



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur de soins**  
**Promotion 2006**

---

**La contribution stratégique du  
directeur des soins face aux évolutions  
des métiers liées aux restructurations  
hospitalières**

**Deux exemples des secteurs  
médicotechnique et de rééducation**

---

**Christiane AUFFRET**

---

# Remerciements

---

J'adresse tous mes remerciements aux professionnels qui m'ont accueillis et se sont rendus disponibles pour la réalisation de nos entretiens et des remerciements particuliers à Christiane et Martine.

à Jean Pierre

---

# Sommaire

---

## INTRODUCTION

<b>CONTEXTE DE L'ETUDE .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Des restructurations qui impactent les métiers .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Constats .....</b>	<b>1</b>
1.1.1 Des orientations stratégiques .....	1
1.1.2 Des restructurations hospitalières ciblées .....	1
1.1.3 Des professions concernées par ces mesures .....	2
<b>1.2 Le directeur des soins : un acteur impliqué .....</b>	<b>3</b>
1.2.1 Manager l'encadrement paramédical .....	3
1.2.2 Faire évoluer les compétences .....	4
<b>1.3 Les limites de l'étude .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Questionnement.....</b>	<b>5</b>
<b>APPROCHE THEORIQUE DE L'ETUDE.....</b>	<b>7</b>
<b>2 Des concepts pour comprendre un contexte .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Les concepts d'organisation et de structure.....</b>	<b>7</b>
2.1.1 L'organisation et son environnement.....	7
2.1.2 De la structure existante vers l'organisation innovante .....	8
<b>2.2 Le concept de changement.....</b>	<b>9</b>
2.2.1 Un apprentissage collectif.....	9
2.2.2 Un processus de développement .....	10
<b>2.3 Les motivations individuelles et collectives.....</b>	<b>10</b>
2.3.1 La satisfaction au travail.....	10
2.3.2 L'exercice du pouvoir .....	11
2.3.3 La recherche du plaisir.....	11
<b>2.4 Les concepts d'identité et de culture professionnelles.....</b>	<b>12</b>
2.4.1 Les identités professionnelles .....	12
2.4.2 La culture professionnelle .....	13
<b>2.5 Synthèse du cadre conceptuel.....</b>	<b>14</b>

<b>3</b>	<b>Les évolutions organisationnelles et restructurations internes des établissements de santé .....</b>	<b>15</b>
3.1	La fusion d'établissements .....	16
3.2	Les plateaux techniques de biologie .....	17
<b>4</b>	<b>Les métiers de l'étude.....</b>	<b>17</b>
4.1	Les diététiciens.....	18
4.1.1	La formation initiale.....	18
4.1.2	Les évolutions du métier et les perspectives d'avenir .....	18
4.2	Les techniciens de laboratoire.....	18
4.2.1	La formation initiale.....	19
4.2.2	Les évolutions du métier et les perspectives d'avenir .....	19
<b>5</b>	<b>Les orientations de l'étude .....</b>	<b>20</b>
 <b>LES ENSEIGNEMENTS D'UNE ENQUETE DE TERRAIN DANS 3 CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES .....</b>		
<b>22</b>		
<b>6</b>	<b>Méthode .....</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>Analyse documentaire .....</b>	<b>23</b>
7.1	Intérêt des restructurations pour l'institution.....	23
7.1.1	.....Lorsque deux établissements fusionnent.....	23
A)	Les objectifs d'une fusion .....	24
B)	Le contexte de la diététique hospitalière .....	24
7.1.2	.....Lorsque les laboratoires se regroupent .....	27
A)	Les objectifs d'un plateau technique de biologie.....	27
B)	La démarche de restructuration.....	28
C)	Les diverses organisations de plateaux techniques de biologie.....	29
7.2	Intérêts des restructurations pour le patient.....	30
7.2.1	Des organisations centralisées .....	30
7.2.2	Des organisations transversales .....	30
7.2.3	Des échanges facilités entre professionnels.....	31
<b>8</b>	<b>Les entretiens de l'étude.....</b>	<b>32</b>
8.1	Le choix des CHU.....	32
8.2	Les points de vue sur la fusion d'établissements.....	32

