



EHESP

Directeurs des soins

Promotion : **2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**Rôle du Directeur des Soins dans
l'accompagnement des
restructurations des services de
chirurgie dans les hôpitaux de
proximité**

France MEZROUH

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté aide et soutien dans l'élaboration de ce travail, particulièrement toutes celles qui ont accepté de participer aux entretiens ainsi que celles qui m'ont accordé leur confiance.

Mon mari, mes filles, mes parents et toutes les personnes qui me sont chères.

Sommaire

Introduction	1
1 Le contexte	5
1.1 La restructuration des hôpitaux de proximité : un enjeu majeur face aux évolutions de la chirurgie et face aux nombreux défis à relever en matière de santé.....	5
1.1.1 Evolution et difficultés de l'activité chirurgicale en France.....	5
1.1.2 La politique de santé face aux nombreux défis à relever.....	7
1.1.3 Perspectives d'évolution des hôpitaux de proximité face aux évolutions de la politique de santé, des techniques et des difficultés du secteur chirurgical	9
1.2 Le constat du terrain	12
1.2.1 Une période d'instabilité.....	12
1.2.2 La décision de fermeture	12
1.2.3 La reconversion	13
1.3 Problématique et hypothèses.....	13
1.3.1 Le questionnement	13
1.3.2 Hypothèses	14
2 L'étude du terrain.....	15
2.1 Le terrain d'enquête.....	15
2.1.1 Des contextes institutionnels différents.....	15
2.1.2 Un constat douloureux.....	16
2.2 Les résultats d'entretiens	17
2.2.1 Une connaissance et compréhension mitigée des enjeux en matière de politique de santé	17
2.2.2 Un problème de communication, un manque d'anticipation et d'implication des acteurs.....	18
2.2.3 Une direction des soins dont la préoccupation majeure est la gestion des ressources humaines et un sentiment de solitude du cadre de proximité	20
2.2.4 Un sentiment de dévalorisation et une difficulté à travailler avec les personnes âgées pour une grande majorité du personnel soignant	21
2.3 L'analyse de la situation	22
2.3.1 Une épreuve identitaire qui justifie fréquemment l'emploi du terme de deuil.....	22

2.3.2	Un rapport au travail et à la conception de soin qui se modifie.....	23
2.3.3	La restructuration : une nouvelle réalité à reconstruire	25
3	La politique d'accompagnement du changement et rôle du Directeur des Soins	26
3.1	Le rôle du Directeur des Soins dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique stratégique de restructuration.....	26
3.1.1	De l'analyse stratégique au processus de décision, le Directeur des Soins une ressource incontournable.....	26
3.1.2	Une politique structurée pour conduire et accompagner le changement, un positionnement du Directeur des soins dans une dimension stratégique	27
3.1.3	La gestion des temporalités, une notion à prendre en compte pour le Directeur des Soins en matière de stratégie.....	28
3.1.4	Le rôle essentiel du Directeur des Soins dans la reconstruction du processus identitaire et dans l'apprentissage d'une nouvelle réalité.....	29
3.2	Le dispositif d'accompagnement social : un travail de collaboration étroite entre le Directeur des Soins et le DRH.....	31
3.2.1	La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.....	31
3.2.2	Le dispositif d'accompagnement collectif	31
3.2.3	L'accompagnement individuel	32
3.3	Le Directeur des Soins un rôle important dans la communication	33
	CONCLUSION	35
	Bibliographie.....	37
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
AS	Aide Soignant
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DRH	Directeur des Ressources Humaines
EHESP	Ecole Hautes Etudes en Santé Publique
FHF	Fédération Hospitalière de France
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.
HAS	Haute autorité de santé
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
PMSI	Programme médicalisé des systèmes information
PSPH	Privé Participant au Service Public
SROS	Schéma d'Organisation Sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité

Introduction

Face aux évolutions techniques et dans un contexte de maîtrise de dépenses de santé, le devenir de l'activité chirurgicale dans les hôpitaux de proximité reste au cœur des préoccupations.

De nombreux rapports ont été publiés sur ce sujet et préconisent notamment la fermeture des services de chirurgie n'ayant pas atteint un seuil d'activité critique (2000 interventions par an) et un niveau de qualité suffisant. Ces rapports suscitent de nombreuses polémiques et la restructuration de certains établissements fait l'objet d'une très forte médiatisation. Face aux menaces de fermeture des services de maternité et de chirurgie dans les hôpitaux de proximité, des comités de défense et de développement sont créés, ils se révèlent particulièrement actifs et mènent de véritables « combats ».

Cependant, la restructuration hospitalière n'est pas un processus récent. La première vague de restructurations a eu lieu à la suite de la loi 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales : des financements importants ont conduit un certain nombre de petits établissements à faire le choix de l'abandon des activités techniques au profit du médico-social et à donner à une série d'hôpitaux une dominante gérontologique. Les opérations de restructurations se sont poursuivies au cours des années 90 à la suite de la publication de la loi hospitalière de 1991 et suite à des réflexions conduites dans le cadre des premiers SROS (Schémas Régionaux d'Organisations Sanitaires) arrêtés en 1994. La création des ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) et les réflexions menées dans les années 1998-1999 pour la première révision quinquennale des SROS ont renforcé l'affichage d'une politique volontariste en matière de restructuration hospitalière¹.

Aujourd'hui, l'organisation du système de santé évolue dans un environnement complexe et les nouvelles modalités de financement des établissements de santé introduisent la nécessité de rentabilité et d'efficience. Ainsi, dans un avenir proche et comme le préconise le rapport Larcher, certains établissements de proximité seront amenés à repositionner leur offre de soins et de nombreuses restructurations seront nécessaires.

L'objet de ce travail n'a pas vocation d'alimenter les débats concernant la nécessité de fermer ou non les services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité, mais de comprendre pourquoi ces restructurations parfois inéluctables dans un contexte de

¹ BROUDIC P., « Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne – Ardenne ».

tarification à l'activité et dans une logique sécuritaire sont si difficiles à vivre pour les professionnels de santé.

En effet, au cours de ma pratique professionnelle, j'ai pu constater que même si la fermeture d'un service de chirurgie s'est déroulée sans remous médiatique et semble d'un point de vue politique « s'être bien déroulée », il n'empêche que sur le terrain cette situation est souvent vécue pour le personnel soignant comme un traumatisme.

Au regard d'un constat de terrain douloureux, la question de départ est de savoir pourquoi l'arrêt et la reconversion d'une activité chirurgicale est-elle difficile pour les équipes soignantes dans un établissement de proximité ?

A travers ce travail, il s'agit de prendre du recul face à une situation vécue, de comprendre et d'analyser les difficultés du personnel soignant au cours des restructurations pour enfin proposer une politique d'accompagnement.

La méthodologie retenue pour mener cette réflexion englobe une étude de terrain, une recherche bibliographique et une rencontre avec un sociologue.

L'exploration du terrain s'est effectuée sur la base d'entretiens semi-directifs avec différentes catégories professionnelles. L'approche adoptée a consisté à étudier ce qu'impliquent les opérations de restructuration lorsque l'on se place du point de vue de l'exercice de l'activité du personnel soignant.

Les entretiens ont été menés dans trois établissements situés dans des régions différentes auprès d'un Directeur d'établissement, deux Directeurs des Soins, un médecin, un représentant du personnel, quatre cadres de Santé, cinq infirmiers et cinq aides-soignantes.

Un guide d'entretien a été élaboré pour chaque catégorie professionnelle². Dans un premier temps, les entretiens ont permis d'étudier le déroulement du processus de restructuration et des stratégies mises en place. Dans un second temps il s'agissait d'aborder le ressenti des personnes interrogées face à la restructuration et les difficultés rencontrées lors de sa mise en place. Auprès du personnel soignant, il était important de comprendre l'impact de l'opération de restructuration sur leurs pratiques professionnelles et d'évaluer l'évolution concernant l'intérêt et la satisfaction au travail. A travers les entretiens, nous avons pu savoir si les personnes étaient restées dans l'établissement par choix professionnel ou par obligation familiale.

² Annexes

La recherche bibliographique a été utilisée tout au long de ce travail, elle a permis dans un premier temps d'étudier le contexte national en matière de politique de santé et de comprendre les enjeux des restructurations. Dans un second temps, la confrontation des résultats de l'enquête à différents concepts théoriques a permis d'élaborer une analyse plus approfondie de la situation. Puis enfin, la lecture de différents ouvrages concernant la conduite et la gestion du changement dans un contexte d'incertitude a permis de mieux appréhender les mécanismes de résistances et constitue un socle théorique solide pour l'élaboration des préconisations.

L'organisation d'un entretien avec un enseignant chercheur de L'EHESP ayant mené de nombreux travaux sur les restructurations et plus particulièrement sur les fusions d'établissements a permis d'échanger sur le sujet. Nous avons pu mettre en évidence des points communs entre les résultats menés au cours de ses différents travaux sur les fusions d'établissements et ceux résultants de mon enquête de terrain. Ce travail et plus particulièrement l'analyse de situation a bénéficié grâce à cette rencontre d'un éclairage sociologique.

Cependant, cette étude connaît certaines limites, en effet, les personnels paramédicaux spécialisés, chirurgiens et médecins anesthésistes n'ont pu être interrogés car ils avaient quitté l'établissement lors de l'enquête.

Aujourd'hui, le système de santé est en pleine mutation et connaît de profonds changements. Le Directeur des soins est un acteur impliqué dans le processus de décision et dans la mise en œuvre des choix stratégiques de l'établissement dans lequel il exerce. Dans le cadre de ses missions, il doit s'interroger sur les impacts des restructurations et savoir anticiper et accompagner ces évolutions.

La première partie de ce travail consistera tout d'abord à étudier l'évolution de la chirurgie en France et les perspectives de développement des hôpitaux de proximité dans un contexte socio économique difficile, puis, le questionnement suscité par le constat de terrain permettra de dégager les hypothèses de travail.

Dans une seconde partie, à partir de l'étude de terrain nous identifierons les facteurs responsables des difficultés ressenties par le personnel soignant lors de la fermeture des services de chirurgie ce qui nous amènera à proposer dans une dernière partie, une politique d'accompagnement et de définir dans ce domaine le rôle du Directeur des Soins.

1 Le contexte

1.1 La restructuration des hôpitaux de proximité : un enjeu majeur face aux évolutions de la chirurgie et face aux nombreux défis à relever en matière de santé

La restructuration des hôpitaux de proximité provoque de nombreuses polémiques. Une crise socio-économique touche l'ensemble du système de santé et l'activité chirurgicale en France connaît certaines difficultés.

Aujourd'hui le système de santé doit relever de nombreux défis et de nombreuses réformes ont été mises en place. Ces réformes ont un impact important sur l'ensemble des établissements de santé et les hôpitaux de proximité particulièrement touchés doivent repenser leur stratégie et conduite de restructuration.

1.1.1 Evolution et difficultés de l'activité chirurgicale en France

L'activité chirurgicale a connu depuis ces dernières années des évolutions techniques importantes. Le secteur privé s'est imposé dans ce domaine laissant aux établissements publics les interventions plus complexes. Cependant certains rapports³ montrent que ce secteur d'activité connaît de réelles difficultés.

A) L'évolution de la chirurgie en France

La chirurgie est devenue de plus en plus technologique et de moins en moins agressive. Son environnement s'est modifié par les progrès incessants de l'imagerie et surtout par la raréfaction de ses indications qui n'ont été qu'incomplètement compensées par des nouveaux besoins chirurgicaux. La plupart des activités chirurgicales ont bénéficié de nouvelles technologies: chirurgie endoscopique pour l'activité viscérale, urologie et robotique pour l'orthopédie et chirurgie vasculaire.

