS : Haute autorité de santé
IBODE : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
MeaH : Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers
MAINH : Mission d'appui à l'investissement national hospitalier
PDE : Puéricultrice diplômée d'Etat
RH : Ressources humaines
RTT : Réduction du temps de travail
SICS : Service infirmier de compensation et de suppléance
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A : Tarification à l'activité
TAL : Transports automatisés lourds
USIC : Unité de soins intensifs de cardiologie
VAE : Validation des acquis et de l'expérience

Introduction

En 2002, le gouvernement a présenté un plan de modernisation nommé Hôpital 2007. Plusieurs mesures ont ainsi été annoncées : renforcement du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), tarification à l'activité (T2A), Nouvelle Gouvernance. Le dernier axe du plan concernait la relance de l'investissement hospitalier. De nombreux hôpitaux sont donc dans des phases de renouveau architectural ou le seront dans les prochaines années car le plan 2012, annoncé en février 2007, reprend cette priorité. L'objectif est de répondre au retard, de construire l'hôpital moderne capable de faire face aux défis de l'avenir et de faciliter la recomposition de l'offre de soins ; ceci dans le contexte actuel de rationalisation des moyens.

La délocalisation d'un établissement avec déménagement sur un nouveau site, contexte de ma future affectation, est un évènement rare dans une carrière professionnelle et surtout une opportunité exceptionnelle pour un Directeur des soins d'optimiser la prise en charge du patient. Les enjeux sont la mise en place d'une gestion efficiente des soins et la poursuite de la démarche d'amélioration de la qualité des soins, renforcée et parfois initialisée par la démarche d'accréditation - certification des établissements de santé.

La délocalisation implique des changements de pratiques professionnelles pour les soignants du fait de nouvelles organisations, de la mise aux normes, de nouvelles technologies, de l'automatisation de fonctions logistiques, de la disposition des locaux ou encore de nouvelles procédures. Cette situation suppose donc de la part du personnel des capacités d'adaptation et le développement de compétences, particulièrement en cas de changement d'affectation ou lors de la mise en place de nouvelles activités.

Dans les faits, à la lecture de témoignages ou à travers des échanges avec les professionnels, il semble que des difficultés apparaissent après l'installation dans de nouveaux locaux. Des problèmes sont rencontrés en termes d'organisation, de flux de patients ou de matériels et de conditions de travail. La préparation du projet sur plusieurs années et la période de déménagement sont généralement bien anticipées, mais après celui-ci, l'évaluation des écarts entre la prévision, la réalité et les attentes des équipes soignantes est rarement réalisée et donc prise en compte en temps voulu.

On constate parfois que le pilotage du projet n'a pas intégré les attentes des différents acteurs, professionnels de santé et usagers. L'absence d'anticipation pour certaines options déterminantes en lien avec le processus de prise en charge des patients et les interfaces avec les fonctions logistiques, a généré des dysfonctionnements à l'ouverture de l'hôpital.

En conséquence, l'intégration dans les nouveaux locaux a eu un impact négatif sur la motivation et l'implication au travail des soignants et entraîné l'augmentation de l'absentéisme.

Le personnel déplacé éprouve à la fois de l'inquiétude et de l'attrait pour le nouveau site. Il possède généralement une forte notion d'appartenance à son établissement où s'est développée une culture hospitalière remise en cause par le changement.

Par ailleurs, le nouvel hôpital est aussi source d'attractivité et nécessite généralement le recrutement de nouveaux personnels.

Après ces premiers constats, je souhaiterais étudier la pertinence pour le Directeur des soins de prolonger sa réflexion et de s'intéresser à la période particulière et non négligeable des suites de l'emménagement sur un nouveau site.

En termes de gestion des ressources humaines, le Directeur des soins se doit d'avoir une approche GPEC (Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences) afin de développer les compétences de l'ensemble des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques, avant et après le changement.

De plus, dans ma conception des missions du Directeur des Soins, celui-ci gère les personnels soignants en lien avec la Direction des Ressources Humaines (DRH) avec efficacité, tout en ayant la volonté d'améliorer ou de préserver les conditions de travail et la satisfaction professionnelle des agents.

Un autre intérêt qui incite à ne pas sous-estimer l'importance des bouleversements occasionnés par le changement est le fait que la responsabilité du Directeur des soins est engagée en ce qui concerne la gestion des risques professionnels et les risques encourus par le patient en cas de non-qualité des soins.

De plus, il se doit d'évaluer l'après-délocalisation et son impact sur le projet de soins afin de le réajuster et d'offrir de nouveaux repères aux équipes.

Enfin, le Directeur des soins va être amené à ajuster son positionnement du fait des missions et des domaines de responsabilité illustrés précédemment et décrits dans l'article 4 du décret n°2002-550 du 19 avril 2002, à savoir :

Art. 4-1 Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement

Art. 4-2 Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité

Art. 4-3 Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins

Art. 4-6 : Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques.

Par délégation du chef d'établissement, il a autorité sur l'ensemble des cadres de santé.

I LA PERIODE DE POST-DELOCALISATION D'UN ETABLISSEMENT DE SANTE

1 - Le questionnement

Après avoir choisi un thème de réflexion puis établi des constats étayés par des lectures et des témoignages, je me suis interrogée à partir de la question suivante :

En quoi la période de post-délocalisation est-elle une phase stratégique à prendre en compte par le Directeur des soins ?

2 - Les hypothèses de travail

Mon objectif est de comprendre les logiques qui déterminent les comportements d'acteurs lors de la phase de post-délocalisation d'un établissement, puis d'établir les liens entre les logiques et les stratégies adoptées afin de définir les éléments favorables à la réussite finale du projet et les orientations déterminantes de la stratégie du Directeur des soins.

Au travers de l'enquête, je tenterai d'analyser la validité des hypothèses suivantes :

- Il y a un risque d'inadéquation entre les nouvelles organisations du travail et les résultats attendus en termes de sécurité et de qualité des soins pour le patient.
- Les soignants ont des attentes communes vis-à-vis de la délocalisation et leur prise en compte a une influence favorable sur la réussite du projet (en termes de comportements et de coopérations)
- La refonte des équipes et l'arrivée de nouveaux agents nécessitent de la Direction des soins un accompagnement vers une nouvelle culture d'établissement commune.

Avant d'explorer ces hypothèses de travail, je souhaiterais clarifier deux concepts qui sont en filigrane dans toute cette étude, à savoir la résistance au changement et la notion de culture d'établissement.

2. 1. Le concept de résistance au changement

Comme l'analyse Jean-François CLAUDE¹, « le changement entraîne la perte des repères alors que ces repères sont justement nécessaires pour donner du sens au changement et ainsi favoriser pour le salarié le développement du sentiment d'appartenance à une structure qui sera différenciée d'une autre ».

¹ CLAUDE JF., 2003, *Le management par les valeurs, l'appartenance à l'entreprise*, Paris : Liaisons, p.11

Il faut rappeler que le changement peut être source d'une altération ou d'une amélioration. Si l'on associe le changement à la modernisation qui est un des objectifs des constructions hospitalières, il est donc une source d'opportunités qu'il convient de saisir ou de permettre aux acteurs de s'en saisir.

Par ailleurs, le changement semble devenir permanent, selon P. Drucker dans *L'avenir du management* : « Le changement serait devenu la norme et la stabilité l'exception ». Donc, en tant que donnée objective de l'environnement, il nous appartient d'intégrer le changement dans notre pratique professionnelle. On distingue quatre étapes dans tout processus de changement : le choc, l'incrédulité, le rejet et la prise de conscience. A la fin du processus, les acteurs ont généralement réaménagé leur vision du monde et d'eux-mêmes.

Mais le processus peut parfois se bloquer et les acteurs sont alors incapables de redéfinir la situation. Ils s'accrochent au passé et ont recours à des manœuvres défensives : le déni du problème, le refoulement, l'évitement. Les principales raisons qui les poussent à résister au changement sont de nature psychologique ou économique. Parmi les motifs psychologiques, on distingue la peur de l'inconnu, la crainte de perdre ce que l'on possède, la remise en cause des compétences ou l'instabilité.

La résistance au changement a des manifestations ou des comportements passifs et attentistes ou plus violents, individuels ou collectifs, sous forme d'absentéisme, de mobilités de postes, de pétitions ou de conflits sociaux.

Pour être en mesure d'anticiper le changement, il est essentiel de connaître les facteurs de risque et en particulier les causes du frein au changement. Outre les causes individuelles (modifications des repères temporels, spatiaux, émotionnels, comportementaux et remise en cause de son activité), la résistance au changement est souvent intimement liée à des causes plus globales, structurelles et conjoncturelles (conditions de travail, organisation fonctionnelle) ou bien collectives (remise en question des valeurs communes, de la culture d'entreprise et des acquis). Ainsi, les habitudes développées par les acteurs sont source de résistances importantes.

Il faut reconnaître aussi que la difficulté à mettre en place les adaptations dues au contexte réglementaire, à la concurrence, aux nouvelles technologies ou à l'insécurité amène les dirigeants à émettre une explication rapide : « c'est de la résistance au changement ». Une formule devenue un viatique. Une explication-clé renvoyant les individus à leurs difficultés avec le changement.

Ainsi, la résistance au changement peut correspondre à une réalité, mais le terme est souvent utilisé à tort. Aussi faut-il revenir au concept hérité de la sociologie des organisations, M. Crozier par exemple, la lie aux marges d'incertitudes et aux jeux d'acteurs, aboutissant à des organisations bloquées.

2. 2. Le concept de culture d'établissement

2. 2. 1 Le concept d'identité professionnelle

Le concept décrit par Renaud de Sainsaulieu, construit l'identité individuelle dans les rapports de travail collectifs. Pour Norbert Alter, il s'agit de comprendre comment chaque groupe d'acteurs conçoit son travail, son métier, son rôle, sa mission et de saisir en même temps l'image qu'il renvoie aux autres. La construction de l'identité relève d'un processus complexe d'identification et de différenciation. La disparition du service de soins au bénéfice du pôle d'activités remet en cause la construction et la structuration de l'identité professionnelle, la place et le rôle de chaque acteur au bénéfice du collectif de la structure hospitalière. Cette difficulté de positionnement est observée dans chaque catégorie professionnelle d'autant plus que les nouvelles logiques de fonctionnement sont établies sur la transversalité, la transparence, la pluridisciplinarité, la mutualisation, la responsabilité et la performance. La notion de cœur de métier se globalise et s'étend à l'ensemble des acteurs de la prise en charge dans le parcours du patient à l'hôpital.

2. 2. 2 La notion de culture d'entreprise

Le cadre de référence de la culture d'entreprise est établi par la notion de rationalité élargie de H.A. Simon et M. Crozier et la mise en valeur des sous-cultures d'entreprise décrites par A. Sainsaulieu.

Selon J. Michel Morin, l'entreprise est constituée à partir d'un réseau d'acteurs multiples. Elle peut être considérée comme un tout, une entité : économique, juridique, sociale, culturelle. L'hôpital est considéré comme une entreprise au sens sociologique du terme. Chaque décennie (années 60, 70, 80) a apporté une dimension supplémentaire à la représentation de l'entreprise : la stratégie d'entreprise (sa finalité, sa mission, ses buts), la structure de l'entreprise (son organisation et sa coordination internes), la culture d'entreprise (les croyances, les valeurs communes, les identités au travail donnant une « âme » au tout)².

Le phénomène de culture d'entreprise a longtemps été occulté. L'intérêt est venu de ce que les stratégies les plus cohérentes et les structures les plus cohésives sont parfois tenues en échec par une cause résiduelle obscure, souvent baptisée « résistance au changement ». Ce résidu a été renommé de manière plus neutre « culture d'entreprise ». Cette culture est faite des mentalités, des mœurs, des croyances qui caractérisent les membres d'une même entreprise. Elle constitue aussi bien une faiblesse qu'une force pour l'entreprise.

² MORIN JM., 1999, *Sociologie de l'entreprise*, Paris : Que sais-je ?, Presses Universitaires de France

La politique générale d'entreprise devient l'art de rendre compatible les trois facettes stratégie/structure/culture. Cela ne va pas de soi car chaque élément a sa dynamique propre : la stratégie part des acteurs et peut se reformuler rapidement, la structure caractérise l'entreprise et présente une certaine inertie, la culture évolue lentement et a des conséquences hors du cadre de l'entreprise.