8.2.1	Dans l'hôpital de court séjour.....	33
A)	Entretiens avec les diététiciennes .....	33
B)	Entretien avec le cadre supérieur .....	34
8.2.2	Dans l'hôpital de moyen et long séjour.....	34
A)	Entretiens avec les diététiciennes .....	34
B)	Entretien avec le cadre supérieur .....	35
<b>8.3</b>	<b>Les points de vue sur le plateau technique de biologie .....</b>	<b>36</b>
8.3.1	Dans un CHU à 2 ans de l'ouverture du plateau technique de biologie .....	36
A)	Entretiens avec les techniciens de laboratoire .....	36
B)	Entretien avec le cadre supérieur .....	37
8.3.2	Dans un CHU après 10 ans de fonctionnement du plateau technique de biologie.....	38
A)	Entretiens avec les techniciens de laboratoire .....	38
B)	Entretien avec le cadre supérieur .....	38
<b>8.4</b>	<b>Points communs exprimés par les professionnels interrogés.....</b>	<b>39</b>
<b>9</b>	<b>Analyse de l'étude de terrain .....</b>	<b>40</b>
	<b>PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES .....</b>	<b>44</b>
<b>10</b>	<b>Au niveau stratégique : adapter les compétences .....</b>	<b>44</b>
<b>10.1</b>	<b>Mise en place d'une GPEC.....</b>	<b>45</b>
<b>10.2</b>	<b>Perspectives d'évolutions des métiers étudiés en lien avec les restructurations hospitalières internes.....</b>	<b>46</b>
10.2.1	Des compétences à développer par les diététiciens .....	46
10.2.2	L'émergence de nouveaux métiers pour les techniciens de laboratoire.....	48
<b>11</b>	<b>Au niveau managérial : fédérer l'encadrement paramédical autour du projet institutionnel.....</b>	<b>51</b>
<b>11.1</b>	<b>Accompagner les cadres.....</b>	<b>51</b>
11.1.1	Adopter une même méthodologie de la démarche projet .....	51
11.1.2	Adopter une même approche des évolutions structurelles .....	51
<b>11.2</b>	<b>Assurer la complémentarité des activités.....</b>	<b>52</b>
11.2.1	De la coordination à la coopération des acteurs .....	52
11.2.2	Saisir l'opportunité d'une réorganisation pour améliorer la qualité des interfaces entre les services .....	53
<b>11.3</b>	<b>Redéfinir les effectifs cibles.....</b>	<b>54</b>

<b>12 Au niveau opérationnel : construire des outils pour accompagner l'opération de restructuration.....</b>	<b>55</b>
<b>12.1 Une formalisation du processus.....</b>	<b>55</b>
<b>12.2 Des tableaux de bord pour un suivi des effectifs.....</b>	<b>56</b>
<b>12.3 Une unité d'œuvre commune .....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>57</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>59</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe 1.....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe 2.....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe 3.....</b>	<b>IV</b>
<b>Annexe 4.....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe 5.....</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe 6.....</b>	<b>VII</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ATIH :	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ARH :	Agence Régionale d'Hospitalisation
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CLAN :	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CNANES :	Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DETAB :	Diplôme d'Etat de Technicien en Analyses Biologiques
DGS :	Direction Générale de la Santé
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
GBEA :	Guide de Bonne Exécution des Analyses
GHM :	Groupe Homogène de Malades
GPEC :	gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPEMC :	gestion Prévisionnelle des Emplois des Métiers et des Compétences
HAS :	Haute Autorité de Santé
HACCP :	Hazard Analysis Critical Control Point
MCO :	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH :	Mission d'Expertise d'Audit Hospitalier
PNNS :	Programme National de Nutrition Santé
PTA :	Plateau technique Automatisé
PTB :	Plateau Technique de Biologie
SAMU :	Service d'Accueil Mobile d'Urgence
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SLD :	Soins de Longue Durée
SSR :	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A :	Tarifcation à l'Activité

La grandeur d'un métier est peut-être, avant tout,  
d'unir les hommes : il n'est qu'un luxe véritable,  
et c'est celui des relations humaines.

Antoine De Saint Exupery



## INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, les évolutions législatives du domaine sanitaire ont pour objectif une volonté profonde de réforme du système et convergent vers l'optimisation des moyens financiers consacrés à la santé des français et à la protection sociale. La loi de 1991, portant réforme hospitalière, et les ordonnances de 1996 imposent un contexte renouvelé entre établissements publics et privés. Elles affirment une logique contractuelle dans le but d'ouvrir l'hôpital sur son environnement et d'améliorer l'implantation territoriale des réseaux de soins. L'objectif est de répondre de manière optimale à la nécessaire adéquation entre la demande et l'offre de soins dans un territoire de santé.