En ce qui concerne l'activité, les données de la DREES en 2005 montrent que les cliniques privées réalisent près des deux tiers de l'activité chirurgicale et les trois quarts de celle réalisée en ambulatoire. Les établissements publics, pour leur part réalisent de façon prédominante les activités chirurgicales les plus complexes.

³ DOMERGUE J., GUIDICELLI H., « La chirurgie Française en 2003 les raisons de la crise et propositions ».

Ainsi, les hôpitaux publics ne totalisent que 32% de l'activité chirurgicale mais ont la quasi exclusivité de certains groupes d'activités comme les transplantations d'organes (97%), la prise en charge des traumatismes graves et multiples (85%) et celles des brûlures, telles que les greffes de peau (81%). Les autres types d'interventions qui sont majoritairement pratiquées relèvent de la neurochirurgie et de la chirurgie cardiaque.

La chirurgie orthopédique n'est prise en charge qu'à 35% et le secteur public assure les actes complexes tels que la chirurgie majeure du genou, de la hanche et fémurs.

En ophtalmologie, 22% des interventions sont réalisées dans les établissements publics, et il s'agit là aussi d'interventions lourdes.

Ainsi, les études⁴ montrent que la chirurgie se développe plus largement dans l'activité privée. De 1981 à 1995, le nombre d'entrées en chirurgie enregistrées dans le secteur privé a progressé chaque année en moyenne de 6,53 % alors que cette évolution se limitait à un taux de 0,78 % dans le secteur public.

Cette évolution différenciée de l'activité se trouve confirmée par le nombre de places de chirurgie ambulatoire recensées, soit 936 places dans le public contre 5899 dans le privé.

B) La crise de la chirurgie : un problème démographique et un phénomène sociétal

L'évolution de la chirurgie est menacée par une pénurie médicale mais aussi par un manque d'attractivité des carrières chirurgicales

Ainsi, le rapport Berland publié en 2004 montre que l'évolution de la démographie médicale reste inquiétante en raison de la diminution du numérus clausus des années 1992-1993. Actuellement le nombre de chirurgien en France est de 23 090 toutes spécialités confondues et le taux de féminisation est de 22,6%.

Aujourd'hui, on ne manque pas de chirurgien mais la répartition des effectifs sur l'ensemble du territoire est inégale. Certaines régions (Ile de France, PACA) ont une densité double à celle des régions sous médicalisées telle que la Picardie et le Centre. Cependant, si l'on prend en compte le nombre d'interne actuel dans les filières chirurgicale et le vieillissement de la profession médicale ; toutes les spécialités risquent d'être rapidement sinistrées. Ce risque est d'autant plus grand que la féminisation en première année de Médecine est de 65% et que l'activité médicale d'une femme est de 70% de celle d'un homme.

⁴ DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France*

Parallèlement, l'activité chirurgicale nécessite l'intervention d'anesthésistes, les besoins dans cette discipline seront importants dans un avenir proche avec le départ en retraite de 500 anesthésistes chaque année.

La chirurgie connaît une crise profonde. Le rapport des Professeurs Domergue et Giudicelli élaboré à la demande de Mr Mattei ministre de la santé en 2003 expose les raisons de la crise de la chirurgie en France. Selon le rapport, la crise touche les établissements publics et privés. Les raisons en sont différentes, cependant il existe un point commun et cela concerne l'attractivité des carrières chirurgicales. Le rapport investissement personnel par rapport à la qualité de vie du chirurgien n'est plus acceptable et il s'agit là d'une crise sociétale profonde qui touche la profession⁵.

Dans le secteur privé, la précarité financière de 300 établissements privés inquiète les chirurgiens qui voient leur outil de travail menacé. Ainsi de nombreux regroupements se sont constitués depuis 1996 et les spécialités les moins rentables (chirurgie viscérale et digestive) sont délibérément abandonnées par certains de ces établissements.

Dans le secteur public, la mise en place des 35 heures et l'application de la loi européenne sur le repos compensateur ont diminué le temps de travail des soignants créant le sentiment d'un incessant manque de moyens. Les hôpitaux publics prennent en charge toutes les pathologies, sans sélection des malades tout en assurant la continuité des soins. Les exigences imposées par les urgences et certaines pathologies comme les personnes âgées compliquent l'organisation des soins.

En ce qui concerne les PSPH, la crise semble être moins importante. Les chirurgiens sont mieux rémunérés que dans les hôpitaux publics. Les revenus intéressants expliquent la qualité des praticiens qui exercent dans ces établissements et incitent à l'activité.⁶

1.1.2 La politique de santé face aux nombreux défis à relever

Le système de santé doit relever de nombreux défis et dans ce cadre de nombreuses réformes ont été mises en place.

A) La régulation des dépenses de santé

Depuis quelques années, l'assurance maladie est confrontée à des difficultés profondes qui touchent tant à la performance qu'à la régulation du système de santé. L'hôpital entre

⁵ DOMERGUE J., GUIDICELLI H., « La chirurgie Française en 2003 les raisons de la crise et propositions ».

⁶ Op.cit 4

dans une crise économique et différentes mesures ont été mises en place pour encadrer les dépenses de santé.

La loi du 19 janvier 1983 instaure le budget global auquel est appliqué d'année en année un taux directeur national d'évolution. Cette réforme permet jusqu'en 1990 un ralentissement des dépenses hospitalières, mais elle augmente d'année en année les inégalités entre établissements, départements et régions et favorise l'inactivité, pénalisant même les établissements qui ont fait des économies. Afin de mieux connaître l'activité hospitalière le PMSI est préconisé dès 1982.

En 2004, le gouvernement a poursuivi l'application des grandes orientations « du plan hôpital 2007 » par l'instauration progressive de la tarification à l'activité. Le financement des établissements privés et publics est donc basé sur l'activité réelle en fonction des coûts nationaux par pathologie. Ce système incitant à la productivité oblige les établissements de santé à repenser leur politique stratégique.

Aujourd'hui, l'hôpital est amené à développer son activité dans un cadre économique de plus en plus contraint. Il apparaît alors indispensable de rechercher en permanence le meilleur rapport entre le coût et l'efficacité des soins sans réduire leur qualité ni accroître les inégalités.

B) Exigence croissante de qualité et sécurité des soins

La place de l'utilisateur a évolué et son exigence en matière de qualité et sécurité des soins est toujours croissante.

La loi de juillet 1991 fait obligation aux établissements de santé de prodiguer des soins de qualité. L'ordonnance hospitalière d'avril 1996 renforce ce processus en créant l'accréditation des établissements de santé.

La loi du 13 août 2004 confie à l'HAS l'accompagnement nécessaire à la certification des établissements de santé et fixe l'obligation des évaluations des pratiques professionnelles applicables à l'ensemble des médecins.

Le relèvement des exigences en matière de sécurité sanitaire constitue un progrès majeur.

C) Evolution de l'offre de soins et territorialisation

Si globalement la santé des Français s'est améliorée au cours des trente dernières années, et que chaque année l'espérance de vie à la naissance augmente (77,2 ans pour les hommes et 84,1 ans pour les femmes), les études montrent une surmortalité prématurée et un état de santé inégale selon la catégorie sociale et la situation géographique. La France est loin d'avoir optimisée sa politique de prévention et de santé publique.

Les projections démographiques concluent à l'accélération du vieillissement démographique et l'âge de l'entrée dans la dépendance s'élève. En même temps que la population vieillit, se développent les pathologies liées à l'âge. Il est donc nécessaire d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Afin d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population et de réduire les inégalités, l'ordonnance du 4 septembre 2003 crée les territoires de santé. La notion de cartographie territoriale est pertinente car elle permet une approche globale et favorise une cohérence quantitative et qualitative.

Ainsi dans un contexte de maîtrise de dépenses de santé et en lien avec le projet de territoire, les établissements de santé doivent repenser leur politique d'offre de soins et de complémentarités avec les autres structures afin de répondre aux besoins de la population.

1.1.3 Perspectives d'évolution des hôpitaux de proximité face aux évolutions de la politique de santé, des techniques et des difficultés du secteur chirurgical

A) La notion d'hôpital de proximité

La notion d'hôpital de proximité ne répond pas à une définition juridique définie par le code de santé publique. Ces établissements sont de tailles variées (400 à 500 lits) et desservent tantôt des populations urbaines, rurales ou mixtes.

Les hôpitaux de proximité ne sont pas des hôpitaux locaux ni des centres hospitaliers pivot dont le plateau technique et les spécialités permettent de répondre à la plus grande partie de la demande sanitaire.

Les trente glorieuses ont permis la création d'un véritable système sanitaire, L'hospice s'est transformé en hôpital moderne et chaque maire avait à cœur de faire de son hôpital l'employeur le plus important de la commune. C'est ainsi que dans le cadre d'une planification inexistante, au sein d'un même secteur sanitaire, des communes de moyenne importance (7000 à 10 000 habitants) se sont dotées de service de maternité, chirurgie, médecine et urgence. Le problème médical s'est posé très rapidement dans ces structures et dès les années 1975 ces établissements ont recours à des praticiens étrangers de formations inégales.

Aujourd'hui, l'évolution des techniques chirurgicales, les progrès constatés au niveau des plateaux techniques et de l'environnement du geste chirurgical font que certaines petites structures chirurgicales ne peuvent pas toujours répondre dans leur fonctionnement actuel aux niveaux d'exigences de la population.

B) L'impact de la réforme de financement et de l'exigence en matière de sécurité

Sur le plan financier, le budget global a permis de maintenir de façon artificielle la plupart des centres hospitaliers de proximité. Etant donné que l'activité de certains de ces établissements est relativement faible, la mise en place de la tarification à l'activité basée sur la productivité renforce les difficultés financières et oblige certains de ces centres hospitaliers à se restructurer.

Le rapport du conseil national de la chirurgie (2005) et le rapport Vallencien (2006) mettent en évidence des problèmes de qualité et sécurité dans certains hôpitaux de proximité. La faible activité fait que certains chirurgiens perdent leur savoir-faire car comme toute activité faire peu expose à faire moins bien.⁷ Le rapport Vallencien souligne le fait que certains de ces chirurgiens ont reçu une formation à l'étranger et qu'il est difficile d'en évaluer le niveau.

Les recommandations émanant du conseil national de la chirurgie préconisent une reconversion des établissements en dessous de 2000 interventions par an, ce qui concernerait actuellement 113 structures en France. Cependant comme le souligne le Professeur Vallencien, la notion de seuil est intéressante mais peut avoir des effets pervers tels que pousser un opérateur à opérer sans raison.

Selon l'auteur, la qualité de l'activité chirurgicale dépend :

- De la pertinence de l'acte opératoire dépendante de la formation initiale et continue du chirurgien, des avis de l'entourage médical, de ses propres capacités chirurgicales et du recrutement
- De la réalisation de l'acte opératoire dans lequel rentre l'environnement structurel et sanitaire en fonction du respect des normes de sécurité
- Des suites opératoires qui dépendent non seulement du chirurgien et de l'anesthésiste mais de l'ensemble des personnels paramédicaux

C) Perspective d'évolution des hôpitaux de proximité

Dans un contexte de maîtrise de dépenses de santé et de rigueur en matière de qualité et sécurité des soins, l'activité chirurgicale dans certains hôpitaux de proximité est fortement remise en question et cela est notamment intensifié par le risque de pénurie médicale dans les années à venir.