Selon Maurice Thévenet, on relève plusieurs paradoxes dans le concept de culture d'entreprise. Le paradoxe du succès, évoquant un concept positif, valorisant (projet d'entreprise, système de valeurs) même si parfois un peu vague. Le paradoxe de la mode, ce qui lui dénie toute pertinence et raison d'être. Il s'agit donc d'un concept qui intéresse ou qui irrite. Un autre paradoxe est celui du management qui est confronté à une problématique majeure qui est le changement. Le jour où les entreprises ne savent plus ce que sont leurs activités et leurs structures futures, elles s'interrogent sur ce qui évoque la pérennité, l'absence ou la lenteur du changement : la culture de l'entreprise³.

2. 2. 3 La culture à l'hôpital

On remarque qu'il coexiste au sein d'un établissement public de santé une logique de service public et une logique d'entreprise.

Jusqu'à présent, la culture dominante était la culture de service qui supplantait la culture hospitalière. Ceci exprimait un cloisonnement renforcé par des cultures corporatistes auxquelles s'ajoutait un fort sentiment d'appartenance. Comme l'a décrit H. Mintzberg, l'hôpital est une bureaucratie professionnelle, mais il est en passation de devenir une organisation en pôles avec un partage et un transfert, des dirigeants vers les médecins.

La culture d'établissement peut être perçue selon les trois niveaux liés entre eux décrits par Edgar H. Shein : les postulats fondamentaux (les croyances sur les relations entre l'homme et l'environnement), les valeurs (les idéologies et les voies pour y parvenir), les artefacts (la langue, la technologie et l'organisation sociale).

On retrouve à l'hôpital les deux propriétés de la culture qui sont l'adaptation de l'organisation à l'environnement externe et l'intégration interne. Les groupes déterminent les critères pour l'acquisition et la distribution du pouvoir, les règles et les relations entre les membres et l'idéologie donne sens aux événements organisationnels. Par ailleurs, le groupe produit un ensemble de signes et de caractéristiques propres qui est un code de reconnaissance et d'identification au groupe. Les notions de culture et d'identité se réfèrent alors à deux niveaux fondamentaux de la vie du groupe. S'il est possible d'aménager une culture, il est en revanche impossible de conduire une entreprise opposée à son identité.

³ THEVENET M., 1993, *La culture d'entreprise*, Paris : Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, p. 4-6

Ainsi dans le cadre d'une délocalisation d'établissement, les notions de culture et d'identité doivent être prises en considération, notamment lors de la phase d'intégration sur le nouveau site pour mieux gérer les changements. La littérature analyse l'impact des restructurations sur les trajectoires et les identités professionnelles « comme un coût social caché ».

3 - Le choix de la méthodologie

➤ La recherche documentaire

Comme pour tout projet d'étude, j'ai entrepris une recherche bibliographique afin de préciser la problématique, d'argumenter sa pertinence et de prendre connaissance d'autres écrits sur des thèmes similaires. Je me suis ainsi appropriée des constats, des remarques, des outils et des analyses de professionnels ou de spécialistes particulièrement sur les thèmes suivants : la délocalisation d'un établissement de santé, la restructuration, la sociologie du monde du travail, le management hospitalier, la satisfaction des soignants au travail, la résistance au changement, la culture d'entreprise.

➤ La réalisation d'entretiens semi-directifs

J'ai tout d'abord mené deux entretiens exploratoires avec prise de notes uniquement :

- un entretien auprès du Directeur de l'établissement où j'effectuais mon premier stage du fait de son expérience en restructurations hospitalières et parce qu'il venait de participer à la délocalisation du pôle d'activité médicale que j'allais étudier.
- un entretien auprès d'une élève Directeur des soins de retour d'un stage dans un hôpital délocalisé six mois auparavant et où persistaient des conflits sociaux.

J'ai choisi de mener des entretiens semi-directifs qui favorisent une expression plus libre, tout en respectant le cadre de référence et le langage des personnes interviewées. Chaque entretien a été enregistré afin d'être disponible à l'échange et plus exhaustif dans la retranscription. J'ai élaboré une grille d'entretien de six questions principales, plus une question de présentation de l'interviewé et une question pour des précisions supplémentaires si besoin (cf. Annexe 1).

Puis, j'ai retranscrit mes entretiens à l'aide d'une grille d'analyse (cf. Annexe 2).

La durée moyenne des entretiens réalisés est de 50 mn (de 40 mn à 1h10). Chacun a été mené sur rendez-vous dans le bureau de la personne interrogée. Les entretiens se sont déroulés cordialement et j'ai toujours été bien accueillie.

➤ Le choix des lieux d'enquête

Afin de mieux appréhender mon sujet, j'ai enquêté dans deux établissements.

- L'établissement A appartient à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) et déménageait en mars 2008. Il s'agissait de déplacer le pôle Femme Mère Enfant (FME) d'un groupement hospitalier dans un nouveau bâtiment sur un autre site non loin. La nouvelle structure accueillait aussi les services d'un établissement pédiatrique plus éloigné qui fermait. L'hôpital A devient la référence FME de l'agglomération avec environ mille lits organisés en deux pôles. Il représente environ 2000 agents.

Lors de mon premier stage en mars, j'ai rencontré des membres de l'encadrement et nous avons convenu que je les recontacterais deux mois après le déménagement.

En mars, j'ai rencontré le Coordonnateur Central des soins du CHU car il avait participé à l'équipe-projet du nouvel hôpital pendant sept ans.

Puis, je suis revenue fin mai-début juin afin de m'entretenir avec :

- Le Directeur des soins en poste depuis six mois
- Un Cadre Supérieur de Santé (CSS) qui était cadre assistant de pôle sur l'ancien site et en mission transversale actuellement
- Un des deux Cadres de Santé (CS) de la réanimation pédiatrique

- L'établissement B est un établissement pivot départemental de 900 lits (dont 450 lits de MCO) composé de sept sites, en milieu rural et situé à 200 kms du CHU de référence. Le centre hospitalier a vécu en avril 2003 un important tournant de son histoire en inaugurant un nouvel hôpital. Il a expérimenté très tôt la Nouvelle Gouvernance et sa conception architecturale tenait compte de l'organisation en pôles d'activité médicale.

A l'occasion de mon second stage, j'ai rencontré plusieurs membres de l'encadrement présents en 2003 :

- Le Coordonnateur général des soins
- Trois CSS en fonction de cadre assistant de pôle
- Un CSS en mission transversale
- Le CS de l'USIC (Unité de Soins Intensifs de Cardiologie)

ainsi que le médecin du travail qui a accompagné le changement en grande proximité avec l'ensemble du personnel.

Je souhaite préciser que mon propos n'est pas de travailler sur la fusion d'établissements qui représente une problématique à part entière.

Je vais donc m'appuyer sur la recherche documentaire effectuée et sur les treize entretiens réalisés (liste des personnes rencontrées cf. Annexe 3) pour mettre en exergue ce qui me paraît être des enseignements pertinents et judicieux pour le Directeur des soins, lors de la période de post-délocalisation d'un établissement sur un nouveau site.

II L'ETUDE DES ENTRETIENS ET L'ANALYSE DES THEMES DEVELOPPES

1 - La préparation au changement de structure

Dans les deux structures étudiées, la Direction des soins a occupé une place décisive dans la préparation du projet, que ce soit dans le choix du cabinet d'architecte, lors des réflexions avec les services de la logistique et des travaux ou lors de l'établissement des cahiers des charges à l'intention d'organismes extérieurs.

- **L'établissement A** avait mis en place des réunions de préparation médicales et paramédicales en changeant à chaque fois de lieu de réunion, jusqu'aux dernières réalisées dans les nouveaux locaux, afin de travailler sur les organisations de soins et les résistances. Pour le Coordonnateur Central des soins du CHU en charge de ce projet pendant sept ans avant sa nouvelle nomination six mois avant le déménagement, son travail était centré sur l'anticipation des affectations, de la formation, des échanges inter services entre professionnels et des offres de stage pour les étudiants.

La Coordinatrice des soins actuelle de l'établissement A a donc été nommée sur le poste six mois avant le déménagement. Du fait des délais, elle s'est essentiellement concentrée sur l'accompagnement social des agents et leur affectation. Il lui fallait sécuriser certaines pratiques professionnelles et de nouvelles organisations, telles que les urgences vitales (mamans et enfants), le brancardage centralisé et le Service Infirmier de Compensation et de Suppléance (SICS). Elle a essentiellement travaillé avec les CSS.

- Dans **l'établissement B**, une infirmière (IDE) ayant une formation en ergonomie a été détachée sur le projet. Elle a organisé des visites tout au long du chantier, jour et nuit, pour les équipes. Les agents ont pris connaissance au fur et à mesure des locaux, des couleurs, des mobiliers et des futures organisations sur place. Il s'agissait de lever tous les facteurs d'angoisse possibles. Le personnel a été beaucoup associé à la préparation et sollicité par les comités de pilotage et au sein des groupes de travail.

La décision d'organisations centralisées (bio nettoyage, brancardage) a été prise ainsi que le choix d'une liaison froide en cuisine et de l'utilisation de barquettes avec opercule directement remises aux patients. Par contre, il n'y a pas eu d'expérimentations des nouvelles organisations en soins ou logistiques sur l'ancien site. Plusieurs groupes de soignants ont travaillé à harmoniser leurs pratiques professionnelles du fait de regroupement de services en pôles et du regroupement des trois blocs opératoires.

Du fait du changement d'organisation de la pharmacie, des IDE et des préparateurs en pharmacie sont venus installer les modules et les armoires avant le transfert.

Un CS suggère qu'une visite pré-transfert soit obligatoire pour chaque agent. L'adaptation et l'appropriation après le déménagement sont à la mesure de l'investissement mis avant celui-ci.

Le médecin du travail et un CSS soulignent qu'il faut solliciter davantage les utilisateurs sur le choix du matériel et moins se laisser influencer par les commerciaux prêts à toutes les omissions pour vendre leurs produits, comme cela s'est révélé ultérieurement.

Le médecin du travail constate l'investissement très important des CS avant, pendant et après le déménagement. Un CS explique comment naturellement le personnel essaie de remettre l'organisation précédente et l'énergie qu'il faut développer pour convaincre et aider à imaginer et à se projeter dans d'autres fonctionnements.

- La **communication** est considérée par chacun comme essentielle et a été abordée différemment et parfois de façon très originale par chaque établissement. Elle sera détaillée dans le chapitre sur les préconisations. L'accompagnement des équipes avant le transfert est très important et déterminante pour la période de post-délocalisation. Ainsi, l'hôpital B a informé sur l'avancée des travaux par des rencontres et des réunions accessibles à tous, des expositions de photographies et dans le journal interne du personnel. En fin de chantier, la Direction a organisé des journées portes ouvertes à l'intention des élus et des professionnels libéraux de ville, à l'intention du public des communes avoisinantes et une journée spécifique pour le personnel et leur famille.

2 - Le déroulement du déménagement

Chaque établissement, pour des motifs différents, évoque une période difficile pendant le déménagement et dans les premières semaines qui suivent.

« L'installation est chaotique et on ne peut tout mettre en place rapidement comme on le souhaiterait » précise un CSS, qui se souvient avoir eu son petit marteau personnel dans sa poche.

- **L'établissement A** a maintenu l'effectif renforcé dans les services de pédiatrie pendant la période hivernale, durant la période du transfert. Par contre, le déménagement s'est produit en plusieurs temps. Les agents de la structure qui intégrait le CHU ont d'abord déménagé sur l'ancien site du CHU pendant quelques semaines. Ainsi, des agents des deux structures ont pu venir installer les nouveaux locaux. Tout ceci s'est déroulé en fin d'hiver qui est la plus lourde période en pédiatrie. Un CSS félicite le mérite des soignants et leur engagement et affirme qu'il faut leur faire confiance.

- **L'établissement B** a déménagé à la fin du printemps 2003 et a été confronté à l'importante canicule de l'été. Il a rencontré des difficultés car une façade est orientée plein sud et les travaux d'équipements des fenêtres étaient prévus l'année suivante, sans compter la climatisation (air refroidi) qui a été difficile à régler.

La Direction des soins qui était tenue informée par les CSS assistants de pôle et les CS a reçu des plaintes dès le premier jour. Souvent, il a suffi d'actions de réconfort et de communication pour résoudre des difficultés telles que l'hébergement des patients de chirurgie digestive en orthopédie ou le sentiment d'isolement des équipes de nuit. Un CSS évoque comme mauvais souvenirs les gravats retrouvés et la non-fermeture automatique des portes qui a permis que l'on retrouve du public jusque dans le bloc.

Le médecin du travail estime que son bureau a été « le musée des pleurs pendant deux mois car beaucoup d'agents étaient paumés ». Elle a été beaucoup sollicitée par le CHSCT. Le premier problème important a été la signalétique et il mettra deux ans à être résolu, chaque service ayant affiché des indications entre-temps pour orienter le personnel et les patients.