Dans ce contexte, l'hôpital fait face aux mutations qui l'entourent et s'adapte aux contraintes liées à la maîtrise des dépenses de santé, au développement des technologies et au renforcement des exigences sociales et sécuritaires des patients et des personnels hospitaliers. Ces contraintes imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière et ont des incidences sur l'organisation interne des établissements de santé et les pratiques professionnelles.

Le plan Hôpital 2007<sup>1</sup> donne les orientations d'une nouvelle réforme hospitalière ayant pour objectif d'alléger les contraintes qui pèsent sur les établissements et les incitent à rénover le mode d'utilisation de leurs ressources. Il comporte un volet de soutien à l'investissement hospitalier dont le but est d'accompagner la modernisation des structures mais aussi la mise en œuvre des coopérations. Une mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) est créée pour aider les établissements dans leurs opérations de restructuration.

Les préconisations de la nouvelle gouvernance hospitalière<sup>2</sup> de ce plan visent à responsabiliser les acteurs et à moderniser et simplifier les modalités de fonctionnement interne des établissements. Le principe de subsidiarité s'applique et permet une prise de décision au niveau du centre de responsabilité ou du pôle d'activité dans le respect de la politique générale. C'est une délégation de pouvoirs et une déconcentration de gestion concrétisée par la contractualisation interne.

---

<sup>1</sup>Plan Hôpital 2007 : ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

<sup>2</sup>Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

# **Première Partie**

# CONTEXTE DE L'ETUDE

## 1 Des restructurations qui impactent les métiers

Les restructurations hospitalières accompagnent la modernisation des établissements de santé et ont pour objectif l'optimisation des moyens matériels ou humains. Une nouvelle conception de la gestion hospitalière est à mettre en œuvre afin d'assurer la promotion de l'établissement tout en maîtrisant ses coûts de fonctionnement.

### 1.1 Constats

#### 1.1.1 Des orientations stratégiques

Concrètement, les plans stratégiques pluriannuels donnent des orientations générales aux établissements afin d'assurer leurs missions de service public : une qualité de la prise en charge des patients, une utilisation efficiente des moyens et les progrès des activités médicales. Pour atteindre ces objectifs, les établissements s'engagent dans des stratégies organisationnelles de restructurations internes, formalisées dans le projet d'établissement<sup>3</sup> élaboré en lien avec le projet médical.

De plus, la logique budgétaire du plan Hôpital 2007, la tarification à l'activité (T2A), prévoit l'attribution des ressources financières en fonction des activités médicales déclarées par les établissements et codifiées selon des groupes homogènes de malades (GHM) prédéfinis. A chaque GHM correspond une attribution forfaitaire équivalente ou non au coût réel enregistré pour traiter cette pathologie dans l'établissement. Afin de diminuer le montant global de prise en charge du patient hospitalisé, le système impose des économies dans certains secteurs d'activité.

#### 1.1.2 Des restructurations hospitalières ciblées

Cette recherche de rationalisation du fonctionnement des services s'inscrit dans une démarche d'optimisation du processus global de prise en charge du patient hospitalisé ou non. Les services administratifs, logistiques et médicotechniques sont concernés par ces équilibres économiques. Les projets d'établissement précisent les mesures à adopter afin de diminuer les coûts de fonctionnement de ces services. Dans ces secteurs d'activité, la recherche d'une efficacité maximale passe souvent par la mutualisation des moyens. En

---

<sup>3</sup> Projet d'établissement : article L-714-11 du code de la santé publique « *définir sur la base du projet médical, les objectifs généraux et stratégiques de l'établissement* »

effet, nombreux sont les secteurs d'activité où la balkanisation s'est imposée avec leur fonctionnement très hiérarchique, cloisonné et leur insuffisance de communication. Les laboratoires de biologie des centres hospitaliers universitaires sont de ceux là et de nouvelles organisations sont proposées, accompagnées ou non de projets architecturaux. L'organisation des activités en plateau technique commun de biologie, par exemple, est un projet structurant pour ces établissements. Cela témoigne d'une volonté de gérer un certain nombre de fonctions de façon cohérente et homogène, mais aussi de définir des objectifs communs et de relever des enjeux de compétitivité, de qualité et des enjeux scientifiques. Des regroupements sont préconisés et les services médicotechniques s'engagent dans cette démarche, accompagnés de programmes d'amélioration de la logique médicale pour atteindre une efficacité maximale.