Le rapport de la commission Larcher renforce la nécessité d'optimiser l'offre de soins hospitalière au niveau du territoire dans une optique de qualité et d'efficience. Pour s'ancrer dans l'avenir, un hôpital doit répondre à des besoins et s'inscrire dans une offre

⁷ Rapport VALLENCIEN G., « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France ».

de soins graduée, ce qui exige une analyse territoriale pertinente, tenant compte des flux de population et des bassins d'emploi⁸.

Ainsi des rapprochements entre hôpitaux publics doivent être encouragés pour développer des complémentarités autour d'un projet pertinent en termes d'activité médicale.

L'hôpital de proximité a un rôle fondamental dans le parcours de soin du patient, il représente le niveau de premier recours permettant à tout citoyen un accueil d'une prise en charge de première intention, en urgence ou de façon programmée et d'une orientation préparée soit vers un niveau de technicité supérieur quand la nécessité en est établie, soit vers les professionnels de santé ou médicaux sociaux du territoire quand cela est utile. Les progrès scientifiques conduisent inexorablement vers la constitution de plateaux de haute technologie de plus en plus coûteux. Ainsi, il est nécessaire d'identifier des centres de références pour des pathologies qui mobilisent un plateau technique très lourd. La rationalisation des équipements et ressources suppose que l'intervention des patients dans le parcours de soins soit préparée en amont et en aval et c'est dans ce cadre que l'hôpital de proximité a un rôle déterminant.

Dans cette optique, le rapport Larcher incite alors les hôpitaux publics à se rapprocher pour former des communautés hospitalières de territoire et préconise notamment la transformation des lits de court séjour sous-occupés en places d'hébergement médico-social et vers des redéploiements en lits de SSR.

En ce qui concerne l'évolution de la chirurgie, le positionnement de la FHF se résume à trois notions essentielles : « Regrouper, réorganiser et remotiver ».⁹

Ainsi la FHF se positionne favorablement sur l'exigence de taille critique minimale pour une activité chirurgicale viable et pérenne, sur la base de 2000 interventions par an. L'accès aux soins doit être garanti en réorganisant les conditions de diagnostic et de régulation à proximité des lieux de vie des populations et de permettre les transferts nécessaires sur des lieux de traitement adaptés au besoin.

Afin d'assurer la continuité territoriale, une logique de mutualisation inter établissement s'impose.

⁸ LARCHER G. et AL. avril 2008, rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital.

⁹ EVIN C. ET VINCENT G., *Evolution de la chirurgie publique : regrouper, réorganiser, remotiver le point de vue de la FHF*

1.2 Le constat du terrain

La restructuration des services de chirurgie fait l'objet de nombreuses polémiques et de remous médiatiques. Les réactions houleuses des élus et de la population face aux menaces de fermeture de la maternité et de la chirurgie de l'hôpital de Carhaix en mai dernier avec notamment 7000 personnes dans les rues et 108 mairies en grève en soutien à l'hôpital dans le centre-ouest breton est un exemple qui montre à quel point ces restructurations sont difficiles¹⁰.

Cependant, si la restructuration de la chirurgie dans d'autres établissements n'a pas fait l'objet d'aussi importantes protestations et qu'apparemment cela s'est plutôt bien déroulé d'un point de vue politique, mon expérience sur le terrain m'a permis de constater que les équipes soignantes vivent cela très difficilement.

1.2.1 Une période d'instabilité

L'éventualité d'une fermeture d'un service de chirurgie provoque une instabilité au sein de l'établissement. Les équipes soignantes, conscientes que l'activité de leur service est faible et que cette situation ne va pas pouvoir perdurer sont inquiètes de leur devenir et cela est majoré pour le personnel spécialisé.

Le processus de fermeture même s'il apparaît inéluctable est ralenti par les négociations menées avec les élus, les usagers, les représentants du personnel et les professionnels de santé. Les débats sont essentiellement centrés sur les moyens à mettre en œuvre pour maintenir l'activité chirurgicale. Le personnel soignant alterne alors des phases d'espoir et de résignation.

Pendant cette période, le climat social est très tendu et cela provoque l'émergence de rumeurs. Des conflits surgissent en vue de rechercher les responsables de cette situation. Pendant cette période, il est très difficile d'impliquer les professionnels de santé dans d'autres projets car la préoccupation majeure est centrée sur l'activité de chirurgie.

1.2.2 La décision de fermeture

Pour la plupart des établissements, l'éventualité de fermeture du service de chirurgie a été envisagée depuis longtemps et pourtant l'annonce de la restructuration est vécue à la fois comme « un soulagement » et un « choc ».

Les équipes soignantes et l'encadrement de proximité ressentent dans un premier temps un soulagement, cette période d'instabilité devenait insupportable : « *maintenant on sait ... c'est sûr* » mais parallèlement, on constate que les équipes sont en état de

¹⁰ <http://ouest.france3.fr/info/bretagne/41573078-fr.php>

choc : « *ce n'est pas possible on le savait que ça allait arriver... mais on ne voulait pas y croire....C'est horrible....* »

Les équipes soignantes du service de chirurgie et du bloc opératoire entrent alors progressivement dans les différentes étapes du processus de deuil.

1.2.3 La reconversion

Dans la plupart des établissements et dans un souci de rentabilité, la reconversion de l'activité chirurgicale s'effectue très rapidement.

Les équipes spécialisées quittent souvent l'établissement et pour les autres catégories professionnelles l'adaptation à une nouvelle activité doit s'effectuer très rapidement.

En ce qui concerne mon expérience professionnelle, les établissements se sont restructurés en service de longue durée et SSR où la prise en charge de la personne âgée est prédominante. Les équipes soignantes insuffisamment préparées à cette prise en charge étaient en très grande difficulté et se sentaient dévalorisées.

Cette situation observée dans deux établissements différents, m'a permis de constater des insuffisances dans la qualité de la prise en charge de la personne âgée.

1.3 Problématique et hypothèses

1.3.1 Le questionnement

Au regard du contexte national décrit précédemment, certains hôpitaux de proximité seront amenés dans l'avenir à reconsidérer leur activité chirurgicale et à repenser leur stratégie de restructuration.

Cependant, il apparaît que ces restructurations sont difficiles à mettre en place. En effet le personnel soignant a beaucoup de difficulté à faire le deuil du service de chirurgie, cette situation est vécue douloureusement et selon l'orientation prise cela semble avoir un impact sur la qualité de la prise en charge.

En tant que Directeur des Soins, la qualité de la prise en charge des patients est une de mes préoccupations, ainsi s'il est important de s'adapter à l'évolution de l'organisation de l'offre de soin dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, il m'apparaît essentiel de comprendre les difficultés que rencontre le personnel soignant dans le cadre des restructurations et d'en examiner les impacts sur les pratiques de travail.

Au regard du constat et des interrogations, la question de départ qui servira de base pour mener l'étude de terrain est de savoir pourquoi l'arrêt et la reconversion d'une activité chirurgicale est-elle difficile pour les équipes soignantes dans un établissement de proximité ?

1.3.2 Hypothèses

La première hypothèse envisagée est liée au fait qu'aujourd'hui la valorisation professionnelle dans le domaine hospitalier est axée essentiellement sur la technologie et le soin curatif.

Ainsi, nous pouvons présupposer que la reconversion d'un service de chirurgie et activité de bloc opératoire dans une activité beaucoup moins technique engendre pour le personnel soignant une perte d'identité professionnelle et un sentiment de dévalorisation.

La seconde hypothèse envisagée est liée au fait qu'un certain nombre de mois, voire d'années s'écoulent entre l'éventualité de restructuration du service de chirurgie et la prise de décision d'arrêt définitif. Pendant cette période que j'ai qualifiée dans le constat « d'instabilité » les centres d'intérêt des acteurs hospitaliers s'articulent autour de logiques différentes. Pour certains il s'agit de trouver les moyens pour maintenir l'activité chirurgicale et pour d'autres de convaincre à la nécessaire reconversion.

Dans ce contexte conflictuel, l'anticipation en matière de gestion d'emploi et de compétence afin d'assurer efficacement une nouvelle activité n'est pas un axe prioritaire.

Ainsi, nous pouvons présumer que la difficulté des équipes soignantes dans la reconversion d'un service de chirurgie est liée au manque d'anticipation en matière de gestion des emplois et des compétences.

La troisième hypothèse envisagée est liée au fait que la situation personnelle des soignants est remise en question. En effet, le personnel qui désire continuer son activité professionnelle dans un bloc opératoire ou service de chirurgie est dans l'obligation de changer d'établissement et cela a un impact sur l'organisation de sa vie personnelle (transport, déménagement...).

Ainsi pour certaines personnes le fait de rester travailler dans l'hôpital de proximité peut résulter plus d'un choix familial que professionnel. Ainsi, ce choix peut avoir un impact sur la motivation au travail

Nous pouvons supposer que lorsque le personnel soignant reste dans l'établissement par obligation personnelle et non par choix professionnel, la reconversion de l'activité chirurgicale est vécue difficilement.

2 L'étude du terrain

2.1 Le terrain d'enquête

2.1.1 Des contextes institutionnels différents

L'enquête de terrain a été menée dans trois établissements situés dans des régions différentes.

L'hôpital A... comprend actuellement 350 lits. La restructuration s'est déroulée dans un premier temps par la fermeture du service de maternité (2002) puis par une reconversion du service de chirurgie en SSR (juillet 2007).

Face aux préoccupations budgétaires par une insuffisance de l'activité chirurgicale, un premier projet a été présenté aux équipes soignantes en 2005 avec la transformation de 10 lits de chirurgie en SSR (à vocation post opératoire), le maintien de la chirurgie traditionnelle pour 10 lits et le développement de la chirurgie ambulatoire (5 places). Des conventions devaient être établies avec les cliniques privées environnantes pour que les chirurgiens interviennent dans l'établissement. Ces partenariats n'ont pu aboutir car les chirurgiens des cliniques ayant déjà une activité importante ne voulaient pas se déplacer sur un autre établissement.

La situation s'est maintenue avec la transformation dans un premier temps de 8 lits de chirurgie en SSR et avec une fermeture du bloc opératoire le week-end et la nuit.

Pendant 2 ans et demie l'équipe soignante a assuré la prise en charge de deux types d'activité : SSR et chirurgie.

Le départ du Médecin anesthésiste pour le CHU en juillet 2007 a précipité la fermeture du bloc opératoire et du service de chirurgie et a entraîné de façon instantanée la reconversion de la totalité des lits en SSR. Ce service accueille essentiellement des patients âgés ayant des polypathologies. Il s'agit de personnes dans la plupart des cas en attente de placement.

Le personnel spécialisé a demandé son affectation dans un autre établissement. L'ensemble du personnel de chirurgie a été maintenu pour assurer l'activité de SSR, mais certaines infirmières ont demandé leur mutation.

L'hôpital B...a fermé très rapidement le service de maternité (mars 2007), le service de chirurgie viscérale et vasculaire (juillet 2007) et le service de chirurgie d'orthopédie (novembre 2007). Parallèlement, l'établissement a augmenté sa capacité d'accueil au niveau de la médecine et de la création d'un service de psychogériatrie (13 lits), d'un service de médecine gériatrie (15 lits) et d'un hôpital de jour (5 lits).

La mise en place de la T2A a renforcé les difficultés financières de l'établissement liées

au manque d'activité des services de maternité et chirurgie. Un projet de restructuration est évoqué depuis 2005 mais confronté à la résistance des élus locaux, n'a pu aboutir.