- Le médecin du travail me fera surtout part des difficultés rencontrées par les **agents non soignants**, dont les pratiques étaient complètement révolutionnées par le nouveau matériel sophistiqué et l'organisation des locaux. Un cuisinier a été en arrêt de travail pendant huit mois. De nombreux métiers techniques et logistiques sont assurés par des agents dont la formation de base est complétée par l'expérience sur le terrain. Il faut savoir les encourager tout en valorisant leurs nouveaux apprentissages et mettre en place des référents pour accompagner les changements dans la durée.

- En ce qui concerne le **déménagement** lui-même, dans les deux établissements et malgré les appréhensions, il s'est très bien déroulé à l'aide de sociétés spécialisées. Tout le personnel était mobilisé et avait une interdiction d'absence en congés programmés.

- Dans l'établissement B, le déménagement s'est déroulé sur cinq semaines avec des services en doublon sur les deux sites (urgences, radiologie, bloc). Les services déplacés en dernier de l'ancien site témoignent d'une période sombre et d'un sentiment d'abandon dans des locaux vides, cadenassés et sinistres.

L'IDE référente des CS pendant le déménagement pouvait être sollicitée à tout moment, apportant toujours une réponse concrète et immédiate sur les cadencements, les approvisionnements, les gardes médicales, le calendrier des installations ...

3 - Les attentes du personnel soignant

- Dans l'**établissement A** appartenant à un CHU multi-sites, les agents de tous les sites ont été interrogés sur leur souhait de changement d'affectation. La charte sociale du CHU prévoit des ordres de priorité et la prépondérance du choix de l'agent. Ceci a permis à chacun de gérer le changement au plus près de ses convenances. Dans les faits, les agents qui dépendaient déjà du CHU s'éloignaient peu de l'ancien site, mais les agents de la structure qui intégrait le CHU se déplaçaient à l'opposé de la ville. Pour ces derniers, les attentes étaient essentiellement des **craintes** en termes de conditions de

travail. La structure de pédiatrie précédente était petite, chacun avait beaucoup d'autonomie et l'organisation du travail était très personnalisée.

Pour l'établissement A, la crèche du groupement hospitalier a été maintenue avec augmentation des places au prorata du nombre d'agents de chacun des trois hôpitaux du site. La structure qui rejoignait le CHU n'avait pas de crèche et les agents ont donc perçu un avantage. Dans le nouvel hôpital, le choix de travailler en 12h00 par poste de travail a été retenu pour tous. Ce fonctionnement était attendu ou redouté selon les agents.

Sur cet établissement, le taux d'absentéisme pour les trois mois de post-délocalisation montre une diminution de ce dernier par rapport aux années précédentes. Néanmoins, le CS de réanimation pédiatrique m'a signalé quatre arrêts maladie IDE dus en partie au stress causé par plusieurs décès inhabituels jusqu'à l'arrivée de certaines spécialités dans le service, ainsi que la demande de changement de service de trois IDE.

- Dans **l'établissement B**, les agents de tous les sites ont été interrogés sur leurs attentes et leur désir de changement sur le nouvel hôpital. Dans les faits, il n'y a eu qu'une seule fusion d'équipes et le recrutement habituel a été observé. Le changement se faisait à effectifs constants. Il n'y avait pas de problème de parking précédemment et il a fallu agrandir celui du nouveau site dans un second temps. Le même problème d'insuffisance a été rencontré pour les vestiaires du personnel. A l'époque, il n'y a pas eu de besoins recensés justifiant la création d'une crèche du personnel.

Dans cette structure, les CSS et les CS confirment que le nouvel hôpital avait créé une émulation positive et beaucoup d'espérance dans le fait de travailler dans des locaux neufs, colorés, propres, lumineux, isolés phonétiquement, aérés, confortables et spacieux. De meilleures conditions de travail étaient attendues. Par contre, des agents pensaient que les horaires ou les plannings changeraient ; ce qui n'a pas été le cas.

Le médecin du travail souligne que les agents ont gagné en qualité de vie, par exemple par un accès facilité au self : locaux, distance, qualité des repas, horaires.

En ce qui concerne les arrêts de travail, un CSS de l'établissement B fait remarquer que ceux prévus pendant la période de post-délocalisation, du fait de la fatigue physique, de l'adaptation au changement ou de déceptions, ne se sont pas concrétisés. En fait, le contrecoup physique et moral s'est fait ressentir un an après.

Ainsi, les attentes du personnel concernent généralement l'amélioration de leurs conditions de travail ou tout au moins de ne pas perdre leurs avantages. En conséquence, les IDE de l'établissement A ont été fort déçus de constater que la pharmacie n'était pas encore informatisée contrairement à l'établissement qu'ils quittaient.

La majorité des personnes rencontrées précisent que les agents attendaient aussi une évolution du projet de service, du projet de soins et une nouvelle dynamique professionnelle.

4 - L'accompagnement des équipes

- Pour la Coordinatrice des soins de l'**établissement A**, « les équipes fonctionnent bien quand il y a un vrai projet médical et paramédical ». Elle fait part « d'injonctions paradoxales » pour les CS et la Direction des soins. Il lui faut favoriser le travail en pôles, ne pas s'immiscer dans les organisations et par ailleurs les CS font part d'un sentiment d'abandon. Trois mois après le déménagement, elle préfère rester en retrait et créer des liens avec les CSS, quand ils acceptent de se rendre disponibles.

- Les services qui ont des motifs particuliers de satisfaction sont **les services normés** (la réanimation, les soins intensifs, la dialyse, la néonatalogie ...) dont le renouvellement d'agrément lors de l'ouverture d'un hôpital, exige le respect des normes de fonctionnement en termes d'effectifs et de locaux. Ces équipes sont donc généralement peu revendicatrices. Dans l'établissement A, j'ai rencontré un CS de la réanimation pédiatrique qui gère vingt-trois lits et plus de soixante IDE dont vingt nouveaux agents dans le service. En accord avec l'équipe, elle a continué à planifier la présence des soignants selon l'ancien décret législatif, soit selon le fonctionnement sur l'ancien site (deux IDE présentes pour cinq enfants au lieu de quatre). Ceci lui a permis de faciliter le repos du personnel, mais surtout de rendre le personnel disponible pour les réunions d'organisation et la formation aux nouvelles disciplines accueillies. En effet, le CS avait organisé avant le transfert, des échanges de soignants avec des grilles d'observations ciblées. Elles ont permis un enrichissement mutuel sur les pratiques de chacun, de faire des compromis et de prendre des décisions sur le choix d'utilisation de tel ou tel matériel. Malgré cette préparation en amont, une fois que chacun a commencé à s'approprier les locaux et à prendre ses marques, des conflits et des disparités sont survenus entre ce qui était convenu et ce qui était mis en place. D'où, la nécessité d'attention constante du CS pour réunir les personnels, décider ou faire arbitrer en obtenant un consensus médical. Pour le CS, les pratiques médicales se sont harmonisées plus vite que prévu grâce à l'implication des équipes soignantes.

- Dans cette structure, l'équipe **transport** bien formatée aux besoins de l'hôpital FME a dû être rapidement réajustée du fait de tensions dans l'organisation car de nombreux déplacements s'étaient développés avec les deux autres hôpitaux du site.

- **L'établissement B** en 2003 était précurseur sur la conception en pôles d'activité. Une assistance réalisée par une société extérieure avait été mise en place pour les CSS et les CS avant le déménagement et les mois suivants. Il s'agissait d'**une formation-accompagnement** sur la mise en œuvre de la Nouvelle Gouvernance. Elle a permis l'acquisition d'une culture commune, la création des instances du pôle et une approche de la fonction de CSS assistant de pôle. Elle a favorisé la réflexion sur les nouvelles

organisations, proposé de la méthodologie et permis d'anticiper les différents parcours de patients et flux d'activités.

La Direction des soins de l'établissement B avait mis en place des réunions hebdomadaires avec les CSS et fait rappeler sa disponibilité pour chacun. Ceci permettait un reporting sur des dysfonctionnements pouvant être résolus rapidement ou relayés et appuyés auprès des services concernés. L'amélioration de nombreuses petites gênes au quotidien était très importante pour faciliter l'adhésion.

Pendant environ deux mois après la délocalisation, les CS se sont réunis chaque jour, soit entre eux, soit avec les services logistiques, soit avec leurs équipes. Les échanges portaient des questions, des appréhensions et des angoisses de chacun.

J'ai rencontré des CSS très enthousiastes et prêts à revivre un tel événement. Une CSS a insisté sur son rôle pour entraîner, dynamiser les CS et « booster » les équipes. Elle avait une bonne entente avec le Responsable médical de pôle et ils avaient organisé un carnet de route. Pour elle, la résistance s'est exprimée à des moments précis, comme lors de la **mutualisation** des personnels. A force de persuasion et d'expérimentations, toutes les catégories professionnelles en ont perçu l'intérêt, en termes de repos ou de congés et d'acquisition de compétences professionnelles supplémentaires.

- Les **ASH** avaient été préparées à la nouvelle organisation centralisée du bio nettoyage qu'elles réclamaient pour faire cesser les glissements de tâches. Elles ont été affectées par pôle. Dans les faits, elles ont très mal vécu d'être éloignées des soins, de ne plus appartenir à une équipe soignante et d'être gérées dans un second temps par la Direction de la logistique. La Direction des soins a mis en place une formation animée par un CSS afin d'amener les ASH à réfléchir sur leurs valeurs, sur une meilleure reconnaissance de leurs missions et à ne pas se déprécier. L'ampleur de la détresse des ASH n'avait pas été suffisamment mesurée et leur absentéisme a été très important la première année.

- Au **Bloc opératoire** qui était sectorisé auparavant, ni les chirurgiens ni les infirmiers ne souhaitaient le regroupement et la polyvalence. En termes de démarche de préparation, le CSS étant nommé six mois avant le transfert, il l'avait peu élaborée et privilégié la fatalité : « tout traiter en même temps par la force des choses au moment du déménagement ». De ce fait sans doute, des IBODE ont été tellement remises en cause sur leurs compétences, particulièrement par des chirurgiens qui prônaient : « polyvalence = poly-incompétence » qu'elles ont préféré quitter l'établissement.

- La Direction des soins a aussi été confrontée à des déceptions non envisagées. Les secrétaires se retrouvaient dans des locaux borgnes au milieu d'un grand hall d'accueil de pôle et elles n'avaient pas de valisette pour le courrier comme prévu. Pour le même motif d'annulation de budget au dernier moment, les transports automatisés lourds (TAL) n'ont pas été mis en place et les locaux (sols, distances) non adaptés au brancardage manuel

sont la source de nombreuses lombalgies du personnel. Néanmoins, il est à signaler que statistiquement, il n'y a pas eu plus d'accidents du travail (AT) qu'habituellement pendant l'année du déménagement.

Fin 2003, la Direction des soins a effectué un **audit** afin de ne pas laisser les soignants dans « la peine ou dans trop de mal-être ». Il fallait faire la part des choses : quelles étaient les sources d'insatisfaction ? Était-ce l'épuisement, la canicule, le nouveau site ? Un guide de recueil du ressenti a été établi afin de cibler un maximum de domaines (Pharmacie, Stérilisation, Restauration, magasin, EFS, lingerie, brancardage, Imagerie, Bloc, standard, Sécurité, ateliers, Laboratoire, pool de courses) tout en leur attribuant une même importance. Un document supplémentaire a été élaboré pour ce qui concerne l'impression générale à l'arrivée à l'hôpital et dans le hall d'accueil, à l'arrivée dans le pôle et dans le service, à l'arrivée sur le site et à ce jour. Ce support était ludique et devait être complété avec le dessin d'un visage exprimant le ressenti de la personne. Le guide et le document étaient complétés par les IDE, les AS, les CS et les CSS au cours de réunions d'équipe par brainstorming. Les points positifs ont ainsi été exprimés ainsi que des propositions d'amélioration.

En synthèse, une grande majorité du personnel ne regrettait pas l'ancien site. Si leurs sentiments à l'arrivée sur le site actuel oscillaient entre anxiété, ébullition et intéressement, le personnel paraissait alors plus soulagé et confiant, avec encore un soupçon de perplexité que le temps devait atténuer. Ce regard des équipes sur le nouvel hôpital a été très bénéfique et source de beaucoup d'informations mutuelles, vers les Directions et entre les personnels, parfois mal informés des changements.

- Une démarche d'accompagnement des équipes passe aussi par la reconnaissance du travail réalisé et des **félicitations** sur lesquels je reviendrai dans les préconisations.