### **1.1.3 Des professions concernées par ces mesures**

Outre les personnels des services cliniques impliqués dans les évolutions organisationnelles de l'établissement, telles que la mise en place des pôles d'activité, les professionnels paramédicaux concernés par ces restructurations ciblées sont : les masseurs kinésithérapeutes, les manipulateurs en électroradiologie, les techniciens de laboratoire, les diététiciens et les préparateurs en pharmacie. Ces métiers évoluent en permanence grâce aux progrès technologiques et informatiques : manipulateurs en électroradiologie, techniciens de laboratoire, préparateurs en pharmacie, d'autres grâce au développement de la qualité de la prise en charge du patient : diététiciens et masseurs kinésithérapeutes.

Aujourd'hui, les mutations de l'environnement de ces professionnels constituent un nouveau facteur de changement et peuvent provoquer inquiétudes ou espoirs. Même si ces innovations organisationnelles sont présentées comme un facteur de développement et de progrès pour l'institution, les malades et les personnels, elles modifient profondément les modes de prise en charge, créent des déséquilibres et obligent les acteurs à se repositionner, parfois difficilement, dans ce nouvel environnement. En effet, la mutualisation des moyens, dans un objectif de rationalisation des structures, peut être vécue comme une obligation de performance, une perte d'identité et d'intérêts et peut générer des incertitudes face à l'avenir.

Mais, si l'on considère l'impact humain comme un enjeu de réussite des restructurations, les éléments du management de la démarche de changement, tels que la mobilisation et l'accompagnement des équipes, le respect des intérêts individuels et collectifs, la valorisation des étapes de la réalisation commune, peuvent être des facteurs permettant aux professionnels de se projeter plus facilement dans l'avenir.

## 1.2 Le directeur des soins : un acteur impliqué

Le directeur des soins participe à la mise en œuvre des déclinaisons du plan stratégique sur l'établissement. Il assure la cohérence et la pertinence des actions de restructuration interne à un niveau stratégique et opérationnel. Le décret 2002-550<sup>4</sup>, stipule que « *le directeur des soins peut être chargé de la coordination générale des soins infirmiers, médicotechnique et de rééducation. Il est responsable de l'organisation et de la qualité des soins et participe en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, à l'évolution des services et des activités de soins.*

Dans un contexte de restructuration interne, les objectifs du directeur des soins sont de participer aux processus décisionnels des organisations à mettre en place et des regroupements de services à effectuer. Il doit appréhender de manière positive une gestion des ressources humaines tournée vers l'étude et l'anticipation des besoins et des ressources de la structure. De plus, il convient de ne pas oublier « *qu'il est essentiel de respecter le temps d'appropriation des uns et des autres en échangeant, en communiquant, en ne restant pas bloqué là où certains ont trouvé des solutions* »<sup>5</sup>.

### 1.2.1 Manager l'encadrement paramédical

Il s'agit pour le directeur des soins de construire un dispositif d'accompagnement de l'encadrement paramédical pour la mise en œuvre des projets de modernisation de l'hôpital. L'un des objectifs est de donner du sens et de la cohérence à l'ensemble des mesures pour créer des conditions favorables au développement des compétences collectives de la nouvelle structure. Le directeur des soins manage les cadres paramédicaux. Il les mobilise et les fédère autour des programmes institutionnels pour aboutir à une mutualisation des moyens, une complémentarité des activités et une qualité de vie au travail des personnels placés sous leurs responsabilités. Il favorise, avec les cadres, l'esprit communautaire et limite les risques de conflits sociaux possibles dans ce type d'opération surtout lorsqu'elles sont accompagnées d'un plan d'économie.

Une telle démarche n'est pas seulement une question de méthode, c'est aussi une affaire d'engagement dans une action collective. « *Ce processus d'apprentissage culturel ne peut s'opérer que dans un lent et tenace va-et-vient entre positions différentes. Des médiateurs sont souvent indispensables, dans la mesure où ils aident à clarifier les*

---

<sup>4</sup>Décret du 19 avril 2002 portant statut du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière

<sup>5</sup> Discours de Xavier BERTRAND aux « journées des directeurs des soins » le 21 mars 2006

*différences et à sortir de malentendus* »<sup>6</sup>. Renaud SAINSAULIEU nous rappelle que la durée est l'élément essentiel de construction d'une action collective structurée, parce que l'action porte sur la transformation des imaginaires collectifs.