Un facteur déclenchant en 2006 a accéléré ce processus, en effet suite au décès d'une patiente de 40 ans, l'enquête dirigée par l'ARH et la DRASS a permis de mettre en évidence des problèmes de sécurité. Le Directeur explique que « *le rapport recommandait de fermer le service de maternité et chirurgie et que cela s'est effectué sans résistance majeure* »

Une coopération s'est établie avec le centre hospitalier de recours territorial pour accueillir les professionnels spécialisés (sages femmes, IADE, IBODE). Le reste du personnel a été réparti sur l'ensemble des services de l'établissement en tenant compte de leur choix. L'établissement a fait appel à un cabinet de consultant pour accompagner le changement. Selon le Directeur des Soins interrogé, chaque agent a eu un entretien individuel et un bilan de compétence.

L'hôpital Ca fermé successivement le service de maternité (20 lits) et chirurgie (30 lits) en octobre 2006. L'activité de ces services était insuffisante et un projet de restructuration a été envisagé depuis longtemps mais n'a pu aboutir par une résistance importante des représentants syndicaux. Le Directeur des soins interrogé explique que « *le directeur a été séquestré dans son bureau par les syndicats....il a dû quitter l'établissement....un autre directeur par intérim a pris le relais et le processus de fermeture a continué...* »

Le facteur déclenchant de fermeture a été lié au départ en retraite du chirurgien et une difficulté de recrutement pour lui succéder.

Ainsi le service de chirurgie a été reconverti en SSR avec le maintien de l'ensemble du personnel. Le personnel spécialisé a quitté l'établissement.

2.1.2 Un constat douloureux

Les entretiens menés sur le terrain montrent que pour l'ensemble des personnes interrogées, la fermeture de l'activité chirurgicale dans un hôpital de proximité se déroule très difficilement et qu'elle est vécue comme un véritable traumatisme. Seul le Directeur d'établissement exprime un autre sentiment et pense que « *la restructuration s'est plutôt déroulée dans la bonne entente et bonne humeur...de toute façon le personnel s'y attendait....ça été plutôt ressenti comme un soulagement que quelqu'un appuie sur le bouton* »

Les entretiens se sont déroulés avec parfois beaucoup d'émotions et entrecoupés de pleurs en évoquant le déroulement de la restructuration. Certaines personnes m'ont même remerciées pour le choix du sujet : « *merci de vous intéresser à nous* ».

L'enquête de terrain a permis de recouvrer les éléments décrits par Dumond JP lors de ses travaux concernant les restructurations¹¹. Comme le souligne l'auteur, la restructuration est vécue comme une véritable épreuve et une atteinte psychologique. Trois personnes interrogées ont affirmé avoir été sous antidépresseur suite à l'annonce de la fermeture du service et une autre personne voulait « *se mettre en arrêt maladie* ».

L'enquête montre que le personnel soignant (IDE et AS) entretient un rapport très affectif au service de chirurgie ainsi le processus de restructuration est alors vécu comme une véritable blessure narcissique. Les propos recueillis mettent en évidence ce sentiment : « *la fermeture du service de chirurgie ç'a été l'horreur...on a eu le sentiment d'être jeté à la poubelle* » ; une autre aide-soignante exprime sa colère en disant « *on nous a salis.....on n'a eu aucune considération....* »

Les entretiens montrent le caractère d'inquiétude et de stress que génère la restructuration pour le personnel soignant : « *on ne savait pas ce qu'on allait devenir ... J'avais peur qu'on ferme l'hôpital....* ». Les cadres du bloc opératoire expriment que ce sentiment d'inquiétude était renforcé pour le personnel spécialisé et plus particulièrement pour les IBODE « *elles ne savaient pas où elles allaient aller.... puis elles avaient peur car elles ne connaissaient pas les pratiques des autres établissements....ici.....elles ne connaissaient pas certaines nouvelles techniques.....* »

L'ensemble du personnel soignant et de l'encadrement avait conscience que le service de chirurgie allait fermer mais paradoxalement lorsque la décision est prise cela est vécu comme un véritable choc : « *on savait que ça allait arriver....mais on ne voulait pas y croire....on avait toujours espoir....ça été un choc..* » ; puis une autre infirmière souligne « *on en entendait parler depuis si longtempsque l'on n'y croyait plus... pourtant on le voyait bien qu'il n'y avait pas assez d'activité...on savait que ça ne pouvait pas durer ...quand ça arrive c'est vraiment trop dur...*»

2.2 Les résultats d'entretiens

2.2.1 Une connaissance et compréhension mitigée des enjeux en matière de politique de santé

L'ensemble des personnes de la Direction interrogées, le personnel d'encadrement, le médecin et une grande partie du personnel infirmier connaissent et comprennent les enjeux en matière de politique de santé et mettent en avant la logique financière et

¹¹ DUMOND J.P, *les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers*

sécuritaire. Un infirmier exprime cela en disant « *c'est logique que l'on ferme les petits services de chirurgiepar expérience je sais que parfois il y a des situations limites au niveau de la sécurité... pourtant quand ça arrive c'est difficile...* » ; un cadre de bloc opératoire exprime « *avec certains chirurgiens on avait peur de travailler...l'équipe était à cran...on avait peur de l'accident...* »

L'autre partie du personnel soignant interrogé (la totalité des aides-soignantes, une partie du personnel infirmier et le représentant du personnel) mettent en avant la nécessité de maintenir ces activités pour répondre au besoin de proximité et de précarité de la population : « *Il y a des gens qui sont démunis...ils n'ont pas de voiture...ce sera difficile pour eux de se faire soigner...il faut aller trop loin...* ».

L'approche relationnelle des hôpitaux de proximité est souvent valorisée et mis en avant par les personnes interrogées : « *dans les petits hôpitaux c'est plus convivial...on n'a plus le temps de s'occuper d'eux ... de leur parler...dans les grands centres ce n'est pas pareil...on n'est qu'un numéro...* »

2.2.2 Un problème de communication, un manque d'anticipation et d'implication des acteurs

Le problème de communication est un des éléments majeurs relevés sur l'ensemble des établissements concernés et soulignés par l'ensemble de personnel soignant, médecin et encadrement de proximité.

En effet, les acteurs ont le sentiment que l'annonce de la fermeture du service s'est plutôt articulée autour « *de rumeurs et bruits de couloir* ». Le médecin interrogé et actuellement responsable du SSR explique « *je n'ai pas participé au processus de décision, mais j'étais implanté dans l'établissement et j'ai vu comment cela s'est passé, ça s'est déroulé dans un cadre flou où tous les acteurs n'ont jamais su à quoi s'en tenir ...c'était très dur cette incertitude c'était difficile à vivre pour l'équipe ...* »

Pour deux établissements concernés par l'enquête, il s'avère que ce sont les cadres de proximité qui ont annoncé aux équipes la fermeture officielle du service. Un des cadres interrogé déplore l'attitude fuyante du Directeur de l'établissement : « *j'ai dû annoncer moi-même à l'équipe que le bloc fermait et cela a été très difficile...C'est déplorable ...* ». Une aide-soignante évoque à ce propos un sentiment d'abandon « *le directeur nous a laissé nous débrouiller....Il nous a laissé choir...heureusement que notre cadre était là...la pauvre ...elle a dû tout assumer....* »

En ce qui concerne le troisième établissement, le Directeur au cours de l'entretien met en avant l'importance de la communication avec le personnel dans le processus de

restructuration et explique « *j'ai fait plusieurs réunions de communication...il est important d'accompagner le personnel ...j'ai reçu les groupes de professionnels concernés...je leur ai dit que l'on n'abandonnera personne... ».*

Pourtant, le personnel interrogé dans ce même établissement évoque un manque de communication. Une aide-soignante dit « *le directeur est venu nous voir une fois...il n'y a eu aucune suite...j'ai l'impression que l'on a été abandonné ... ».* Le cadre de chirurgie déclare « *j'ai appris la décision de fermeture par des bruits de couloir...les syndicats et le DRH m'avaient simplement dit quelque jours avant, attention ça va être difficile ... »* et le cadre du bloc déplore « *le fait qu'il n'y a pas eu de stratégie de communication »*

En ce qui concerne l'anticipation et l'implication des acteurs dans le projet de restructuration, les entretiens montrent qu'aucune politique de stratégie n'a été réellement implantée sur l'ensemble des établissements concernés par l'enquête. L'ensemble des personnes interrogées y compris le personnel d'encadrement disent « *ne pas avoir été préparés ni impliqués dans le projet de reconversion ».* Dans chacun des établissements le changement d'activité s'est effectué dans un délai très rapide.

En ce qui concerne l'établissement qui avait déjà commencé la reconversion en SSR en diminuant progressivement la capacité des lits de chirurgie, le médecin explique « *le personnel n'était pas préparé...pas formé...il a fallu tout organiser sur le tas... et en plus gérer deux activités en même temps c'était difficile... ».*

Pour le deuxième établissement reconverti aussi en SSR une aide-soignante explique « *nous n'avons pas été préparés...on était perdu...on ne savait plus ce que l'on devait faire et quelles étaient nos missions... c'est seulement aujourd'hui.. .au bout d'un an...on va en formation...on comprend mieux à quoi ça sert un SSR ... ».* A noter que les équipes soignantes de ces deux établissements pensaient accueillir des patients en post - chirurgical et expriment ouvertement leur déception.

Le directeur du troisième établissement explique « *après la décision de fermeture nous avons très rapidement retravaillé sur le projet médical : un séminaire a été organisé entre les médecins et l'équipe de Direction ».* Certaines actions ont été menées dans cet établissement : un consultant a été engagé pour accompagner le changement, une présentation des activités futures avec l'organisation d'un forum des métiers a été mise en place.

Cependant ces actions apparaissent insuffisantes pour l'ensemble du personnel concerné. Les cadres de santé de proximité se sont sentis exclus du dispositif et déplorent le manque d'anticipation.

2.2.3 Une direction des soins dont la préoccupation majeure est la gestion des ressources humaines et un sentiment de solitude du cadre de proximité

L'enquête menée auprès des cadres de Santé de proximité montre que leur mission d'accompagnement des équipes dans les restructurations est très difficile. Un des cadres interrogés a préféré quitter le bloc opératoire avant sa fermeture définitive : « *je ne pouvais pas fermer le bloc...c'était trop difficile avec les équipes...je ne supportais plus...* ». Un autre cadre explique que « *les équipes vivent un véritable processus de deuil...elles sont passées par toutes les étapes : colère, dépression... puis progressivement l'acceptation.....et cela il faut savoir le gérer....ça demande beaucoup d'écoute et c'est épuisant....* ».