5 - La culture d'établissement

- Dans l'**établissement A**, la dimension du CHU est une préoccupation pour l'acquisition d'une culture d'établissement. Les agents vont devoir acquérir une première **culture de pôle** avec la fusion de deux cultures d'établissements sur un même bâtiment composé de deux pôles : le pôle gynéco-obstétrique et le pôle pédiatrie. Puis, acquérir une **culture de groupement hospitalier** avec les deux autres bâtiments existant sur le site et représentant d'autres spécialités médicales. Enfin, l'appartenance **au CHU** composé de plusieurs groupements hospitaliers, devra être maintenue. Un CSS confirme cette appréhension quant à la création d'une culture d'établissement : « on a été conditionné pour intégrer l'hôpital FME et une fois l'installation réalisée, le travail en deux pôles concrétisé, l'étape d'intégration à un groupement hospitalier du CHU sera longue à obtenir ».

La Coordinatrice des soins en charge du projet FME va reprendre le poste de Coordination des soins du groupement hospitalier qui sera vacant dans quelques mois et où elle a travaillé il y a quelques années. Elle se prépare à encadrer les trois entités qu'elle connaît bien. Pour elle, « il faut faire travailler les gens ensemble et la communication du groupement hospitalier passera par du concret ».

Le projet de soins du CHU va être relancé par la Direction Centrale des Soins (DCS) et celle-ci a mis en place une procédure pour réunir rapidement la CSIRMT du groupement hospitalier en intégrant sans vote les agents de l'hôpital FME.

Le Coordonnateur Central des soins du CHU pense que la culture d'établissement est liée aux hommes, donc remise en question lors des départs. Elle est aussi liée au temps, donc nécessite plusieurs années et il faut le considérer comme une opportunité. Enfin, elle est liée au contexte : on parle « d'esprit institutionnel ». Il n'est pas favorable à cette vision de **culture institutionnelle** et pense qu'elle est en déficit.

Le Directeur du précédent groupement hospitalier interrogé a insisté sur le rôle majeur des cadres dans la dynamique d'intégration au sein de l'établissement et non dans un esprit de concurrence entre pôles. Après la perte de repères, « les cadres sont fondamentaux pour recréer une **communauté** ».

- Dans **l'établissement B**, tous mes interlocuteurs ont exprimé « qu'il a fallu un an pour tourner la page » et que cela a été favorisé par l'audit de fin d'année. Aujourd'hui, les agents n'ont plus de regrets et l'ancien site est évoqué comme une référence parmi d'autres. La Coordinatrice des soins confirme la durée d'un an pour que « la période où l'on fait référence à l'établissement précédent soit terminée ; une petite année pour faire le deuil, ponctuée de départs à la retraite et d'embauche de nouveaux personnels ».

Néanmoins pour elle, l'audit n'a pas aidé à la culture de pôle puis d'établissement qui est longue à venir. La mise à plat a juste permis aux agents de bien repartir après la communication des résultats. Par contre, le point d'étape réalisé cinq après, lors du Forum 2008, a contribué au processus de concrétisation d'une culture d'établissement car les activités étaient calées et chacun avait pris ses marques.

Dans l'établissement B, la culture de pôle est variable selon les pôles. Elle est portée par le CSS assistant de pôle et le responsable médical de pôle qui l'initient et la mettent en œuvre. Un des grands changements de cet hôpital est le fait que les agents sortent peu de leur pôle contrairement à auparavant où les déplacements entre pavillons étaient fréquents. La convivialité se retrouve uniquement au sein du pôle. « C'est pôle-fermé, témoigne un CS, les relations d'avant perdurent mais les nouveaux personnels ont plus de mal à faire des rencontres hors pôle ».

Un CSS estime qu'il lui a fallu environ deux ans pour créer une culture de pôle. Il la mesure à la polyvalence et à la solidarité des équipes. Après l'impulsion transmise par le

CSS, il était nécessaire que les CS soient convaincus de l'intérêt d'une gestion de pôle en termes de partage de matériel, de Service Infirmier de Compensation et de Suppléance (SICS) de pôle, de mutualisation des équipes de nuit. Ainsi au début, le CSS répartissait le SICS de pôle à égalité de temps entre les services, puis à la demande des CS, en fonction des besoins de chacun. De même, il a tout d'abord constitué une seule équipe aide-soignante (AS) de nuit sur le pôle, puis les IDE de nuit l'ont demandé à leur tour.

Pour ce qui concerne les compétences, un roulement est établi entre les nouvelles IDE et les anciennes afin d'accomplir des périodes de trois, six ou douze mois dans une spécialité ou dans le SICS (où le planning est fixe). La mobilité obtenue progressivement est réelle et choisie. Dorénavant, les agents formés à plusieurs disciplines, acceptent d'assurer ponctuellement des remplacements de courte durée sur un autre service et pendant la période estivale, le personnel est amené à travailler dans d'autres pôles et sur d'autres sites.

Le CSS insiste sur le fait qu'il faut être vigilant et répéter régulièrement les intérêts et le sens du travail en pôle. Les agents de son pôle disent souvent entre eux avec humour : « comme dirait le CSS, pense au pôle ! ». Une autre CSS confirme la concrétisation d'une culture de pôle, quand elle constate la présence d'agents de plusieurs services du pôle à la pause-café. Par contre, les fêtes de service ont disparu et n'ont pas été remplacées par des fêtes de pôle ...

Ces propos seront tempérés par le médecin du travail qui signale que de nombreux agents se plaignent de « trop tourner sur le nouveau site », l'organisation polaire étant facilitée par l'architecture monobloc et la démarche de pôle s'étant accélérée.

Un CSS de pôle fait remarquer qu'il a souvent constaté que « chacun était d'accord pour la fusion mais sans changement d'habitudes » !

Pour le CSS en charge du Bloc, il n'y trouve qu'une **culture de spécialité** et de corporatisme. Pour lui, un indicateur de changement serait que « le Bloc soit au service de l'établissement » et non pas le constat inverse comme à ce jour.

Quant à la **culture d'établissement**, la Coordonnatrice des soins de l'établissement B pense qu'elle est freinée actuellement par le souhait de la Direction de maintenir plusieurs roulements de garde des CS sur les différents sites.

Un CSS pense qu'il n'y a pas vraiment de sentiment d'appartenance au Centre Hospitalier mais plutôt **par site**. Paradoxalement, un CS est convaincu de l'existence d'une culture d'établissement mais pas d'une **culture d'entreprise**. Pour elle, elle n'existe plus depuis la mise en place des 35 heures. L'agent travaille en 7h36 / jour dans l'établissement et il compte son temps en étant moins centré sur les besoins de l'entreprise que sur les siens. Cette remarque est intéressante, mais ces comportements sont en lien aussi avec l'évolution de la société (l'individualisme, les loisirs ...).

Pour le médecin du travail de cet établissement, la notion de culture peut être positive ou négative. Il y a « une amnésie de l'ancienne culture, de l'insécurité et de la non fonctionnalité des locaux ». Cinq ans après le transfert, l'ancien site en ville est en train d'être démolì, hormis quelques anciens bâtiments classés et cela va aider certains agents à terminer leur deuil. Quant à la culture en tant qu'**image de son entreprise**, elle pense qu'il manque des liens pour relier les gens entre eux, tels qu'un vrai Comité d'Entreprise (CE) ou encore une salle de gymnastique ou de massages comme elle le réclame, à l'identique des aires d'autoroute.

En conclusion des témoignages de l'établissement B, il est intéressant de souligner que la visite d'accréditation V1 est intervenue en 2004 et qu'il y a eu une grande participation du personnel aux travaux d'autoévaluation et lors de la visite des experts. L'engouement de chacun a été manifeste pour présenter l'hôpital dont il était fier.

RETOUR sur la PROBLEMATIQUE et les HYPOTHESES de TRAVAIL

A la lumière de la documentation et des entretiens réalisés, il me semble effectif que la période de post-délocalisation après le déménagement, reste une phase importante de bouleversements et surtout d'ajustements. La Direction des soins ne doit pas la négliger et l'anticiper avec stratégie.

Mes deux premières hypothèses de travail sont aussi confirmées et ont été illustrées par des exemples concrets. Ceux-ci étaient positifs ou négatifs en fonction de l'évaluation faite des problématiques rencontrées ; selon si elles ont été envisagées, préparées, entendues ou repoussées, voire niées.

Par contre, la troisième hypothèse me semble mal formulée et ne pas refléter les préoccupations actuelles. Elle était rédigée ainsi :

La refonte des équipes et l'arrivée de nouveaux agents nécessitent de la Direction des soins un accompagnement vers une nouvelle culture d'établissement commune.

J'avais pressenti tout l'intérêt de s'intéresser à la notion de culture d'établissement. La recherche documentaire ainsi que les remarques de mes interlocuteurs ont confirmé qu'il ne fallait pas la sous-estimer et chacun a un point de vue sur son élaboration et son maintien. Par contre, la problématique semble au-delà de celle de la fusion d'équipes ou de l'accueil de nouveaux personnels. En effet, c'est le contexte actuel du travail en pôles et de la tarification à l'activité qui va être déterminant. C'est en fonction des répercussions de ces réformes que va évoluer la culture d'établissement.

Je me propose dans une troisième partie d'énoncer des préconisations au regard des conseils reçus et des observations réalisées au cours des entretiens, de mes lectures et de la formation dispensée pendant l'année.

III LES PRECONISATIONS

Les propositions déclinées relèvent de la prudence qui s'impose du fait des limites de l'enquête et de l'analyse personnelle de la problématique posée. Elles ont trait aux domaines suivants : le suivi des organisations de soins, la politique de gestion des ressources humaines (RH), le management des cadres, le positionnement du Directeur des soins, la communication, l'accompagnement au changement et la création d'une culture d'établissement.

1 - Le suivi des organisations de soins

- La conception architecturale des plans d'un nouvel hôpital est généralement ancienne au moment de l'intégration dans les locaux. De plus, la Science a évolué, les responsables médicaux et paramédicaux ont changé. A l'ouverture, plusieurs services évoquent l'inadaptation des **locaux** à l'activité, le manque de finitions et des organisations validées trop anciennes. Rien n'est jamais acquis sur un tel programme et les organisations sont amenées à être ajustées ou modifiées. Il faut constater ce qui est inéluctable et qui nécessite de s'adapter, ainsi que les travaux ultérieurs à envisager judicieusement. En termes de changements, la restructuration avec un changement total de locaux est beaucoup plus simple à intégrer par les équipes car l'environnement et les conditions de travail sont des facteurs favorisant.

- La **phase de préparation** et d'anticipation avant le déménagement est déterminante pour la période d'installation, mais il ne faut pas la débiter trop tôt car les équipes bougent, les problématiques changent et il y a un risque de démobilisation. Six mois avant le transfert semble une bonne programmation pour permettre les échanges d'équipe, l'acquisition de compétences et la détermination d'organisations. La phase d'appropriation des locaux par des visites organisées en amont du déménagement fait partie intégrante de cette préparation des équipes.

- Plusieurs CS confirment l'importance d'établir des check-lists pour le **déménagement** et pour les premiers temps de prise de poste. Des fiches pratiques de vigilances, des listings de vérifications et de traçabilité sont appréciés de tous. L'équipe doit être rendue autonome dès que possible, en lui mettant à disposition par écrit (Intranet n'étant pas toujours disponible) l'annuaire des personnes à contacter en toute situation et le classeur des procédures institutionnelles.

- Le conseil d'un CSS est « de ne pas attendre des autres : le déménageur, la logistique, mais de participer à tout, de faire des propositions, de rapporter aux équipes, d'être partie prenante, de faire des cartons et d'oser ouvrir toutes les portes ». Elle doit retenir le temps passé à l'hôpital avant, pendant et surtout après la délocalisation. « Passer du temps,

même parfois sans rien faire, mais encadrer, accompagner chacun, laisser du temps pour s'approprier ».

- On constate que l'ouverture d'une structure neuve est l'occasion de créer de nouvelles unités de soins ou de proposer de nouvelles activités médicales ou chirurgicales, en conformité avec le SROS et le projet de territoire. Souvent, la Direction des soins modifie aussi son organisation de remplacement grâce à des SICS de pôle, un SICS centralisé ou un SICS de nuit. De même, les projets médicaux évoluent et les temps d'hospitalisation sont appréhendés différemment. Les principaux **changements d'organisation** touchent généralement les domaines suivants :

- La création de secrétariats médico-administratifs en accueil de pôle (meilleur accueil du patient, amélioration de l'organisation des secrétariats, de la facturation)
- Le brancardage centralisé
- Le bio-nettoyage centralisé (parfois sous-traité)
- La pharmacie et la stérilisation (parfois externalisée)
- La logistique (pneumatique, transports automatisés lourds ou TAL, archives)
- L'informatique (gestion, communication, dossier informatisé)
- La restauration (parfois sous-traitée), de même que la blanchisserie.
- Les accès et les vestiaires

Ces choix fondamentaux conditionnent les organisations de soins (cf. Annexe 4).