### **1.2.2 Faire évoluer les compétences**

« *La compétence est la capacité à traiter efficacement des tâches dans un univers déterminé* »<sup>7</sup>. Selon Norbert ALTER, la compétence relève à la fois de connaissances professionnelles acquises au sein d'un corps professionnel, de l'art de traiter les incertitudes et de s'organiser localement et souvent collectivement.

Créer les conditions de la compétence collective relève de la responsabilité du directeur des soins. Son rôle est de rendre efficace le potentiel de chaque professionnel recruté pour des compétences spécifiques. Mais ces compétences individuelles évoluent dans un contexte de restructuration interne. Il est nécessaire alors, pour le directeur des soins, de prendre en compte ces évolutions de fonctions induites et d'anticiper leurs conséquences au moyen des leviers classiques de gestion des ressources humaines que sont : les redéploiements, la formation, la mobilité et les organisations du travail.

De plus, on est compétent si l'on mobilise non seulement ses propres ressources : expériences, connaissances, raisonnements mais également les ressources de son environnement : réseaux professionnels, guides de bonnes pratiques. Il importe donc d'utiliser les connaissances et les compétences des autres. Le directeur des soins s'attache à créer des conditions favorables pour les professionnels afin qu'ils puissent et veuillent agir dans l'intérêt collectif.

La gestion des compétences est aujourd'hui un facteur clé de réussite de la politique de gestion des ressources humaines de l'hôpital puisque ce budget représente 70% des charges directes de l'établissement. Aussi nous devons nous questionner sur la part créée par une nouvelle organisation et sur la part de la démarche d'accompagnement des professionnels dans l'émergence de nouvelles méthodes de travail et façons de faire. La nouvelle structure est-elle génératrice de nouvelles missions? Ne constitue-t-elle pas une opportunité d'évolution pour les professionnels ?

Enfin, il faut souligner l'importance de prendre en compte la qualité des liens de coopération entre les compétences individuelles. En effet, le fonctionnement par processus pose la question de la compétence collective, de l'attention à porter à la bonne

---

<sup>6</sup> SAINSAULIEU R. Sociologie de l'entreprise : Presses de Sciences - 1997 page 447

<sup>7</sup> ALTER N. L'innovation ordinaire : PUF – Paris, 2000, page 206.

synchronisation des activités d'amont et d'aval et à la bonne concordance des temps de réalisation des activités. Dans un contexte de restructuration interne, le directeur des soins est un acteur essentiel et assure la mise en œuvre et la qualité des interfaces entre les services ou entre les opérations.

### **1.3 Les limites de l'étude**

Compte tenu du temps consacré à l'élaboration de ce mémoire professionnel, nous limiterons notre étude à un segment d'activité médicotechnique engagé dans une restructuration interne et à un secteur de rééducation également concerné par un regroupement d'activité dans le cadre d'une fusion d'établissements.

Tous les personnels médicaux, paramédicaux et non diplômés de ces secteurs sont impliqués dans une restructuration mais nous n'étudierons que l'évolution des métiers paramédicaux. Volontairement, nous rapprocherons deux métiers hospitaliers : un médicotechnique et un de rééducation, pourtant très différents dans leur exercice, leur prise en charge du patient et leur formation.

Ces métiers sont : **diététicien** et **technicien de laboratoire**, l'un étant proche du patient l'autre plus éloigné. Ce choix illustre la variété des professionnels composants la famille des soignants placés sous la responsabilité du directeur des soins. S'il est indispensable pour lui de travailler en étroite collaboration avec le directeur des ressources humaines pour gérer les évolutions d'effectifs en lien avec les restructurations, il lui est également indispensable de maîtriser la connaissance de l'ensemble des activités et compétences requises pour l'exercice des métiers placés sous sa responsabilité afin d'accompagner leurs évolutions.

Pour ces deux métiers, leurs caractéristiques, mais aussi leurs points communs retrouvés chez les professionnels confrontés au changement, seront identifiés. Cette démarche devrait nous permettre de donner plus de lisibilité aux métiers et à leur avenir, mais aussi d'identifier les facteurs d'évolutions possibles. De plus, il nous est apparu intéressant de rendre compte des différents comportements individuels et collectifs, de repérer les enjeux, stratégies et priorités de chacun ou du groupe professionnel afin de mesurer l'impact des modifications organisationnelles.