Les cadres interrogés décrivent notamment leur rôle de tampon et de relais entre l'équipe et la direction. Le manque d'information les met parfois dans la difficulté face aux équipes. L'ensemble des cadres interrogés expriment un sentiment de solitude et un manque de soutien de la Direction des Soins. A ce propos un cadre exprime « *je me sentais seule...j'avais l'impression de tout survoler....de ne pas être assez à l'écoute des équipes, la directrice des soins fuyait...elle ne comprenait pas ce que je vivais sur le terrain...* » ; dans le même sens un autre cadre explique « *il y a eu un manque de communication avec la Directrice des Soins...on ne la voyait pas...elle aurait dû venir plus sur le terrain...rencontrer les équipes....* »

Les cadres interrogés semblent être réellement impliqués dans la restructuration et se disent plutôt satisfaits de mener des nouveaux projets. Paradoxalement, si l'ensemble des cadres interrogés se disent satisfaits de mener un nouveau projet, trois d'entre eux expriment parallèlement un sentiment d'échec. L'un des cadres commente ce sentiment de la façon suivante : « *au début, la fermeture du bloc, je le vivais comme un échec, j'ai mis des choses en place pour que ça fonctionne et puis j'ai eu l'impression que tout s'écroulait...que ça n'a servi à rien* » ; un autre cadre explique « *sur le coup il faut aider les équipes...on n'y pense pas...puis après je me suis dit que j'avais raté quelque chose...on m'enlevait ma spécialité...* »

L'enquête menée auprès des Directeurs des Soins montre qu'ils sont impliqués dans le processus de décision de restructuration. Ils décrivent une situation difficile à gérer face à un personnel en souffrance. Les entretiens dévoilent une prise de conscience du fait qu'ils ne sont pas suffisamment sur le terrain pour soutenir les cadres de proximité lors du processus de restructuration, mais leur préoccupation prioritaire est la gestion des ressources humaines. A noter que seul un établissement de l'enquête possède un cadre Supérieur de Santé au niveau de la Direction des Soins. Les Directeurs des Soins évoquent les différentes difficultés auxquelles ils sont confrontés :

- La gestion des mutations ou le reclassement du personnel spécialisé du bloc opératoire mais aussi du personnel de maternité quand les opérations de restructuration s'effectuent de façons successives.
- La gestion du personnel soignant qui demande une mutation suite à la restructuration tout en devant faire face aux difficultés de recrutement du personnel infirmier
- Le reclassement du personnel dans les différents services, en essayant de tenir compte des désirs de chacun et des besoins institutionnels.
- La gestion de l'absentéisme qui est plus important lors des restructurations

2.2.4 Un sentiment de dévalorisation et une difficulté à travailler avec les personnes âgées pour une grande majorité du personnel soignant

Lorsque l'on interroge le personnel soignant sur leur pratique actuelle et leur intérêt professionnel, on distingue deux groupes.

Le premier groupe se dit satisfait dans le travail et y trouve de l'intérêt. Ce groupe est représenté par les trois infirmiers sur les cinq interrogés. Les éléments de satisfaction évoqués se situent à différents niveaux. L'un des infirmiers interrogé exerce dans un service de médecine et explique « *au début c'était difficile, il a fallu s'adapter à la nouvelle organisation, mais aujourd'hui je suis content...ça été pour moi formateur...ça été l'occasion de faire autre chose...de moi-même je n'aurais pas changé...* ». Les deux autres personnes interrogées exercent dans le service de SSR, l'une a un projet cadre et pense que la restructuration est une expérience intéressante pour son projet professionnel, l'autre infirmière explique « *moi j'y trouve mon compte dans la nouvelle activité...il y a moins de technique certes...mais on fait plus de relationnel...c'est gratifiant...* »

Le deuxième groupe est composé de l'ensemble des aides soignantes et de deux infirmières exerçant en SSR (soit 70% des personnes interrogées). Ce groupe se dit insatisfait dans leur travail et trouve très peu d'intérêt dans leurs nouvelles pratiques.

La totalité de ces personnes voulaient quitter l'établissement et sont restées par choix personnel parce qu'elles sont propriétaires de leur maison.

Les infirmières déplorent le manque de soins techniques et les aides-soignantes évoquent une charge de travail trop lourde.

Pour les deux catégories professionnelles, la prise en charge de la personne âgée est ressentie comme une difficulté. Une infirmière explique que « *le travail est moins intéressant...Je m'ennuie...c'est plus difficile de prendre en charge des personnes âgées...la relation est difficile car ils ont des troubles de communication...* » ; une autre

évoque les faits suivants « *on fait toujours la même chose c'est routinier...* ». Les aides soignantes exposent les difficultés qu'elles rencontrent d'un point de vue relationnel et surtout dans la prise en charge des patients atteints de la maladie Alzheimer.

A travers les entretiens, un sentiment d'inutilité apparaît pour les deux catégories professionnelles. Une infirmière exprime ce sentiment en disant « *j'ai l'impression que je ne sers à rien...ici on ne voit pas ce que l'on fait...au moins avec la chirurgie, on voyait les patients guérir...là on stagne...on ne les voit pas évoluer.... J'ai vraiment l'impression de ne rien apporter.....* »

Le sentiment de dévalorisation est souvent évoqué au cours des entretiens. Les Directeurs des Soins interrogés renforcent ce sentiment en expliquant « *le problème c'est que personne ne veut travailler en gériatrie, le personnel veut rester dans des services actifs mais il n'y a pas assez de postes pour tout le monde... la chirurgie c'est une activité noble... avec les personnes âgées elles ont l'impression de ne plus être réellement des infirmières...elles ne soignent plus.....* »

Les différents éléments relatés par le second groupe a un impact sur la qualité de la prise en charge. Les propos relatés par le médecin et le Cadre de santé du SSR mettent en avant les difficultés. Pour le médecin « *il y a des difficultés dans la prise en charge de la personne âgée...et surtout avec la personne dépendante...pour certains c'est moins valorisant de faire de la gériatrie...et cela a un impact sur la qualité...on y travaillemais pour la gériatrie...il faut la fibre...on ne peut pas se forcer....* ». Le cadre explique « *au départ, il y a eu un problème dans la prise en charge...surtout par démotivation du personnel...l'équipe avait des difficultés pour aborder les patients dans leur globalité et dans la nécessité de les rendre autonomes...les soins n'étaient pas toujours adaptés...aujourd'hui on travaille sur tout cela...ça s'améliore...* »

2.3 L'analyse de la situation

L'enquête de terrain a mis en évidence les différentes difficultés que rencontre le personnel soignant lors des restructurations, ainsi dans ce chapitre, il apparaît important de confronter les résultats des entretiens à différents éléments théoriques pour mieux comprendre ce qui se joue d'un point de vue identitaire et en termes de rapport au travail.

2.3.1 Une épreuve identitaire qui justifie fréquemment l'emploi du terme de deuil

L'identité est un processus de socialisation successive.¹² Différentes formes d'appartenance collectives se dégagent du travail coopératif à l'hôpital. Au niveau de

¹² DUBAR.C. *la socialisation construction des identités sociales et professionnelles*

l'unité de soins, des appartenances collectives se constituent de manière forte, du fait d'une interaction intense de type technique ou relationnel. Unifié autour d'une même filière particulièrement « philanthropique » la communauté soignante prend aussi une dimension sectorielle : pédiatrie, psychiatrie gériatrie...

Au quotidien, certains acteurs expriment et vivent des appartenances collectives. A un niveau local l'esprit d'équipe et le comportement collégial sont une gageure et les personnels s'épanouissent davantage dans certains contextes de travail, en fonction du type d'activité, de la maladie et de la relation au patient.¹³

Ainsi la restructuration représente une épreuve identitaire que justifie ce terme, si étrange et si fréquemment employé à propos des restructurations, celui de deuil. Il s'agit en effet d'un deuil d'une partie de soi, de celle qui progressivement s'est attachée à l'environnement du travail, voire qui s'est confondue avec lui. Comme le souligne Dumond JP, la mise en œuvre des restructurations implique une mort, celle d'une organisation, d'un service, d'une équipe, que le terme de deuil n'est pas indécent mais adéquat. Les individus créent dans leur activité professionnelle, une sorte d'enveloppe psychique qui forme un écran de protection.

L'un des enjeux de la restructuration serait de faire face à la déchirure de cette enveloppe à la fois psychique et relationnelle. Cette enveloppe, en effet, n'est pas un manteau dont il est possible de se défaire à bon compte. Elle fait partie du sujet. L'être humain fait sien des objets de l'environnement et s'incorpore dans les objets qu'il offre. Avec les restructurations le sujet est placé dans l'obligation de remettre en cause cette osmose et de la reconstruire ailleurs, d'où la pénibilité des restructurations pour la plupart des personnes concernées, notamment lorsque l'ancienneté dans le poste est importante.¹⁴

C'est l'identité des personnes qui est atteinte dans le processus de restructuration, ainsi on comprend mieux pourquoi la restructuration est vécue comme un véritable traumatisme et qu'au cours des entretiens nous avons l'impression qu'il s'agissait d'une atteinte directe à l'intégrité de la personne.

2.3.2 Un rapport au travail et à la conception de soin qui se modifie.

Comme nous le démontre l'enquête du terrain, au cours des restructurations, le travail tel qu'il s'exerce au quotidien est affecté et cela conduit les agents à reconsidérer leurs pratiques professionnelles. Ces remises en cause sont difficiles et l'on peut identifier deux

¹³ SAINSAULIEU I. *les appartenances collectives à l'hôpital*

¹⁴ DUMOND J.P. *les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et des services hospitaliers*

autres facteurs responsables de cet état de fait : un bouleversement des normes au niveau de l'organisation et une modification du concept de soin.

L'organisation est un système social d'action collective, en constante recherche d'équilibre, en raison des relations de pouvoir et des contraintes qu'elle subit. Chaque acteur dispose d'une zone de liberté et d'une rationalité qui lui est propre et qui ne correspond pas forcément à la rationalité de l'organisation.¹⁵ Le changement est d'abord un changement du système d'action il remet en question pour l'acteur les conditions de son jeu, ses sources de pouvoir et sa liberté d'action en modifiant ou en faisant disparaître les zones d'incertitudes pertinentes qu'il contrôle. La restructuration constitue certes une épreuve identitaire mais aussi un bouleversement des normes explicites ou implicites du système d'organisation. Les personnes interrogées du groupe 1 ont accepté la restructuration car elles y ont trouvé leur propre intérêt et cela rejoint le concept de Philippe Bernoux où tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences.¹⁶

La modification du concept de soin apparaît un élément fondamental dans la restructuration des services de chirurgie et plus particulièrement si l'activité nouvelle consiste à prendre en charge des personnes âgées. Un sentiment de dévalorisation est souvent exprimé et la technicité de la chirurgie est souvent mise en avant. Pourtant au regard de l'exploitation du terrain, on s'aperçoit que la difficulté n'est pas seulement liée à la technicité et qu'elle résulte aussi des représentations qu'a le soignant de son métier , de la notion « de soigner » et à l'image que renvoie la personne âgée en terme d'identification. En chirurgie, la dimension du soin curatif domine et cela renvoie une image positive au personnel soignant si la représentation qu'il a de son métier est celle de « guérir ». En effet en chirurgie, la personne entre avec une pathologie et l'acte opératoire provoque pour la plupart du temps une guérison assez rapide produisant pour le personnel concerné un sentiment d'utilité. Ces éléments expliqueraient notamment les propos tenus tel que « *en chirurgie, on voit ce que l'on fait* » et le fait que le personnel s'adapte mieux si la reconversion lui permet de continuer à exercer dans un service « actif » où la prise en charge de la pathologie domine.

En SSR une autre approche de la dimension du soin est nécessaire, le maintien ou le retour à l'autonomie est une mission essentielle de ces services et nécessite certes une approche curative du soin mais une conception plus globale mobilisant des capacités plus

¹⁵ FRIEDBERG E. *Pour l'analyse sociologique des organisations*

¹⁶ BERNOUX P., *La sociologie du changement dans les entreprises et organisations*

importantes en matière de prévention, d'éducation, de réadaptation et d'accompagnement psychologique et social. L'exploitation du terrain indique que ces services accueillent beaucoup de personnes âgées et le soignant dont l'objectif implicite est de tout soigner, d'empêcher de mourir, risque fort de ne voir dans sa pratique gériatrique qu'un sentiment d'échec. La gériatrie contraint à une révision qui peut être ressentie comme déchirante des objectifs thérapeutiques. La relation gériatrique est une relation où s'infiltré sournoisement la question de la mort. On en parle rarement mais elle est partout.¹⁷

2.3.3 La restructuration : une nouvelle réalité à reconstruire

La restructuration d'un service de chirurgie est relativement complexe car comme nous l'avons décrit précédemment elle bouleverse un processus identitaire, les normes établies au sein des organisations, les représentations des professionnels et le rapport que les professionnels entretiennent avec leur travail. Ainsi la conduite des restructurations doit prendre en compte toutes ces données et le contexte environnant.