Tous ces changements ont pour but d'améliorer la qualité avec un souci d'efficience, soit d'efficacité et de qualité au moindre coût, au moins dans la durée si ce n'est au moment de l'investissement. On perçoit les ajustements que nécessitent toutes ces innovations, du fait de problèmes techniques ou de résistances au changement.

Le conseil essentiel est de garder le patient au centre des réflexions et des propositions.

- Nous avons vu dans les entretiens, l'importance d'accompagner dans le changement tous les corps de métier. Ainsi, la Direction des soins se doit d'être attentive aux métiers médico-techniques et de rééducation. En effet, les nouveaux automates de Laboratoire et les appareils d'Imagerie sont très volumineux et souvent leur encombrement n'a pas été bien anticipé. Parfois après la délocalisation, ceci nécessite de repenser l'organisation et les flux, voire d'envisager des aménagements. Par ailleurs, le principe des équipes transversales semble donner satisfaction même s'il demande un temps d'adaptation (brancardage, hôtellerie ...).

- Chacun reconnaît que tant que l'on ne s'est pas approprié les lieux, il est difficile de se projeter dans toutes les situations de la vie professionnelle. Il semble important de rencontrer des équipes ayant vécu des transferts dans des établissements similaires.

- Pour l'ensemble du personnel et le suivi des organisations, il faut désigner et former des référents ou encadrants. Dans le domaine du soin, différentes **références** sont à

anticiper et se prolongent pendant toute la période de post-délocalisation : transfert, informatisation, pharmacie, nouveau matériel, suivi des procédures ...

La personne de référence, comme l'IDE spécialisée en ergonomie de l'établissement B, a été beaucoup appréciée par l'encadrement pour ses réponses concrètes et son interface avec les services techniques et logistiques. Elle a poursuivi sa mission pendant encore plus de deux ans après l'emménagement, dispensant des conseils d'aménagement et intervenant dans les choix ayant trait aux organisations. Cet interlocuteur, de formation IDE ou CS doit faire preuve d'empathie, être pragmatique, savoir se projeter et prendre des décisions argumentées.

- Le médecin du travail rencontré suggère aussi de mettre à disposition une boîte à idées dès le premier jour du déménagement. Cela permettrait au personnel de se sentir partie prenante dans l'évolution du changement et d'offrir la parole aux acteurs de terrain qui ont peu la possibilité de s'exprimer. Le fait de pouvoir transmettre suffit parfois à faire retomber une situation et permet la prise de recul.

2 - La politique de gestion des ressources humaines

Il m'a semblé important de faire des remarques et propositions en termes de gestion des ressources humaines, de formation, d'amélioration des conditions de travail et de satisfaction des soignants et d'accompagnements de quelques catégories professionnelles particulières.

2. 1. Les enjeux de la politique des ressources humaines

En collaboration avec la DRH, une des missions importantes assurées par la Direction des soins est la gestion du personnel soignant. Il me semble nécessaire de répréciser l'évolution des enjeux traditionnels et des enjeux actuels de la politique des ressources humaines (cf. Annexe 5). En effet, le Directeur des soins doit avoir une approche GPEC des effectifs, particulièrement en termes d'évaluation des pratiques professionnelles. Dans un tel contexte, il est parfois possible d'utiliser les agents en reclassement sur des postes aménagés afin de fluidifier les organisations et la communication.

2. 2. La formation du personnel

Un élément important de l'accompagnement des soignants est la formation. Il est souhaitable de l'anticiper au maximum avant le transfert. En effet, la refonte des équipes, le recrutement de personnel supplémentaire et la mise en place des pôles d'activité génèrent des incertitudes et des craintes particulièrement liées à la mobilité. Une fois sur le nouveau site, la formation non réalisée par manque de temps, mais surtout de budget supplémentaire pour permettre un tutorat, sera de toute façon assurée pour la sécurité

des patients et du personnel. Ainsi dans l'établissement A, l'activité a repris progressivement sur trois mois, afin de permettre à chaque professionnel de se former selon sa nouvelle affectation. La formation en pré-délocalisation avait été priorisée sur des services très sensibles tels que les urgences ou la réanimation.

La baisse d'activité étant déjà sensible pendant la période de déménagement et ne devant pas se prolonger, il est préférable de négocier pour anticiper des recrutements. Cela permet aux équipes de disposer de temps supplémentaire pour mettre en place des opérations-tiroirs, pour assurer le repos des agents très sollicités et pour finaliser les interfaces avec les différents services prestataires de l'établissement.

Il est idéal aussi de pouvoir bénéficier d'une équipe IDE et AS supplémentaire qui va renforcer non seulement les temps de formation, mais les arrêts de travail imprévus et difficilement absorbables par les équipes dans le contexte de tension d'un déménagement. Il semble aussi indispensable de renforcer les équipes techniques et informatiques très sollicitées après le transfert, au bénéfice du travail des soignants et de l'accueil des patients.

2. 3. Les conditions de travail et la satisfaction des soignants

Dans l'établissement A, l'accompagnement social donnait priorité aux vœux des agents. Certains d'entre eux ayant fait un choix d'affectation pour des raisons de temps de travail ou de planning, n'étaient pas satisfaits une fois en poste. La Coordinatrice des soins a insisté sur le fait de gérer rapidement leur changement d'affectation. Il s'agit d'éviter des arrêts de travail, des départs ou une diffusion de la morosité au reste de l'équipe.

Deux récentes études réalisées par la DRESS et par PRESS-NEXT font état des conditions de travail et de satisfaction des soignants au travail. Les pistes de réflexion abordées sont d'améliorer le travail en équipe, d'intégrer davantage les critères de sécurité et d'ergonomie lors des choix de matériels, de revêtements de sol (moins glissant et absorbant phonique), de faciliter la transmission des informations entre médecins et paramédicaux, de développer l'aide au logement, les crèches et d'encourager la pratique sportive. Toutes ces propositions participent à éviter les arrêts de travail, les départs prématurés de la profession et à fidéliser le personnel.

C'est pourquoi dans tout projet de construction et d'aménagement de locaux, l'ergonomie et l'amélioration des conditions de travail doivent être pris en compte avec la participation des professionnels. Ceux-ci sont de plus en plus attachés à la notion de qualité de vie au travail qui a un impact sur la motivation au travail. Cela se traduit par un accord gagnant-gagnant entre les professionnels et l'hôpital. Ainsi, le bien-être au travail et l'efficacité peuvent se concilier.

Toutefois, je souhaiterais modérer ces propos. En effet, la Sociologie a fait les liens entre conditions de travail, motivation, épanouissement et productivité. Les théories des relations humaines ont donné lieu aux nombreuses théories sur la motivation et la satisfaction au travail. Néanmoins, il ne faudrait pas en déduire des lois universelles sur la personne au travail, telles que la satisfaction serait forcément une source d'efficacité, le management participatif une solution obligée aux problèmes de management et la communication une source inépuisable de performance⁴.

2. 4. L'accompagnement des équipes

- Les établissements étudiés avaient recruté des **psychologues** supplémentaires dont la mission première était d'être à disposition des agents en difficulté dans le contexte de la délocalisation. Le dispositif n'a pas eu suffisamment de succès. Rétrospectivement, des propositions d'amélioration sont possibles : médiatisation plus importante auprès des CS et des agents, utilisation d'un Bip et passage systématique dans les services, choix de personnalités attirant la confiance et rappel de la confidentialité attachée à cette mission.
- Par ailleurs, il faut être conscient que certains services du fait de **diplômes spécifiques** pour y exercer, sont des milieux fermés où les agents travaillent ensemble depuis de nombreuses années (bloc, pédiatrie, radiologie, pharmacie ...). Les changements d'organisation où chacun se recentre sur ses missions et où la polyvalence sur les postes est nécessaire pour être efficace, sont sources de résistances et de difficultés.
- Le personnel oublie vite tous les inconvénients de l'ancien site. Le nouvel hôpital présente des commodités mais il faut s'adapter. Ainsi, souvent les **médecins** avaient leurs prérogatives, leurs organisations et ont des difficultés à modifier leurs pratiques professionnelles (nécessité actuelle de se déplacer vers les hôpitaux de jour, de prescriptions à horaires précis ...). Il est nécessaire de faciliter l'adaptation aux changements de tous les collaborateurs afin de ne pas décourager les soignants déjà confrontés à leur propre résistance au changement.
- Un aspect ne doit pas être négligé. Il s'agit de la prise en compte de la souffrance des **agents des autres sites** de l'hôpital. J'ai retrouvé cette difficulté sur les deux lieux d'étude malgré un contexte différent. Non seulement pendant des années, les budgets ont été prioritaires pour le projet de restructuration, puis « les feux de la rampe » sont braqués sur le nouveau bâtiment qui est superbe et dispose des dernières technologies, et enfin on ne se préoccupe que de réajuster les dysfonctionnements. En ville et en interne, on ne

⁴ WEILL M., HEUDE G., mai/juin 2007, « La qualité de vie au travail : l'affaire de chacun, le bien être de tous » *Travail et changement*, ANACT, n°spécial, pp. 4-7

parle plus que du nouveau site. Un fort sentiment d'abandon est ressenti par les agents. Il est important de les faire bénéficier d'un maximum de nouvelles organisations mises en place (pharmacie, restauration ...) et de les associer aux groupes de travail. Ils doivent se sentir impliqués dans la réorganisation. Il faut être attentifs aux répercussions du nouveau système sur leurs habitudes et leur fonctionnement du fait de la délocalisation des services prestataires, particulièrement s'il subsiste des activités sur l'ancien site. La Direction des soins doit anticiper les difficultés potentielles afin de minimiser le sentiment d'isolement et de favoriser l'acceptation de la nouvelle structure sans jalousie préjudiciable au sentiment d'appartenance à l'établissement.

- Enfin, quand l'établissement accueille des **étudiants** en formation IDE ou AS, la Direction des soins doit poursuivre son partenariat avec la Direction de l'IFSI et réaliser un vrai travail d'échanges sur différents domaines : l'encadrement en stage difficile avant, pendant et juste après le transfert, l'aide apportée par les étudiants pendant le déménagement et les sources supplémentaires d'informations sur les difficultés de la délocalisation ou les équipes en souffrance.

3 - Le management des cadres

On retrouve dans les différents entretiens la nécessité d'être attentif aux équipes par le biais de l'encadrement ainsi que l'encouragement à valoriser les activités de la Direction des Soins auprès des agents.

Le Directeur des soins réunit les CSS et les CS, leur permet de s'exprimer, les écoute et les encourage. Il est attentif à l'essoufflement de chacun. La Coordinatrice des soins de l'établissement B a envisagé de passer dans les services lors des transmissions et puis a estimé que ce n'était pas là qu'elle était attendue. Pourtant, lors des différents échanges avec les CSS et les CS, **un soutien de terrain** est souhaité de la part des agents. Certains interprètent mal la non-présence du Directeur des soins, alors que d'autres l'apprécient et reconnaissent une marque de confiance, qui n'exclut pas des retours d'informations et des contrôles organisés autrement. Les CS expriment qu'ils attendent de la disponibilité de la Direction des soins pour une aide méthodologique ou une aide stratégique lors de prises de décision.

Durant la période de post-délocalisation, le rôle de l'encadrement reste primordial.

Comme chaque agent, le CS fait face personnellement à une perte de repères et par ailleurs il aide ses collaborateurs dans le climat d'incertitudes inhérentes au changement. Il apporte son soutien aux nouvelles organisations pour éviter les résistances. Il encourage « la course à la bonne idée » et la collaboration au sein du pôle et dans l'institution, en valorisant toutes les initiatives et les améliorations proposées par les agents.

Le Directeur des soins est attentif à accompagner les CSS et les CS afin de les soutenir alors qu'ils reçoivent les plaintes de chacun : soignants, patients, familles, médecins, services prestataires. Ils sont présents en permanence et assument une lourde charge de travail physique et mentale. Il est nécessaire de leur communiquer les informations indispensables pour rassurer les équipes sur la prise en compte de leurs difficultés.

En amont du transfert, un **séminaire cadres** quelques mois auparavant peut permettre un travail commun engendrant une meilleure connaissance mutuelle des organisations futures et une mise en confiance au sein de l'équipe des cadres. Il peut être conçu avec des moments ludiques (jeux de rôle sur la place du CS, sur l'accueil des patients ...).