### **1.4 Questionnement**

Au regard de ces constats nous avons sélectionné la question de départ suivante :

**« Quels sont les impacts des restructurations et regroupements de services sur l'évolution des métiers médicot techniques et de rééducation? »**

Pour répondre à cette question, nous avons envisagé l'étude des axes d'investigation suivants :

- les caractéristiques et évolutions des organisations et structures internes,
- leur typologie : les pôles, les fédérations, les plateaux techniques communs, les regroupements de services, la centralisation des activités avec maintien ou non des spécificités,
- les conséquences (bénéfices / pertes) des restructurations : pour l'institution, pour les professionnels et pour les usagers.

**Une première partie** sera consacrée à l'approche théorique des concepts permettant de comprendre le contexte et d'explorer la question de départ. Cette partie cerner les différentes représentations professionnelles, les marges de liberté propres aux individus et éclairera la compréhension de l'évolution des valeurs et des normes dans un contexte de restructuration interne. A partir d'une recherche bibliographique, nous mettrons en évidence les champs explorés par les sociologues dans ce domaine, les nouvelles approches organisationnelles et les caractéristiques des deux métiers étudiés.

**Une deuxième partie** analysera les éléments recueillis auprès des professionnels lors d'une enquête réalisée dans trois centres hospitaliers universitaires (CHU). Cette enquête est effectuée au moyen d'entretiens auprès de diététiciennes concernées par un regroupement d'activité dans le cadre d'une fusion d'établissements et auprès de deux populations de techniciens de laboratoire sur deux CHU, l'une avant la restructuration programmée des activités de biologie de l'établissement et l'autre organisée depuis plusieurs années.

Nous verrons dans **la troisième partie** comment le directeur des soins, en adaptant sa stratégie managériale et en développant une logique de contrat avec l'encadrement et les professionnels concernés, facilitera la mise en place d'organisations innovantes par un accompagnement au changement adapté à ces professionnels.



# APPROCHE THEORIQUE DE L'ETUDE

## 2 Des concepts pour comprendre un contexte

Dans un premier temps, il est nécessaire de comprendre les éléments de la construction des représentations des professionnels, de leur culture, de leur système de valeurs et de normes. L'approche sociologique et théorique abordera successivement les concepts d'organisation et de structure, d'identité professionnelle et de changement. Puis s'appuyant sur cette base, nous analyserons ce que peuvent être les priorités des individus, leurs enjeux et leurs stratégies dans un contexte de changement d'organisation du travail en lien avec une opération de restructuration interne.

### 2.1 Les concepts d'organisation et de structure

#### 2.1.1 L'organisation et son environnement

Une organisation est un regroupement d'humains qui coordonnent leurs activités et l'utilisation de moyens pour atteindre un but. Il y a autant de formes spécifiques d'organisations que d'objectifs justifiant l'action collective. Les organisations de travail sont très différentes et cette diversité est en lien avec leur degré de complexité, leur taille, leurs technologies et leurs caractéristiques. Ces organisations de travail évoluent et sont adaptées aux contraintes extérieures et aux exigences de leur environnement.

M. CROZIER et E. FRIEDBERG<sup>8</sup> reprennent des études qui décrivent deux modèles typiques d'organisation, chacun adapté plus particulièrement à un certain état de l'environnement économique et social. D'une part, le « *modèle mécanique* » d'organisation, caractérisé par une très forte centralisation des pouvoirs de décision au sommet, apparaît dans une situation déterminée par un environnement stable. Il est en opposition avec un « *modèle organique* » d'organisation qui est une réponse possible à un environnement socio-économique turbulent. Ces deux conceptions mettent en évidence les influences de l'environnement qui s'imposent aux organisations.

Mais les auteurs reprennent également des études qui mettent en avant le « *caractère médiatisé* » des influences extérieures. Les « *exigences* » de l'environnement n'ont d'influence sur la structure des organisations que dans la mesure où elles sont reprises dans les stratégies formulées par leurs dirigeants. Ainsi la structure suit la stratégie et

---

<sup>8</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG E. L'acteur et le système : Points, 1977, page 151.

souligne le caractère “*politique*” des rapports à l’environnement et les éléments d’autonomie dont dispose toute organisation face aux “*exigences*” extérieures.