Une restructuration est une transition qui nécessite des espaces intermédiaires d'appropriation et de formulation de la nouvelle réalité à construire. Un chantier de restructuration ne peut donc être considéré de manière isolée, les acteurs concernés face à eux-mêmes

Au cours du déroulement des restructurations, émerge la dimension normative avec les normes implicites et explicites et de manière plus large, à la régulation mise en place par chaque équipe¹⁸ dont la reconstitution doit être assurée. Cette dimension est fondamentale, car elle conditionne le bon fonctionnement futur et l'enquête du terrain montre qu'elle est souvent négligée. Le temps laissé aux équipes pour préparer la restructuration, confronter leurs pratiques, esquisser de nouvelles normes, modifier les représentations, amorcer la recomposition des relations permet aux individus de réamorcer le processus créatif indispensable au travail. L'encadrement de proximité constitue un maillon central dans la reconstruction des normes, il est souvent sollicité et négligé.

¹⁷ PLOTON.L, *la souffrance des soignants en gériatrie*

¹⁸ REYNAUD J.-D., *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*

3 La politique d'accompagnement du changement et rôle du Directeur des Soins

La conduite du changement dans le cadre des restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité est relativement complexe car elle doit prendre en compte les différents facteurs évoqués ci-dessus.

Dans ce chapitre nous déterminerons certains principes généraux nécessaires à l'élaboration et mise en œuvre d'une politique d'accompagnement du changement dans le cas des restructurations hospitalières et nous décrirons le rôle du Directeur des Soins. Cependant, si l'on peut déterminer certains axes il est important de considérer que le contexte institutionnel et les influences non rationnelles spécifiques à chaque établissement conduisent à la nécessité de mener en parallèle « une gestion sur mesure » de ce changement. La spécificité des cas nécessite en effet que les dirigeants fassent preuve d'initiative et de créativité afin de porter un diagnostic sur le changement qu'ils affrontent et d'en déduire les conduites les plus adaptées.¹⁹

3.1 Le rôle du Directeur des Soins dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique stratégique de restructuration

3.1.1 De l'analyse stratégique au processus de décision, le Directeur des Soins une ressource incontournable

L'analyse stratégique est un processus qui intègre les différentes caractéristiques de l'hôpital et de son environnement. Une analyse interne permet de mettre en évidence les points faibles et les faiblesses de la structure et l'analyse externe permet d'identifier les opportunités et les menaces liées à l'environnement. Cette étape indispensable à laquelle participe l'ensemble de l'équipe de Direction et le corps médical permet de tirer des conclusions sur la nécessité de changer, sur le type de changement, sur les stratégies à adopter et en quoi la direction doit se réformer en matière de mode de pensée et de style de management. Ces conclusions conduisent à prendre les décisions du changement et à formuler le projet.

Cependant le processus de décision de restructuration d'un service de chirurgie est relativement complexe car même si ce projet est approuvé et/ou impulsé par l'ARH et que le projet de développement est basé sur une analyse fine de la situation, il n'empêche que cela risque de provoquer de nombreuses polémiques car les influences sont diverses. Le processus de décision de restructuration s'établit dans un contexte

¹⁹ MINVILLE E. CONTANDRIOPOULOS A.P. la conduite du changement quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière

d'incertitude et s'arbitre autour de démarches volontaristes et négociées et dépend des alliances nouées entre le Directeur, les acteurs institutionnels, politiques et syndicaux.

Dans ce contexte le rôle du Directeur des Soins dans le processus de décision est très limité car d'autres enjeux interviennent. Cependant, sa vision transversale et son positionnement en matière d'organisation, qualité et sécurité des soins est une ressource indispensable pour mener l'analyse stratégique et élaborer le projet de restructuration.

3.1.2 Une politique structurée pour conduire et accompagner le changement, un positionnement du Directeur des soins dans une dimension stratégique

Lorsque la décision de restructuration est actée, il apparaît essentiel d'élaborer une politique dont la stratégie vise à rendre les phases à venir les plus aisées possible pour chacun.

Les opérations de restructurations doivent être clairement identifiées dans la politique de l'établissement et portées par l'ensemble des dirigeants. Dans cette optique, il s'agit d'identifier les freins et leviers d'action et d'élaborer un plan d'action générale. Cette démarche vise notamment à fixer les étapes de l'opération et à identifier les impacts sur les autres organisations (logistique, technique, administratif...), à clarifier les modalités en matière de communication et d'accompagnement social.

La politique peut être élaborée au sein d'un comité de pilotage dirigé par le Directeur de l'établissement et composé des différents membres de l'équipe de Direction et des acteurs médicaux concernés.

Afin de réunir les conditions de réussite et pour réduire les marges d'incertitude, il est indispensable au préalable de bien analyser le contexte et l'histoire de la structure concernée.

Enfin, il conviendra de décider de la personne à qui confier la responsabilité du projet et d'organiser l'ensemble des délégations indispensables à une bonne lisibilité des attributions de chacun.

Dans le cadre de l'élaboration de la politique stratégique, l'implication et le positionnement du Directeur des Soins relèvent d'un caractère important. En effet, son champ d'action est très vaste et se situe à l'interface des autres directions et des acteurs médicaux. Responsable de l'organisation des soins, il doit élaborer une politique de soins visant à anticiper et accompagner ces évolutions. Cette politique doit permettre la restauration des nouvelles valeurs et comportements.

.

3.1.3 La gestion des temporalités, une notion à prendre en compte pour le Directeur des Soins en matière de stratégie

La gestion des temporalités apparaît un aspect essentiel du pilotage du changement, cette gestion est déterminante mais est aussi extrêmement délicate.

L'enquête de terrain montre d'une part que la demande du personnel est d'avoir du temps pour se préparer, mais aussi de connaître leur avenir. Le temps de l'annonce du projet, de sa réalisation, de son évaluation sont des phases à aménager, il est important d'établir un échéancier.

D'autre part, nous avons pu constater que dans les restructurations, l'annonce du changement provoque un traumatisme et qu'il s'agit pour les dirigeants de gérer le processus de deuil qui constitue alors une véritable résistance au changement.

Le processus de deuil se déroule en cinq étapes : le choc et le déni, la révolte et la colère, la négociation, la réflexion et le retour sur soi et enfin l'acceptation.²⁰ Ainsi la notion de temps est importante dans le processus de deuil et ne peut se réussir que dans la durée. L'enjeu de la démarche consiste alors à réduire au maximum l'amplitude de chacune de ces étapes, tout en gardant à l'esprit qu'un temps incompressible ne pourra être évité. Cependant la gestion du processus de deuil dans un cadre collectif est relativement complexe car le temps nécessaire au franchissement d'une étape du processus vers la suivante ne sera pas identique d'une personne à l'autre.

Ces différents préceptes mettent en évidence que le temps du conflit constitue un passage obligatoire et qu'il est important pour les dirigeants de le comprendre et d'utiliser cette phase comme un élément de progression d'un corps social en favorisant l'expression.

Dans la gestion de la restructuration, il est important de prendre en compte la notion de transition et le temps de la maturation. En effet, pour tout projet il existe une phase de latence ou transition ; comment vivre ces temps et les faire vivre au personnel est une question majeure. Le temps de maturation des équipes est à prendre en compte et doit être adapté aux corps sociaux concernés et à chaque individu.

Les différents éléments évoqués dans ce chapitre, arborent l'importance de la notion du temps dans les restructurations, la fermeture et la reconversion du service de chirurgie ne peuvent se faire dans la précipitation.

Etant un des acteurs impulsant le changement, le Directeur des soins devra identifier ces différentes étapes et adapter sa stratégie à chaque enjeu et à chaque personne. Il s'agit de gérer et d'accompagner ce processus de deuil de manière collective et individuelle.

²⁰ WINICKI P. *Réussir une réforme publique*

3.1.4 Le rôle essentiel du Directeur des Soins dans la reconstruction du processus identitaire et dans l'apprentissage d'une nouvelle réalité.

A) L'encadrement de proximité un véritable levier du changement.

La réussite d'un projet passe obligatoirement par la mobilisation de l'encadrement. La restructuration constitue une occasion privilégiée de revisiter l'implication et le rôle de l'encadrement.

L'enquête du terrain démontre à la fois une réelle implication des cadres de proximité mais un sentiment prégnant de solitude lors des restructurations. Les blocages et les inquiétudes dont ils peuvent faire preuve sont insuffisamment pris en compte. L'encadrement de proximité plus proche du terrain traduit des réalités qui doivent être prises en compte par le Directeur des Soins. Prendre en compte ces remontées, tout en gardant le cap, permet des infléchissements qui sont salutaires dans la mise en œuvre du changement. Les cadres de proximité doivent être impliqués dans le projet et il s'agit de rechercher avec eux la meilleure attitude ou la meilleure stratégie à adopter face aux membres de l'équipe.

Le cadre de proximité est porteur du changement et sa collaboration est fondamentale pour identifier les ressources, les compétences nécessaires au projet et notamment pour choisir au sein de l'équipe, les personnes prêtes à apporter leur soutien et leur motivation. Les cadres de Santé sont les acteurs essentiels dans l'opérationnalité du changement et l'enquête de terrain montre toute l'ampleur de la difficulté lorsqu'il s'agit de la restructuration d'un service de chirurgie.

Le Directeur des Soins doit renforcer les compétences en matière de management du changement et élaborer un dispositif d'accompagnement et de soutien de l'encadrement de proximité. Les cadres Supérieurs de santé ont un rôle fondamental dans l'organisation de ce dispositif.

L'accompagnement consiste notamment à organiser des bilans d'étapes qui permettent d'évaluer les avancées du projet, d'instituer un temps d'échange où les cadres peuvent exprimer ce qu'ils ressentent, leurs difficultés et décider des mesures à adopter.

B) Un travail sur les valeurs et représentations permettant la reconstruction du processus identitaire

Dans un premier temps, il apparaît essentiel de déterminer les missions à venir afin de créer et construire une communion de valeurs, de représentations pour reconstruire le processus identitaire, assurer une cohésion d'équipe et ainsi travailler dans la même direction. Une réflexion sur le concept de soin doit être engagée avec les équipes soignantes, il est important que celles-ci retrouvent un sens et un sentiment de valorisation dans leurs futures pratiques professionnelles.

Si la reconversion s'oriente vers la prise en charge de la personne âgée, un apport de connaissances spécifiques doit être mené en parallèle au temps de réflexion sur les représentations du vieillissement et de la mort.