Le Directeur des soins peut élaborer une stratégie d'accompagnement des CS basée sur les trois orientations suivantes :

- **Organiser et manager** : par sa double appartenance gestionnaire et soignante, il apparaît comme l'interlocuteur privilégié entre les soignants et les autres métiers. Le respect, la confiance et la transparence doivent se traduire à travers la posture managériale qu'il adopte.
- **Transformer les événements environnementaux en conditions favorables du changement** : Il doit aider à gérer les différentes temporalités (nouvel hôpital, certification, travail en pôles) et à développer l'apprentissage d'une nouvelle réalité.
- **Renoncer à la recherche d'un état idéal et accepter l'idée d'évolution permanente** : A l'interface des pôles, il a une vision transversale des organisations et peut les harmoniser. Il manage l'innovation.

La Direction des soins très sollicitée sur le projet de délocalisation peut se faire seconder en obtenant une **formation action** pour les cadres afin d'anticiper et de travailler les changements et les nouvelles organisations. Cet accompagnement essentiellement méthodologique est programmé durant l'année précédant le déménagement et doit se poursuivre les quelques mois suivants.

La recherche d'alliance est une dimension fondamentale dans la gestion du changement et conditionne l'adhésion des CSS et des CS. Le Directeur des soins échange avec les CS et les professionnels sur les modalités organisationnelles et mesure le climat social. Les CSS et les CS présentent leurs projets organisationnels innovants à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et en réunions cadres, après concertation avec le Directeur des ressources humaines, le Directeur général, le Conseil Technique d'Établissement (CTE) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) si nécessaire.

Le Directeur des soins doit promouvoir la connaissance d'autres pratiques professionnelles en mettant à disposition des CSS et des CS de la documentation, des études réalisées par la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers (MeaH), par la

Mission d'Appui à l'Investissement National Hospitalier (MAINH) et par la Haute Autorité de Santé (HAS) et aussi en favorisant le retour d'expériences par des équipes ayant eu à gérer le même type de projet.

Pour conclure ce thème, je souhaiterais faire référence au livre de D. Genelot sur le management dans la complexité, dont les principes s'inscrivent dans le prolongement du management participatif sans le généraliser à toute situation (cf. Annexe 6).

4 - Le positionnement du Directeur des soins

4. 1. Les différentes dimensions de la fonction de Directeur des soins

Ce travail de mémoire m'a permis de mesurer à nouveau l'importance pour le Directeur des soins d'une collaboration de proximité non seulement avec l'encadrement soignant mais avec le corps médical et les partenaires sociaux.

- Dans le contexte actuel des différentes réformes et la nouvelle organisation polaire qui déplace le centre de décision, la fonction de Directeur des soins évolue.

Elle s'oriente vers une **dimension** plus **stratégique** avec l'impulsion d'une politique des soins, le renforcement des liens avec le projet médical du fait de la mise en place du projet de prise en charge et le développement des réseaux de soins. Cette orientation devrait être encore renforcée avec les textes législatifs à paraître suite au rapport Larcher⁵. La **dimension opérationnelle** de la fonction reste essentielle avec un mode de management qui s'appuie sur la démarche par projet. Le Directeur des soins met en œuvre les compétences qui lui sont reconnues en termes d'expertise en organisation et en évaluation des soins. Ses missions ont aussi une **dimension culturelle**, dans l'accompagnement des CSS assistants de pôle, des CSS en mission transversale et de l'ensemble des cadres afin de construire un « agir commun ». Il facilite l'intégration des différentes logiques professionnelles par la collaboration. De plus, la fonction de Directeur des soins a une **dimension pédagogique** par son rôle de conseil, de soutien méthodologique et d'appui en management. Il accompagne les cadres dans l'apprentissage de leur positionnement.

- Le positionnement du Directeur des soins est donc incontournable d'une part en termes de communication, de force de propositions, de réajustement de procédures, d'établissement de fiches de poste et de formation mais d'autre part en ce qui concerne la gestion des flux de patients. Par ailleurs, il participe à l'implication des usagers ; leur expression pouvant être favorisée par l'intégration d'une maison des usagers ou la création d'espaces conviviaux dans les nouveaux locaux.

⁵ Gérard Larcher, *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital*, 10 avril 2008

4. 2. L'évaluation de la situation

Comme tous les professionnels rencontrés l'ont fait remarquer, la notion d'évaluation est primordiale dans la situation stratégique de post-délocalisation.

Plusieurs indicateurs sont disponibles pour le suivi des organisations de soins : les indicateurs de la DRH (mobilité, recrutements, départs, absentéisme, AT ...), les indicateurs d'activité (atteinte des seuils des années précédentes), des indicateurs conjoncturels (réajustement et assimilation des procédures, régulation des tâches administratives telles que la facturation, les relations des agents avec la Direction).

Les critères d'évaluation portent aussi sur la satisfaction du personnel, les indicateurs de qualité des soins et la réponse aux attentes des usagers. La forme des évaluations peut être variable : individuel (lors de l'entretien annuel d'évaluation de chaque agent) ou collective, par audit ou par le relevé des indicateurs qualité de la certification. Il semble que le rythme des évaluations à réaliser après le transfert n'est pas anodin. Il paraît approprié de les réaliser à six mois, puis à un an. En effet, l'efficience étant au cœur de l'évaluation, celle-ci doit être appréhendée en même temps que **la maturité des processus**. Le processus est composé de phases ou étapes d'activités, de tâches et d'actions. Il désigne une suite d'états de l'organisation d'une opération ou d'une transformation. L'expérience montre qu'il est important d'évaluer à certains stades et non prématurément ou tardivement.

Le principe d'un **audit** interne auprès du personnel à six mois de fonctionnement sur le nouveau site me semble être à retenir. Il permet de favoriser l'expression des agents, de répertorier les dysfonctionnements encore présents et leur réel impact sur les équipes, mais surtout il oblige chaque agent à faire une pause et à s'interroger sur le nouveau système. Il doit permettre de valoriser le travail réalisé lors de la délocalisation et de mettre en exergue les gains obtenus. La Direction des soins peut s'appuyer sur ces recommandations pour l'affectation de personnel supplémentaire ou la priorisation d'actions. Un CSS le désigne comme « un audit de positivation ».

Selon Giddens, le management par l'évaluation introduit la notion de « réflexivité » et le fait que le comportement varie en fonction des connaissances que l'on a de la situation. La réflexivité permet à l'organisme d'apprendre et de pouvoir s'adapter à son environnement et ainsi de rapprocher la connaissance de l'action.

4. 3. Des projets mobilisateurs

Durant la période de post-délocalisation, le Directeur des soins anticipe et prépare de nouveaux projets, même s'il doit être attentif à ne pas solliciter trop tôt les équipes. Ces projets peuvent être institutionnels, individuels ou par service et doivent aider à « mailler » les pôles. Il est possible de mutualiser des outils développés par un service, améliorés par

un autre au bénéfice du pôle puis de tous les pôles. Ceci permet une reconnaissance professionnelle au niveau de la conception des soins et pas seulement sur la pratique.

Un exemple de projet mobilisateur est celui mis en place par le CS de réanimation pédiatrique rencontré. Sur le nouvel hôpital, les IDE lui ont demandé de reprendre le suivi et la gestion des évènements indésirables pour ce qui concerne les traitements, les surveillances et le matériel. Les personnels se sentaient en danger du fait de tous les changements (nouveaux locaux, nouveaux professionnels, nouvelles compétences). Le projet permet de repérer les dysfonctionnements, de faire de l'analyse de pratiques et est très réactif pour permettre les réajustements. Ce type de projet peut imposer des réunions obligatoires. Je pense qu'effectivement, sans en abuser et selon la spécialité médicale, la présence de chacun dans la réflexion et l'amélioration peut être exigée (sauf motif exceptionnel) pour un maintien sur une affectation.

Pour fédérer les équipes, le Directeur des soins peut investir les équipes dans des projets tels que la montée en compétences, le projet de soins et son ajustement aux changements ainsi que la démarche qualité et la gestion des risques dans les soins. La CSIRMT est une aide précieuse. Les projets de pôle font partie intégrante du projet d'établissement et mettent en œuvre les principes du projet de soins. C'est une opportunité pour les CSS et les CS de communiquer sur ce qui marche et non plus sur ce qui dysfonctionne. Comme le disait une Coordonnatrice des soins rencontrée, le projet de soins permet de ré-échanger : « Demain, qu'est-ce qu'on fait ensemble pour avancer ? Autour de la prise en charge des patients, autour des conditions de travail des personnels ».

5 - La communication

- Nous avons vu qu'il s'écoule de nombreuses années entre la décision de créer un nouvel établissement et son ouverture. Pour l'établissement B, il aura fallu dix ans entre la décision politique en 1993 et le déménagement en 2003. Pour la Coordonnatrice des soins de cet établissement, les personnes ne positivent jamais et dans un premier temps, les agents colportaient beaucoup de rumeurs en ville (manque de lits, manque de personnel, gaspillage, ouverture repoussée) et « n'étaient sans doute pas loyaux à l'égard de leur établissement ». De plus, un reportage réalisé par une chaîne de télévision nationale en janvier 2006 a plutôt porté préjudice à l'hôpital. Le documentaire est paru dans le cadre d'une démarche tenant à prouver le mal-être des hôpitaux publics et les reportages tronqués ou ciblés n'ont pas réellement valorisé la nouvelle structure, comme escompté.

On peut tirer deux enseignements de cette expérience. Tout d'abord, il faut clarifier les données qui sont sources de fantasmes. Ainsi, l'évolution de la société, des pratiques

professionnelles et des financements hospitaliers font que l'on passe d'un nombre de lits essentiellement en hospitalisation complète sur l'ancien site à un nombre de lits d'hospitalisation complète, de semaine, de jour, en ambulatoire et à domicile après le transfert sur le nouveau site. Par ailleurs, les médias qui sont une source de transmission de l'information non négligeable, sont des partenaires à utiliser dans une telle opération mais en demandant à valider ce qui est diffusé.

- Il faut retenir aussi que la communication post-délocalisation doit s'attacher à ne pas nier et dévaloriser l'ancien site et les anciennes pratiques. En effet, si l'on peut mettre en avant les progrès obtenus grâce au changement, il faut savoir se souvenir de ce qui fonctionnait bien auparavant. La démarche de l'établissement A est très intéressante pour clore une époque. Il a accueilli les élèves d'une école de photographie avant le déménagement. De nombreux clichés ont été pris retraçant le quotidien des soignants lors des soins, dans divers locaux et lors des pauses. Un livre a été édité et un exemplaire remis à chaque agent ainsi qu'un DVD plus complet remis à chaque équipe. Il m'a semblé que ce signe de nostalgie assumé permettait de reconnaître le passé pour mieux le dépasser et s'inscrire dans le présent et le futur (cf. Annexe 7)

- En termes de reconnaissance, faire participer les équipes aux retours d'expériences est très valorisant. Vivre un tel projet de délocalisation avec investissement et passion donne envie à certains agents de témoigner et de faire partager leur vécu à d'autres équipes hospitalières. Ainsi, un CS m'a dit être flattée qu'on la désigne toujours comme interlocuteur cinq ans après le déménagement, pour accueillir des délégations ou échanger avec des visiteurs comme moi qui s'interrogent sur le transfert.

- La communication permet de convaincre et de motiver les professionnels et également de valoriser les acteurs impliqués et de reconnaître le travail fourni. La Direction doit faire preuve d'un engagement fort tout au long de la délocalisation qui doit se poursuivre au-delà. Elle doit s'attacher à mettre en place une communication en termes de remerciements et de félicitations au personnel. Ces marques de reconnaissance sont à faire dans les quinze jours quand les agents sont encore mobilisés par le déménagement. A nouveau, les différentes étapes de communication ne doivent être mise en place ni trop tôt, ni trop tard (arrivée des périodes de congés ...). Elle peut revêtir différents aspects :

- des supports écrits : dans le bulletin d'informations de l'hôpital, dans un document de présentation du fonctionnement de la nouvelle structure remis à chaque agent (type livret d'accueil du personnel)
- des articles sur l'Intranet de l'établissement et sur le site public Internet de présentation de l'hôpital
- une exposition dans le hall ou dans chaque pôle avec des photographies du personnel prises pendant le déménagement et l'installation

- lors de l'inauguration, sachant qu'on peut concevoir une rencontre pour les élus, les médias, les entreprises, les différents responsables impliqués dans la réalisation du projet et une rencontre moins protocolaire et organisée à l'intention spécialement du personnel
- lors des Conseils de pôle et des principales Instances (CA, CHSCT, CTE, CSIRMT) où la présence des directeurs est très appréciée
- lors d'un séminaire CS organisé par la Direction des soins ou d'un forum pour tous les agents, dans les mois qui suivent, avec retours d'expériences (résultats d'audits, nouvelles organisations mises en place)

6 - L'adaptation au changement et la culture d'établissement

Avant d'entrer dans un nouvel établissement, il semble que le temps de mise en place et la patience nécessaires ne sont pas évoqués auprès des agents. On ne peut avoir tout imaginé, tout prévu. Ainsi, on ne constate que sur place le fait de ne plus pouvoir se prêter du matériel car les distances sont trop importantes, ou encore l'isolement des agents de nuit du fait de grands espaces. Les Directions sont aussi amenées à gérer des frustrations en plus des mises en route difficiles. Tel ou tel projet travaillé par un groupe en amont du transfert peut n'avoir pas été priorisé dans un premier temps, en attente de budget ou de la mise en place et du bon fonctionnement d'autres projets au préalable (exemple : la carte multi-accès parking / self / badgeage / accès aux locaux).