### **2.1.2 De la structure existante vers l’organisation innovante**

Alors que la stratégie consiste en la détermination d’objectifs à long terme, de moyens d’action et d’allocations de ressources, la structure est la manière dont l’organisation est assemblée pour appliquer la stratégie choisie, avec les relations d’autorité et les niveaux hiérarchiques que cela implique. Les éléments tels que les règlements intérieurs et procédures de fonctionnement, les organigrammes, les définitions des postes de travail composent la structure de cette organisation, assurant sa cohésion et précisant son fonctionnement.

Ceci est la forme visible et formalisée de l’organisation. Elle est instituée et contrôlée de façon consciente, mais dans laquelle les jeux des acteurs s’opèrent, la coopération et l’interdépendance entre eux se mêlent, alors qu’ils poursuivent des intérêts divergents sinon contradictoires. « *Il n’y a pas de systèmes sociaux entièrement réglés ou contrôlés* »<sup>9</sup>, ce qui laisse aux professionnels une zone d’autonomie et une liberté relative qu’ils maintiennent par des jeux de pouvoir. Dans ceux-ci, les stratégies des personnes impliquées sont d’une rationalité limitée et le modèle de relation est contingent c’est à dire associé à une situation et à un moment donnés.

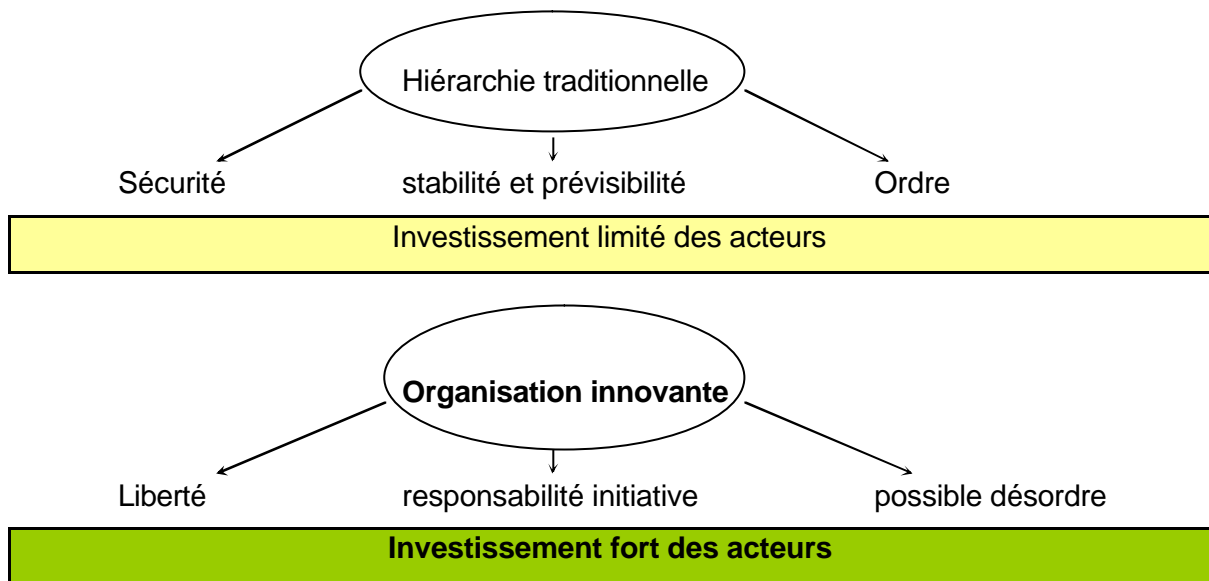
Les théories modernes des organisations suggèrent la refonte des structures actuelles de l’organisation hospitalière avec d’une part, un partage des responsabilités entre les dirigeants et les professionnels et d’autre part un décloisonnement entre les différents services pour un fonctionnement optimal au bénéfice du patient. A cela s’ajoute la nécessité de diminuer les lignes hiérarchiques et de mettre en place des processus transversaux et des structures en réseaux laissant place à l’innovation. Norbert ALTER définit l’innovation comme un processus qui repose sur un désordre dans les règles et les valeurs et qui permet de rompre avec le passé, de projeter l’organisation vers de nouveaux modes de relations.

Les fonctions latentes sont à repérer. Elles déterminent les avantages que les individus trouvent dans le mode d’organisation sans que cela fasse partie des buts officiels et avoués.

---

<sup>9</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG E. L’acteur et le système : Points, 1977, page 29.

## Les fonctions latentes de l'organisation hospitalière<sup>10</sup>



Les nouveaux modèles d'organisation renforcent l'implication des acteurs mais peuvent bousculer leurs certitudes en introduisant du désordre et de l'instabilité.