La formation est un levier intéressant pour amorcer le changement mais cela n'est pas suffisant. L'inconnu entraîne des résistances, Il est alors important d'aider les équipes à se projeter dans un avenir réaliste. Ainsi différentes démarches peuvent être très utiles pour aider les personnes à se projeter on peut citer :

- La diffusion d'expériences réussies : faire parler ceux qui ont déjà vécu des restructurations en organisant des rencontres
- Le soutien individuel : la possibilité d'écoute par une personne extérieure peut avoir plus de succès
- L'organisation de temps d'échanges au sein d'une équipe peut favoriser la mobilisation entre les actifs et les plus passifs.
- La découverte de la réalité opérationnelle : les visites sur les futurs lieux d'exercice pour découvrir le contenu des fonctions nouvelles, leurs intérêts et leurs exigences.
- L'organisation des échanges avec d'autres établissements exerçant l'activité de la reconversion envisagée.

C) Une implication et responsabilisation des acteurs dans le projet favorisant l'apprentissage de la nouvelle réalité.

L'implication et responsabilisation des acteurs au projet en créant un groupe de travail pluriprofessionnel constitue un enjeu fondamental pour développer de nouveaux savoirs collectifs permettant aux différents acteurs de se parler, de se comprendre et d'interagir les uns avec les autres.

Cette implication permet aux professionnels de mieux appréhender l'évolution du contexte institutionnel et de s'attacher à de nouveaux modes d'organisation de prise en charge. Dans ses modalités de gestion, le Directeur des Soins doit favoriser cette dynamique d'apprentissage car elle constitue un facteur-clé dans la conduite du changement.

Le projet d'établissement et plus particulièrement le projet médical fixe les orientations en matière de restructuration, il est cependant important de susciter la participation des personnels à l'opération et cela peut se situer à différents niveaux : organisationnel, architectural, logistique....

3.2 Le dispositif d'accompagnement social : un travail de collaboration étroite entre le Directeur des Soins et le DRH

Le dispositif d'accompagnement social nécessite pour le Directeur des Soins un travail en collaboration avec le DRH. L'association des partenaires sociaux doit être envisagée. La gestion des ressources humaines lors des restructurations des services de chirurgie requiert une approche individuelle et collective. Le dispositif s'articule autour d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et compétences et l'enjeu majeur est à la fois de faciliter l'intégration et l'adaptation du personnel aux nouveaux postes de travail, tout en se préoccupant de manière individuelle du devenir des professions spécialisées

3.2.1 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La GPEC permet d'anticiper les évolutions, de faire face aux besoins et de prendre en compte les aspirations et les aptitudes individuelles.

La gestion prévisionnelle de l'emploi liée à la restructuration du service de chirurgie s'inscrit dans une anticipation globale des emplois au niveau de l'institution. Cela suppose la prise en considération de l'ensemble des projets ayant une incidence sur la situation de l'emploi dans l'institution et qui découle du projet d'établissement et du CPOM. Cette démarche nécessite que le processus de restructuration soit suffisamment anticipé et qu'il ne s'effectue pas dans la précipitation comme nous avons pu l'observer dans notre terrain d'enquête.

La gestion prévisionnelle de l'emploi nécessite dans un premier temps d'établir un diagnostic de l'existant à partir d'outils tels tableaux de bord et dans un second temps d'évaluer l'impact en matière d'emploi des évolutions de la structure. Il s'agit ensuite de visualiser l'emploi à court terme, de faire une projection des besoins à moyen terme, d'agrèger les besoins et les ressources projetés et de suivre l'impact des décisions prises et les ajuster si besoin.

La GPEC permet de prendre en compte les évolutions en termes d'activités, de compétences et de métiers. Cette démarche permet au DRH en collaboration avec le Directeur des Soins de mettre en œuvre des actions en matière de recrutement, de mobilités professionnelles, de conditions de vie au travail et en termes de formations et de compétences à acquérir.

3.2.2 Le dispositif d'accompagnement collectif

Les actions à mener en termes d'accompagnement social et le rôle du Directeur des Soins dans ce domaine ont déjà été abordés dans le chapitre. L'accompagnement des équipes se traduit par la mise en place d'un dispositif permettant une reconstruction

identitaire et une implication du personnel dans le projet permettant leur participation à la conception de l'avenir.

La formation est un dispositif d'accompagnement social important, elle peut être un moyen de donner un sens à l'opération en permettant aux agents de mieux comprendre les politiques et ainsi de mieux se situer dans l'évolution du système de santé. Elle permet aux agents d'acquérir de nouvelles compétences, de se préparer à de nouvelles fonctions ou de préparer une reconversion professionnelle. La formation facilite l'intégration et l'adaptation à des nouveaux postes de travail, il apparaît important d'organiser des stages pour les personnels déployés vers d'autres unités.

Le Directeur des Soins en collaboration avec Le DRH devra élaborer le plan de formation et cela suppose au préalable une analyse des besoins par rapport aux orientations de l'établissement mais aussi une analyse des besoins individuels. A l'issue de la phase d'analyse des besoins, les priorités seront dégagées pour construire le plan de formation.

Le Directeur des Soins a pour mission de proposer les affectations du personnel²¹ et dans le cadre des restructurations cela est relativement complexe car les propositions doivent prendre en compte les désirs et les compétences des agents, les besoins et les possibilités au sein de l'institution et les aménagements des postes de travail.

Ainsi les postes vacants doivent être diffusés et les profils explicités par l'encadrement. Les conditions de sélections et d'affectations des personnels doivent être prévues et explicitées par avance selon des critères préétablis sur la base de principes généraux.

3.2.3 L'accompagnement individuel

L'enjeu est de trouver à chacun une place correspondant le plus possible aux aspirations de chacun sans remettre en cause l'équilibre du collectif et sens du projet.

A) L'accompagnement du personnel spécialisé

L'accompagnement du personnel spécialisé est une préoccupation importante car la possibilité de maintien de sa fonction dans sa spécialité est relativement limitée au sein de l'établissement. Dans ce contexte, il apparaît important d'une part d'analyser les possibilités offertes en interne et d'autre part de développer des relations avec les établissements environnants disposant d'un plateau technique et d'étudier les possibilités offertes par ces établissements afin de pouvoir faire des propositions de mutation aux

²¹ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du Directeur des Soins dans la fonction publique hospitalière

personnels concernés. Une convention doit être établie avec ces établissements précisant les modalités de sélection, d'affectation et d'intégration de ces personnels. Ces éléments portés à leur connaissance leur permettront de faire un choix éclairé.

B) Des valeurs à respecter dans le dispositif d'accompagnement.

La fermeté du cap est le seul atout pour que les choix individuels se prennent. Toute hésitation ou revirement qui laisserait un espoir de rester en l'état est un frein à la maturité individuelle. Cependant, le maintien du cap s'établit dans le respect de certaines valeurs basées sur le respect de la personne. La confidentialité dans les échanges, les principes de solidarité et d'équité doivent être garantis.

Le Directeur des Soins doit porter et diffuser auprès des responsables ces valeurs et veiller notamment à leur respect.

C) Permettre un choix individuel volontaire et faire d'une contrainte une opportunité d'évolution personnelle.

Un entretien mené par le Directeur des Soins et le DRH auprès de chaque individu peut être un temps privilégié où à la fois l'agent peut exprimer ses souhaits, et les perspectives d'évolution professionnelles peuvent lui être présentées et explicitées.

Ainsi il s'agit au cours de l'entretien que l'agent puisse se déterminer individuellement au sein du collectif dans lequel il est intégré et d'amener l'agent à faire un choix et de le contractualiser.

3.3 Le Directeur des Soins un rôle important dans la communication

La communication auprès du personnel soignant, comme nous l'a montré l'enquête de terrain est un élément fondamental dans la restructuration.

Lorsque les différentes étapes du projet auront été dressées, elles devront être présentées pour validation aux instances. Ces validations institutionnelles sont à intégrer dans la planification de l'opération. Selon le fonctionnement des instances et suivant le niveau d'avancement, les thèmes peuvent être présentés sous forme d'information, de débat avant l'avis ou délibération.

Le Directeur des Soins participe aux différentes instances et son rôle est important car il s'agit d'apporter des informations claires dans son domaine de compétence et de prendre en compte les remarques et avis. Il doit afficher un positionnement clair en tant que soutien de la Direction Générale.

Tout au long du processus, les dirigeants doivent faire face à deux exigences dans leur communication, être suffisamment explicites pour que les grands axes du projet soient compris par tous et en même temps être suffisamment ouvert pour ne pas contraindre le changement et laisser aux acteurs des espaces de créativité et ainsi la possibilité de s'impliquer. La communication doit s'adapter en tenant compte des éléments qui pourraient être à l'origine des résistances au changement. En effet, figer de façon trop précise les objectifs risquerait de freiner l'implication des acteurs et rester imprécis, c'est au contraire introduire la suspicion et l'inquiétude.

La communication joue en permanence un rôle nourricier du changement. Le Directeur des soins est un relais important en matière de communication car il travaille au sein d'une équipe de Direction, en collaboration avec le corps médical et représente la hiérarchie de l'ensemble de l'équipe paramédicale.

Ainsi au cours de tout échange, il est important de vérifier que les participants disposent des mêmes référentiels communs de compréhension.

Le Directeur des Soins doit savoir doser l'information et s'assurer de sa propre disponibilité d'écoute et de celle de ses interlocuteurs et doit dans ce sens avoir le temps de faire comprendre, de reformuler, enfin de s'assurer que le partage est réel.

La communication dans une période de restructuration doit être la plus souple possible, il apparaît essentiel d'éviter des formules qui pourraient introduire une forme de blocage et des stratégies qui pourraient provoquer le doute chez les agents.

La sincérité et le réel souci d'aborder les vraies questions qui se posent sont les éléments centraux de la communication managériale du Directeur des Soins et doivent être perceptibles par l'ensemble des acteurs.

Les restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité comme nous l'avons vu au cours de notre réflexion sont relativement complexes.

Il s'agit d'informer, d'impulser le changement, d'impliquer les acteurs afin de bâtir une vision partagée. La question fondamentale réside dans la capacité à fédérer les intérêts autour de la restructuration, de permettre que les individus puissent imaginer et se projeter dans la situation future et de susciter la capacité à prendre en charge la transformation.

La présence de la Direction près du terrain est souvent évoquée par l'ensemble du personnel interrogé au cours de l'enquête. Il semble essentiel en effet que le Directeur des soins soit suffisamment proche du terrain pour que les équipes et l'encadrement se sentent soutenus et reconnus mais aussi qu'il sache prendre la distance nécessaire pour pouvoir prendre du recul et faire preuve d'objectivité.

CONCLUSION

La nécessité d'envisager l'évolution de l'hôpital public et privé est aujourd'hui généralement admise, au moins sur le plan des principes. Le fait de raisonner ces évolutions dans un objectif de meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population est souvent considéré comme essentiel pour maintenir un système de santé équitable et efficient. Au reste, si ces principes sont acquis, la déclinaison de cette évolution du tissu hospitalier, et plus particulièrement lorsqu'elle se traduit par la restructuration des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité, est pleine d'interrogations.

Les restructurations sont vécues par l'ensemble du personnel comme un véritable traumatisme générant un véritable processus de deuil. Ce travail, à partir de l'enquête de terrain et des recherches bibliographiques a permis de comprendre pourquoi l'arrêt et la reconversion d'un service de chirurgie sont vécus aussi difficilement par le personnel soignant. La restructuration provoque un bouleversement des normes implicites et explicites dans les organisations de travail mais aussi une perte d'identité professionnelle. Lorsque la reconversion se traduit par une prise en charge de la personne âgée, les difficultés ressenties par l'équipe sont encore plus importantes. En effet, Il s'agit alors d'un changement important dans leur conception du soin et de leur représentation de leur métier.