6. 1. L'accompagnement au changement

Tout changement est important, il doit s'entendre comme un **processus** d'apprentissage de toutes les personnes qui y participent. Ce processus doit donc être programmé et s'effectuer progressivement. Il s'anticipe dès la préparation au changement de structure. Le Directeur des soins doit veiller au respect des étapes de la gestion du projet initial de délocalisation.

- J-P Boutinet parle du projet d'aménagement comme « d'une activité collective de maîtrise progressive d'un espace donné pour le domestiquer ». Ce qui implique la prise en compte d'une négociation permanente, du temps (avec ses délais, son horizon indéterminé qui disqualifie tout ce qui est de l'ordre du ponctuel et de l'immédiat) et de l'espace (avec l'identification de contraintes et de possibles)⁶.

Une opération de changement repose sur des efforts importants de dialogue et de communication à tous les niveaux de l'organisation et tout au long du processus, sans oublier la fin de celui-ci. Il s'agit d'engager la discussion sur le changement et les

⁶ BOUTINET JP., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : Presses Universitaires de France, p. 96

ruptures, d'expliciter, de dédramatiser, de générer un foisonnement d'idées. Chaque changement est unique et appelle en réponse une démarche contextualisée.

Le processus peut être appréhendé en trois phases successives :

- **L'éveil** est le processus de prise de conscience de l'écart entre la situation prévue et la situation actuelle. L'objectif est à ce stade de faire émerger les possibilités et les conditions. Cette étape doit aboutir au choix d'une stratégie et à un plan d'action.

- **La transition** est le processus par lequel on passe de l'état ancien à l'état nouveau. Elle se traduit par la mise en œuvre opérationnelle du plan d'action qui nécessite de cadrer, conduire et évaluer l'action.

- **La ritualisation** est la phase de consolidation des nouveaux comportements requis par le changement. Elle consiste à pérenniser les nouvelles pratiques, sans quoi les anciennes habitudes se rétablissent.

- Daniel Gacoïn propose des **conseils** pour faciliter l'adaptation au changement. Pour lui, l'adaptation au changement est difficile non à cause de résistances, mais par absence de perception par les acteurs de la commande du changement⁷.

Il propose d'asseoir le développement, l'innovation, la conduite de projet, en bref le changement sur un triptyque :

- **La commande claire** : clarté, planification limitée mais tenue, calendrier d'implication, vision et conviction des dirigeants, positions fermes.

- **La prise en compte des réticences** : permettre aux acteurs d'évoquer les incompréhensions ou doutes, puis développer une argumentation adaptée.

- **La conduite partagée** : construction d'un calendrier de travail non des directions, mais des modalités pratiques du changement dans une véritable « éthique de discussion ». Ceci suppose des groupes participatifs et un réel suivi, garanti, de leurs contenus.

- Je souhaiterais aussi faire référence à J.P. Kotter qui propose un modèle de **conduite du changement** en huit étapes, à la fois pertinent et simple à retenir (cf. Annexe 8).

6. 2. La culture à l'hôpital

Un CSS m'a fait remarquer que peu de personnes utilisent le mot « emménagement » mais que c'est toujours le « déménagement » qui est évoqué. Il semble qu'il reste toujours une pointe de nostalgie et d'abandon de l'hôpital précédent.

Lors de cette étude ou dans mes lectures, on retrouve des similitudes quant au comportement du personnel pendant la période du déménagement : l'enthousiasme,

⁷ GACOIN D *Faut-il croire à la « résistance au changement » ?*, La Newsletter de l'action sociale et médico-sociale, Editions Dunod - Editeur de savoirs, 19 mars 2006

l'esprit positif et la solidarité. Il est essentiel de maintenir cet élan formidable sur lequel s'appuyer afin de poursuivre la mise en œuvre des projets du nouvel hôpital.

Par ailleurs, on sait aussi que les liens au sein des équipes se créent par des rencontres à l'extérieur de la structure, lors de congrès professionnels ou de sorties de service. Il me semble qu'un CSS de pôle doit être attentif à ne pas négliger ces occasions de convivialité afin de favoriser la culture de pôle. Par contre, la culture de pôle doit s'accompagner absolument d'une démarche de culture d'établissement, au risque d'encourager la balkanisation tant redoutée lors de la mise en place de la Nouvelle Gouvernance. En fait, les établissements rencontrés évoquent tous des difficultés complexifiées par les réformes en cours : le travail en pôles et ses enjeux de pouvoir ainsi que la tarification à l'activité.

Il semble que La Nouvelle Gouvernance ne soit pas favorable à l'acquisition d'une culture d'établissement. Les Responsables de pôle sont des interlocuteurs privilégiés, ce qui simplifie les échanges, mais en même temps ils se considèrent parfois comme des directeurs de pôle autonomes dans leur fonctionnement. Par contre, la certification des établissements de santé est plutôt un fil conducteur appréciable pour fédérer les équipes et retravailler les projets de pôle et le projet de soins.

En conclusion, tout l'enjeu d'un travail sur la culture d'entreprise consiste à aborder le thème en connaissant son contexte et ses limites, sans perdre de vue que les problèmes du management ne sont pas « culturels », mais que la culture doit si possible être un moyen pour en faciliter la solution.

Il faut partir du schéma suivant : plus on renforce les traits pertinents et utiles de la culture, plus on a des chances de résoudre les problèmes, ce qui est la finalité du changement⁸.

La culture d'établissement a de l'intérêt pour le manager si elle permet d'accroître ses chances d'efficacité. Elle peut y parvenir à plusieurs niveaux :

- En accroissant la connaissance de la réalité de l'organisation (climat social, métiers, systèmes d'évaluation)
- En nourrissant la réflexion stratégique dont elle améliore le diagnostic et la mise en œuvre
- En élargissant le champ d'analyse de situations pour le manager et en l'incitant à expliquer comment fonctionne l'organisation avant de vouloir la changer
- En apportant, sur le plan éthique, un cadre stimulant à l'action du manager.

⁸ THEVENET M., 1993, *La culture d'entreprise*, Paris : Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, p. 12

Conclusion

Dans l'univers hospitalier, la construction d'un nouvel établissement est une étape majeure dans l'histoire d'un hôpital. Il est essentiel d'en faire un levier d'amélioration de la prise en charge des patients. Nous avons constaté que la période de post-délocalisation ne doit pas être négligée, car elle finalise un projet porté pendant de nombreuses années et auquel il s'agit de mettre un point d'orgue avant de réinvestir de nouveaux projets.

L'enquête a confirmé que les équipes sont inquiètes et déstabilisées juste après le déménagement car elles sont amenées à reconfigurer leur mode de représentations, leurs valeurs professionnelles et à se projeter dans les avancées de l'organisation en pôles. En fait, le changement conduit à la déstructuration puis à la restructuration et impose une prise en compte de la dimension culturelle et identitaire des acteurs.

Les préconisations de l'étude sont faites en termes d'accompagnement de l'encadrement et des équipes afin qu'il y ait cohérence entre les principes énoncés lors de la phase de programmation et les pratiques émergentes après la délocalisation. A savoir que les choix retenus dans l'accompagnement des équipes doivent être en lien avec le projet d'établissement, le projet de soins et le projet social.

Tout l'enjeu est de prendre en compte la sociologie des organisations et de savoir tenir compte de la culture d'établissement. Comprendre la stratégie des acteurs du système permet au Directeur des soins de se positionner stratégiquement lui-même et d'être force de proposition au sein de l'équipe de direction. Il a aussi un rôle essentiel dans la stratégie de management de projet. Celle-ci est un gage de la cohérence de l'ensemble des éléments humains et structurels nécessaires à la mise en place du projet, à son fonctionnement et à sa pérennité.

De plus, le Directeur des soins doit prendre toute la dimension de sa fonction, au sein d'un environnement pluri disciplinaire associant le corps médical, l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques et les partenaires sociaux. De même, la convergence des différents professionnels hospitaliers vers l'intérêt du patient doit être impulsée particulièrement par la Direction des soins. L'hôpital doit répondre aux besoins de la population ; il est indispensable d'entendre l'expression des usagers dans le projet d'investissement et lors de la réception des locaux.

En prospective, rappelons que le plan Hôpital 2012 renforce la démarche entreprise et se déploie autour de trois priorités : Achever la mise aux normes des établissements, mettre à niveau le système d'information hospitalier et poursuivre la reconfiguration du territoire. Dans ce cadre, la situation à venir évoluant vers davantage de fusions entre établissements et de collaborations entre hospitalisation publique et privée, pourrait faire l'objet de nouveaux questionnements particulièrement en termes de confrontation identitaire et culturelle.

Bibliographie

ALTER N., 2006, *Sociologie du monde du travail*, Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 356 p.

BERNOUX P., 1995, *La sociologie des entreprises*, Paris : Editions du Seuil, Collection Points n° 308

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement*, Paris : Editions du Seuil

BOUTINET JP., 2005, *Anthropologie du projet*, Paris : PUF

CLAUDE JF., 2003, *Le management par les valeurs, l'appartenance à l'entreprise*, Paris : Liaisons, 264 p.

CRESSON D. et SCHWEYER FX., 2000, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes : éditions ENSP

DRUCKER P., mai 2000, *L'avenir du management*, Editions Village Mondial, 199 p.

GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : INSEP éditions, 357 p.

LIEVRE P., 2006, *Manuel d'initiation à la recherche en travail social, construire un mémoire professionnel*, 2^{ème} édition, Rennes : éditions ENSP, 154 p.

MINTZBERG H., 1986, *Le pouvoir dans les organisations*, Paris : Editions d'Organisation

MORIN JM., 1999, *Sociologie de l'entreprise*, Paris : Que sais-je ?, PUF

REITTER R., 1992, *Culture d'entreprise*, Paris : Vuibert

SAINSAULIEU R., 1996, *L'identité professionnelle*, Mayenne : Editions Presse de sciences politiques (FNSP)

SAINSAULIEU R., 1997, *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Paris : Editions FNSP et Dalloz

THEVENET M., 1993, *La culture d'entreprise*, Paris : Que sais-je ?, PUF, 127 p.