L'enquête de terrain a permis de mettre en évidence que les restructurations sont effectuées dans la précipitation avec un manque de communication et un manque d'anticipation et d'implication des individus dans le projet. Les équipes soignantes sont insuffisamment préparées aux nouvelles pratiques que suscite la reconversion et cela provoque un sentiment de dévalorisation et d'insatisfaction au travail.

La restructuration nécessite la mise en place d'un dispositif d'accompagnement où le Directeur des Soins a un rôle important. C'est dans le cadre d'une collaboration étroite avec les autres membres de l'équipe de Direction, le corps médical et l'encadrement que se situe son action.

La restructuration s'inscrit dans un contexte qu'il est impératif de prendre en compte et suscite la mise en place d'une stratégie visant à impliquer les acteurs, d'une véritable politique de communication et d'un accompagnement social individuel et collectif.

Ces éléments indispensables à la réussite de la restructuration n'empêche qu'il sera nécessaire pour les dirigeants de faire preuve d'adaptation, de créativité face aux aléas et aux incertitudes que génèrent la spécificité de ce type d'opération. C'est dans ce sens que l'on peut caractériser la conduite d'une restructuration comme « une gestion sur mesure ».

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- REPUBLIQUE FRANÇAISE, Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relative à la sécurité sociale, Journal officiel, du 20 janvier 1983, 374-377
- REPUBLIQUE FRANÇAISE, Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, journal officiel, n°179 du 2 aout 1991, 10255-10268
- REPUBLIQUE FRANÇAISE, Loi n°2004-810 du 13 aout 2004 relative à l'assurance maladie, journal officiel, n°190 du 17 aout 2004,14598
- MINISTERE DE L' EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du Directeur des Soins dans la fonction publique hospitalière, journal officiel, n°95 du 23 avril 2002,7187-7191
- MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, journal officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324-6337
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation du système de santé, journal officiel, n°206 du 6 septembre 2003,15391-15404

Ouvrages

- BERNOUX P., 2004, *La sociologie du changement dans les entreprises et organisations*, Seuil, Paris, 308 p
- DERENNE O. Lucas A., 2005, *Le Développement des ressources humaines*, ENSP, Rennes, 445 p.
- ERZA D. /coor. et AL, 2006, *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005*, documentation Française, Paris, 317 p.
- DUBAR C., 2005, *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles*, Colin, Paris, 255 p.
- PASTOR P., 2005, *gestion du changement*, liaisons, Paris, 182 p.
- REYNAUD J.-D., 1997, *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, Colin, Paris, 348 p.
- WINICKI P., 2007, *réussir une réforme publique surmonter ces peurs et croyances qui bloquent le changement*, Dunod, Paris ,182 p.

Articles

- BOUFFIES J., septembre-octobre 2005, « Quel avenir pour la chirurgie publique ». *Revue hospitalière de France*, n°506, pp. 44-45.
- BROUDIC P., avril – juin 2001, « Les restructurations hospitalières, le cas de la région Champagne – Ardenne ». *Revue des affaires sociales*, n°2, pp. 45-57.
- CABELLIC M. et POTTIE- SPERRY P., novembre 2004, « Quel rôle pour les hôpitaux de proximité ? ». *La gazette Santé Social*, N°2, pp 6-7.

- DUMOND J.P., décembre 2006, « *Les professionnels de santé à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers* ». *Sciences sociales et santé*, vol.24, n°4, pp. 96-125.
- EVIN C. et VINCENT G., janvier-février 2006, « Evolution de la chirurgie publique : regrouper, réorganiser, remotiver le point de vue de la FHF ». *Revue hospitalière de France*, n°508, pp. 4-5.
- FRIEDBERG E., 1988, « Pour l'analyse sociologique des organisations ». *Revue POUR*, n°28.
- MAISONNEUVE C. et BIDAULT M., mars 2006, « Les hôpitaux de proximité quel avenir ? ». *La gazette Santé Social*, N°17, pp. 6-7.
- MOSSE P., juin 2001, « *Les restructurations : modèle ou succédané de politique hospitalière ?* ». *Revue des affaires sociales*, n°2, pp. 11-26.
- MOSSE P. et PARADEISE C., juillet-septembre 2003, « Restructurations de l'hôpital, recomposition des hôpitaux. Réflexion sur un programme ». *Revue des affaires sociales*, n° 3, pp. 143-154.
- MIVIELLE E. CONTANDRIOPOULOS A.P., mai-juin 2004, « La conduite du changement, quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ». *Revue française de gestion*, n°150, pp. 29.
- RAVEYRE M. et UGUETTO P., juillet-septembre 2003, « Le travail oublié des restructurations hospitalières ». *Revue des affaires sociales*, n° 3, pp. 97-117.
- RENO G., mai-juin 2000, « Le déclin de la chirurgie publique est-il irréversible ? ». *Revue hospitalière de France*, N°3, pp. 6-7.
- SAINSAULIEU I., janvier-mars 2006, « *Les appartenances collectives à l'hôpital* ». *Sociologie du travail*, n°1, pp. 72-86
- VALLENCIEN G., janvier- février 2007, « Chirurgie publique les conditions de la réussite ». *Revue hospitalière de France*, n°514, pp. 56-57.
- VINCENT C. et VOLOVITCH P., juillet-septembre 2003, « *Les syndicats face aux restructurations hospitalières* ». *Revue des affaires sociales*, n° 3, pp. 121-139.

Rapports

- BERLAND Y., 2005, « Rapport de la commission démographie médicale »
- MOSSE P. GERVANOSI N. KERLAU M., 1999, « Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies ». *Rapport réalisé pour la MIRE*.
- CAUVIN C. CREMADEZ M. DUMONT JP. LION J., 2002, "Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations hospitalières ». *Programme de recherche pour la MIRE restructurations hospitalières*.
- DOMERGUE J., GUIDICELLI H., février 2003, « La chirurgie Française en 2003 les raisons de la crise et propositions ».
- Rapport recommandations du Conseil National de la chirurgie, 2004.
- Rapport VALLENCIEN G., 2006, « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France ». *La documentation Française, ministère de la Santé et de la Solidarité*, Paris.
- LARCHER G. et AL. avril 2008, rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital.

Sites internet

- PLOTON L, 1981, « la souffrance des soignants en gériatrie », *la revue de la gériatrie*, tome 6, n°3, pp 117-122. Disponible sur internet :
<http://www.google.fr/search?hl=fr&q=ploton+la+souffrance+des+soignants&btnG=Recherche+Google&meta=>
- LEVAILLANT B. et MOREAU A. « 108 mairies en grève en soutien à l'hôpital », *France 3 ouest*, disponible sur internet :
<http://ouest.france3.fr/info/bretagne/41573078-fr.php>

Liste des annexes

Annexe 1	Grille d'entretien IDE et AS	p III
Annexe 2	Grille d'entretien Cadre de Santé	p IV
Annexe 3	Grille d'entretien Directeur des Soins	p V
Annexe 4	Grille d'entretien Directeur d'établissement	p VI
Annexe 5	Grille d'entretien Représentant du personnel	p VII
Annexe 6	Grille d'entretien Médecin	p VIII

ANNEXE 1

Guide d'entretien Aides-soignants et infirmiers

1 Quel est votre sentiment face aux restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité ?

2 Comment s'est déroulée la fermeture du service de chirurgie dans votre établissement ?

Connaissez- vous les motifs de la fermeture ?

Comment la décision de fermeture vous a-t-elle été annoncée ?

Comment s'est organisée la fermeture ?

Avez – vous été préparé à cette fermeture ? Comment ?

3 Comment avez- vous vécu cette restructuration ?

D'un point de vue professionnel ?

D'un point de vue personnel ?

Qu'est- ce qui a été le plus difficile pour vous ?

4 Comment s'est mise en place cette nouvelle activité ?

Est-ce que la nouvelle activité a changé vos pratiques ? Comment ?

Avez –vous été préparé à la nouvelle activité ? Comment ?

Quels sont vos intérêts professionnels dans votre nouvelle activité ?

5 Est – ce qu'aujourd'hui votre travail vous satisfait ? Pourquoi ?

Aviez- vous pensé à quitter l'établissement ?

ANNEXE 2

Guide d'entretien Cadre de Santé

1 Quel est votre sentiment face aux restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité ?

2 Comment s'est déroulée la fermeture du service de chirurgie dans votre établissement ?

Connaissez- vous les motifs de la fermeture ?

Comment la décision de fermeture vous a-t-elle était annoncée ?

Comment s'est organisée la fermeture ?

Comment cela s'est –il passé avec les équipes ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

3 Comment avez- vous vécu cette restructuration ?

D'un point de vue professionnel ?

D'un point de vue personnel ?

Qu'est- ce qui a été le plus difficile pour vous dans votre rôle d'encadrement ?

4 Comment s'est mise en place cette nouvelle activité ?

Au niveau de la gestion du personnel ?

Au niveau de la prise en charge ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

Quel a été le rôle du Directeur des Soins ?

5 Est – ce qu'aujourd'hui votre travail vous satisfait ? Pourquoi ?

Aviez- vous pensé à quitter l'établissement ?

ANNEXE 3

Guide d'entretien Directeur des Soins

1 Quel est votre sentiment face aux restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité ?

2 Comment s'est déroulée la fermeture du service de chirurgie dans votre établissement ?

Quel a été votre rôle dans le processus de décision ?

Comment s'est organisée la fermeture ? Quel a été votre rôle ?

Comment cela s'est-il passé avec les équipes ? L'encadrement ? Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

3 Comment avez-vous vécu cette restructuration ?

D'un point de vue professionnel ?

D'un point de vue personnel ?

Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous dans votre rôle de Directeur ?

4 Comment s'est mise en place cette nouvelle activité ?

Quel a été votre rôle ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

ANNEXE 4

Grille d'entretien Directeur d'établissement

- 1 Quel est votre sentiment face aux restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité ?

- 2 Comment s'est déroulée la fermeture du service de chirurgie dans votre établissement ?

Comment s'est déroulé le processus de décision ?

Comment cela s'est-il passé avec le personnel ?

Quelle a été la stratégie mise en place ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

- 3 Comment s'est mise en place cette nouvelle activité ?

Quelle a été la stratégie mise en place ?

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

- 4 Quels ont été l'implication et le rôle du Directeur des Soins dans la restructuration ?

ANNEXE 5

Grille d'entretien Représentant du personnel

1 Quel est votre sentiment face aux restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité ?

2 Comment s'est déroulée la fermeture du service de chirurgie dans votre établissement ?

 Pour quels motifs la chirurgie a-t-elle été fermée d'après – vous ?

 Comment avez – vous été impliqué dans le processus de fermeture ?

3 Comment s'est déroulée selon vous la fermeture du service de chirurgie pour le personnel soignant ?

 Quel a été votre rôle ?

 Quelles ont été les difficultés ?

4 Comment s'est mise en place la nouvelle activité au sein de l'établissement ?

 Quel a été votre rôle ?

 Quelles ont été les difficultés ?

ANNEXE 6

Guide d'entretien

Médecin

- 1 Quel est votre sentiment face aux restructurations des services de chirurgie dans les hôpitaux de proximité ?

- 2 Comment s'est déroulée la fermeture du service de chirurgie dans votre établissement ?
Avez – vous été impliqué ? Comment ?
Quelles ont été les difficultés ?

- 3 Comment s'est déroulée selon vous la fermeture du service de chirurgie pour le personnel soignant ?

- 4 Comment s'est mise en place la nouvelle activité au sein de l'établissement ?
Avez – vous été impliqué ? Comment ?
Quelles ont été les difficultés ?