- Collectif, Mai – Juin 2004, « Les enjeux du plan Hôpital 2007 sur le mode d'organisation et de fonctionnement des services techniques et logistiques », *Techniques hospitalières*, n°685, pp. 28-42

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

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), août 2004, « Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé », *Etudes et Résultats*, n°335 (Etude réalisée auprès de 5000 salariés des établissements publics ou privés)

Et le rapport de recherche MIRE (au sein de la DRESS), 1999, « Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégie », Aix en Provence

- DOMIN JP., janvier 2006, « La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital entreprise », *Gestions hospitalières*, n°452, pp. 24-28

- GACOIN D., 19 mars 2006, « Faut-il croire à la résistance au changement ? », *La Newsletter de l'action sociale et médico-sociale*, Editions Dunod - Editeur de savoirs

- Press-Next, nov. 2004, « Santé et satisfaction des soignants au travail », *Soins cadres*, supplément n°52, pp.1-40 (Enquête réalisée auprès de 7000 soignants en France)

- WEILL M., HEUDE G., mai/juin 2007, « La qualité de vie au travail : l'affaire de chacun, le bien être de tous », *Travail et changement*, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), n° spécial, pp.4-7

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative – DHOS : *Eléments stratégiques à prendre en compte dans l'élaboration d'un projet de construction ou de modernisation d'un établissement de santé*. Guide, 68 p.

et *Nouvelles organisations et architectures hospitalières*, 243 p.

et *Guide méthodologique : encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital*

disponibles sur Internet : [http:// www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

AUFFRET D., 2006, *La contribution stratégique du Directeur des soins face aux évolutions des métiers liées aux restructurations hospitalières*, mémoire DS, ENSP

BORETTI F., 2007, *Stratégies d'accompagnement des équipes soignantes lors de restructurations hospitalières*, mémoire DS, ENSP

COLOMBO M., 2007, *Le rôle du Directeur des soins dans un projet de construction d'un hôpital : l'intérêt d'une approche pluri professionnelle*, mémoire DS, ENSP

SEBERT C., 2007, *Activités de soins et projet architectural : quelle stratégie pour le Directeur des soins ?*, mémoire DS, ENSP

Liste des annexes

ANNEXE 1 : La grille d'entretien

ANNEXE 2 : La grille d'analyse d'entretien

ANNEXE 3 : La liste des personnes rencontrées lors des entretiens

ANNEXE 4 : Les choix fondamentaux qui conditionnent les organisations dans un nouvel hôpital

ANNEXE 5 : Les enjeux de la politique de ressources humaines et de la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC)

ANNEXE 6 : Les principes de management participatif de Dominique Genelot dans ses théories sur le management dans la complexité

ANNEXE 7 : La préface du livret de photographies de l'ancien site (établissement A) intitulé : *Traces – Instants de vie à l'hôpital XXX*

ANNEXE 8 : La conduite du changement appliquée à l'organisation polaire selon JP. KOTTER

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN (mai 2008)

<p>- MEMOIRE sur la délocalisation d'un hôpital (changement de site sur un établissement neuf, de l'ensemble des services, sans particulièrement de fusion d'établissements) et particulièrement sur la période qui suit le déménagement.</p>	<p><i>Présentation (ton de la voix)</i> <i>Enregistrement</i> <i>Confidentialité, 30 à 60 mn</i> <i>Choix de vous interviewer car :</i></p>
<p>1. Pouvez-vous vous présenter succinctement : fonction, parcours professionnel, rôle dans le contexte ?</p>	<p><i>Panel enquêté</i></p>
<p>2. Avant de reprendre plus en détails, j'aimerais que vous me disiez aujourd'hui (= ...) pour vous, où en est-on de la période de post-délocalisation ?</p>	<p><i>Hypothèse 3</i></p>
<p>3. Reprenons dans l'ordre, pouvez vous m'expliquer comment le déplacement sur le nouveau site et les changements ont été préparés (par la Direction des soins ou autre) ?</p>	<p><i>Organisations, partenariat avec les différentes Directions</i></p>
<p>4. - Comment s'est déroulé le déménagement ? - Qu'est-ce qui a été bien prévu et au contraire moins anticipé ?</p>	<p><i>Hypothèse 2</i> - <i>Programmations, événements imprévus</i></p>
<p>5. Comment se sont passés les semaines, les mois suivants (équipes, matériel, ré-ajustements) : - Quel <u>accompagnement des équipes</u> ? (refonte des équipes, nouveaux agents) - Quels <u>indicateurs d'évaluation</u> ? - Y-a-t-il une nouvelle <u>culture d'établissement</u> ? de service, de pôle ? Qu'est ce qui vous permet de le dire ?</p>	<p><i>Hypothèses 1, 2, 3</i> - <i>Qualité ou non-conformité, sécurité, hygiène, satisfaction des usagers</i> - <i>Rôle des CS, politique sociale</i> - <i>Impact sur le Projet de soins, ré-affirmation des valeurs communes</i></p>
<p>6. Quelles étaient les attentes des soignants vis-à-vis de la délocalisation (plans professionnel et personnel) ? - Est-ce que leur prise en compte (ou pas) a eu un impact sur la réussite du projet ?</p>	<p><i>Hypothèse 2</i> - <i>Incidences et enjeux de la délocalisation pour le personnel, les médecins, les patients</i> - <i>Comportements, coopérations</i></p>
<p>7. Quels conseils pourriez-vous donner quant au suivi des équipes et des organisations après une délocalisation - pour la démarche d'évaluation - pour la communication institutionnelle ?</p>	<p><i>Hypothèses 1, 2, 3</i> - <i>Enquêtes individuelles, entretiens annuels, fidélisation du personnel</i> - <i>Actions entreprises, résultats (« donner du temps au temps »)</i></p>
<p>8. Voulez-vous rajouter des précisions sur le sujet ?</p>	<p><i>Dimensions stratégique, opérationnelle et politique / DS</i></p>
<p>Remerciements, Noter : nom, date, heure, lieu, durée, déroulement de l'entretien</p>	<p>(documents ?)</p>

ANNEXE 2

GRILLE D'ANALYSE D'ENTRETIEN

(Mémoire sur la période de post-délocalisation d'un hôpital)

NOM :

DATE :

FONCTION :

ETABLISSEMENT :

Déroulement de l'entretien :

1. Présentation	
2. Quelle période aujourd'hui ?	
3. Quelles préparations aux changements ?	
4. Déroulement du déménagement	
5.1. Quel accompagnement des équipes ? Quels indicateurs d'évaluation ?	
5.2. Culture d'établissement, de pôle ?	
6. Attentes des soignants ? (Impact de leur prise en compte)	
7.1. Conseils ? Suivi des équipes et des organisations	
7.2. Conseils ? Démarche d'évaluation et communication	

ANNEXE 3

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES lors des entretiens

Entretien exploratoire :

Mme C. : élève Directeur des soins (EHESP – 28/04/08)

Etablissement A :

M. B. : Directeur général du groupement hospitalier (26/03/08)

M. M. : Directeur Central des soins du CHU (18/03/08)

Mme F. : Coordonnateur général des soins (13/06/08)

Mme F-W : Cadre Supérieur de Santé PDE en mission transversale (19/05/08)

Mme F. : Cadre de Santé PDE en réanimation pédiatrique (13/06/08)

Etablissement B :

Mme I. : Coordonnateur général des soins (09/06/08)

Mme G. : Cadre Supérieur de Santé assistant de pôle (04/06/08)

Mme P. : Cadre Supérieur de Santé assistant de pôle (05/06/08)

M. P. : Cadre Supérieur de Santé assistant de pôle (05/06/08)

Mme R. : Cadre Supérieur de Santé assistant de pôle (06/06/08)

Mme B. : Cadre de Santé à l'USIC (16/06/08)

Mme S. : Médecin du travail (29/05/08)

ANNEXE 4

Les choix fondamentaux qui conditionnent les organisations dans un nouvel hôpital

Par nécessité d'adaptation aux besoins futurs, la recherche d'extensibilité, de flexibilité et de modularité est retrouvée dans toutes les nouvelles conceptions architecturales.

Dorénavant, on identifie et organise **tous les flux internes et externes par nature** : flux des urgences, flux des patients couchés, flux des consultants, flux des matières, des visiteurs, du personnel. En conséquence, la localisation, les interfaces et les organisations du **plateau médico-technique** constitué par les urgences, l'imagerie médicale, les laboratoires, les blocs opératoires, la chirurgie ambulatoire et les consultations programmées, ainsi que la mise en œuvre du contrat de bon usage des médicaments à la **pharmacie** et la mise aux normes de la **stérilisation** doivent faire l'objet d'études spécifiques.

Enfin, mutualiser **les infrastructures logistiques** produits et matières (quais, galeries, monte charges) au service de la production des soins demandent de s'interroger sur l'automatisation de la manutention et la standardisation des équipements et matériels de transports et sur la nature des prestations hôtelières (repas, linge, déchets ...).

Pour accompagner ces évolutions, les établissements s'attachent à développer leur **système d'information** (dossier informatisé, terminaux multi médias ...) afin d'assurer rapidité, fiabilité et lisibilité.

Collectif, Mai – Juin 2004, « *Les enjeux du plan Hôpital 2007 sur le mode d'organisation et de fonctionnement des services techniques et logistiques* », Techniques Hospitalières, n°685, pp. 28-42

ANNEXE 5

Les enjeux de la politique de ressources humaines (RH) et de la Gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC)

- Les enjeux traditionnels :

- des RH disponibles : recruter, fidéliser, anticiper
- des RH mobilisées : informer, animer, motiver, donner du sens
- des RH efficaces : organiser, optimiser, évaluer
- des RH adaptables : former, reconvertir, participer, autonomiser

Ceci dans un climat social favorable : négocier, communiquer, valoriser

- Les enjeux de la GPEC :

- Anticiper les évolutions
- Faire face aux besoins
- Prendre en compte les aptitudes et les aspirations individuelles

- Les enjeux actuels de la politique des RH ont évolué du fait :

- des besoins quantitatifs (35h, perspectives démographiques)
- des besoins qualitatifs (approche compétences)
- de la prise en compte de l'usure physique et psychologique des personnels
- des perspectives nouvelles d'évolution (VAE, transfert de compétences)
- d'une gestion des RH impactée par la T2A et l'EPRD.

Ceci dans le contexte de contractualisation et de délégations de gestion aux pôles.

Intervention de Bruno DONIUS, EHESP,

Secrétaire général CHRU de LILLE, 23 avril 2008

ANNEXE 6

Les principes de management participatif de Dominique Genelot

La production de soins est un système complexe reconnu par Dominique Genelot dans ses théories sur « le management dans la complexité ». Ainsi, « dans un système complexe, de multiples logiques vont se côtoyer. La logique est un système de principes et de règles qui contrôlent la rigueur et l'acceptabilité des propositions élaborées par la pensée. Dans un tel système, l'art du management consiste à distinguer et articuler ces différentes logiques conjointement à la recherche et l'expression de cohérence et de sens en tant que finalités partagées ... Les organisations se pilotent par projets et par processus ... Un enjeu primordial se situe dans le traitement de l'imprévu, de l'incertitude et de l'adaptation permanente au changement. Pour se faire, chaque professionnel doit pouvoir développer son autonomie personnelle tout en contribuant au projet collectif. **L'information, la communication, la formation, la politique sociale** doivent permettre à chacun d'enrichir ses contextes d'interprétation et de développer ses niveaux de compréhension des phénomènes, créant ainsi les conditions d'intelligibilité collective du sens des actions de chaque acteur ... **L'encadrement** a un rôle déterminant d'animation et de médiation pour relayer ce sens entre sa concrétisation par les acteurs de terrain et son impulsion et incarnation par la direction ».

Les principes de Genelot s'inscrivent dans le prolongement du management participatif sans le généraliser systématiquement à toute situation.

GENELOT D., 2001, *Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : INSEP éditions

ANNEXE 7

Préface du livre remis à chaque agent de l'établissement A en janvier 2008 avant le déménagement de mars 2008 intitulé : *Traces – Instants de vie à l'hôpital XXX*

Ce recueil de photographies n'a pas l'ambition d'être un album historique des 75 années de vie des services de pédiatrie, de gynécologie, d'obstétrique et de néonatalogie à l'hôpital XXX nommé plus tard XXX. Il a voulu saisir des moments de la vie de chacun gardant ainsi les traces du passage des professionnels mais aussi des patients qui se sont confiés à nous dans ces murs.

« Le souvenir est un poète, n'en fais pas un historien » a écrit Paul Géraudy (« Toi et moi »). Par delà les photographies des lieux et des gens, puisse chacun de ceux qui ont vécu un moment de leur vie professionnelle dans ces lieux, ressentir le plaisir et la fierté d'y avoir été présent au service de l'autre.

Bon vent ! Puissiez-vous, vous tous qui rejoignez l'hôpital de la femme, de la mère et de l'enfant, marquer de votre empreinte les murs nouveaux qui vous accueillent.

XXX (Prénom Nom)

Directeur du Groupement Hospitalier XXX

Janvier 2008

ANNEXE 8

La conduite du changement appliquée à l'organisation polaire selon John P. KOTTER,

Leading Change, éditions Harvard Business School Press, 1996

Etape 1	« Etablir un sentiment d'urgence » Sensibiliser les acteurs à l'organisation polaire et définir les priorités de mise en œuvre
Etape 2	« Créer la coalition qui guide le changement » Faire participer l'équipe à travers des groupes de travail sur des thématiques de pratiques professionnelles
Etape 3	« Développer une vision de la stratégie » Développer une vision partagée de l'organisation et des stratégies à partir de scénario réalistes et crédibles La vision doit dynamiser
Etape 4	« Communiquer la vision » Informier et s'informer pour souligner l'enjeu de l'hôpital et des pôles
Etape 5	« Donner le moyen de franchir les obstacles » Donner aux acteurs clés les compétences pour comprendre et être efficace
Etape 6	« Démontrer des résultats à court terme » Valoriser et faire du retour d'expériences
Etape 7	« Consolider les gains et les préserver » Valoriser les premiers résultats (activités, satisfaction du patient, notoriété de l'organisation) pour accélérer le changement
Etape 8	« Ancrer le changement dans la culture » La réussite du changement est intégrée dans la culture de l'organisation : les nouvelles valeurs partagées, les comportements et les systèmes de relations entre individus et unités (projet de soins, projet d'établissement, projet de pôles)