## 2.2 Le concept de changement

### 2.2.1 Un apprentissage collectif

Le changement est un « *apprentissage, c'est à dire la découverte, voire la création et l'acquisition par les acteurs concernés, de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, de nouvelles capacités collectives* »<sup>11</sup>. Le changement est donc un apprentissage collectif qui oblige un groupe professionnel à réfléchir à partir de son expérience quotidienne afin de créer une nouvelle identité et reconnaissance sociale. Il ne peut être mis en oeuvre sans positionner les acteurs dans un certain déséquilibre. Le changement consiste à passer d'un état à un autre, il ne peut se réaliser sans un certain inconfort.

L'élaboration d'un projet conduisant au changement, s'il est fondé sur une participation élargie, implique de faire appel à une culture de l'écoute, de l'analyse et de la réflexion collective pour rechercher les solutions les mieux adaptées. Les règles du jeu collectif prennent en compte les cultures transmises et les reconnaissances octroyées ou gagnées dans les échanges, mais aussi les ressources de chacun : l'héritage des savoirs et les expertises. La question est de comprendre le passage d'un modèle à un autre, la

<sup>10</sup> FOURNIER N. mémoire professionnel ENSP 2002, directeur des soins.

<sup>11</sup> CROZIER M. et FRIEDBERG E. L'acteur et le système : Points, 1977, page 392.

modification et la régulation des règles en tenant compte de l'expertise des acteurs et des intérêts de l'institution. Pour construire leur changement, les personnes impliquées doivent avoir une représentation des enjeux à travers les gains possibles et les risques évités grâce au changement. Ils pourront alors se projeter plus facilement dans la situation future et mieux appréhender les étapes de transition. Il s'agit, pour une équipe de direction, de manager le changement et de trouver les voies d'un projet partagé à partir des diversités.

## **2.2.2 Un processus de développement**

R. SAINSAULIEU définit le changement comme processus de développement et ce sont les phénomènes culturels qui vont déterminer les possibilités d'apprentissage, « *l'enjeu social n'est pas tellement l'acceptation d'une sorte de pluralisme ou de coexistence de positions et de cultures différentes, mais bien la reconstitution de visées communes, le problème est celui de la transformation des systèmes de valeurs de chacun.* »<sup>12</sup>.

L'application d'un changement de l'organisation passe par un apprentissage collectif et un apprentissage culturel des « acteurs » pour qu'il soit transformé en innovation. Ce processus d'innovation nécessite une coopération, une appropriation du projet par les professionnels et l'implication d'innovateurs capables d'établir de nouveaux rapports sociaux. Si ces innovations transgressent les normes du système, il y aura inévitablement des tensions entre l'innovateur et les tenants des règles en vigueur. Il convient de penser que le processus d'innovation est générateur de rapports de force.

De plus, une des conséquences du changement est la prise en compte des coûts sociaux à gérer et à comprendre dans le processus d'innovation. Le résultat final dépend de l'intérêt et du pouvoir qu'auront les acteurs de s'engager dans la démarche de changement. L'individu, ou le groupe, a la possibilité de coopérer, mais cela peut avoir un coût social et il développera probablement une attitude d'opposition, frontale ou passive, ou vouloir une négociation ou un consensus.

## **2.3 Les motivations individuelles et collectives**

### **2.3.1 La satisfaction au travail**

Le respect des individus comme facteur de satisfaction au travail est un élément fondamental pour les professionnels. Par exemple, la communication et les efforts développés par une équipe de direction avant, pendant et après les changements organisationnels permettent une meilleure implication des équipes. Ce phénomène

---

<sup>12</sup> SAINSAULIEU R. Sociologie de l'entreprise : Presses de Sciences - 1997

s'explique par le fait que les personnels se sentent motivés par la réalisation de performances clairement identifiées et la satisfaction au travail est accentuée s'ils réalisent qu'ils forment une équipe homogène d'individus, solidaire au lieu d'être anonyme dans une organisation tentaculaire. La cohésion du groupe et l'estime de soi sont des facteurs importants pour l'accomplissement des performances individuelles et collectives.

### **2.3.2 L'exercice du pouvoir**

Une des sources d'animation de l'organisation du travail est l'exercice du pouvoir. Il n'est pas l'attribut d'une personne, mais une relation protéiforme. C'est une relation d'échange et de négociation entre deux ou plusieurs individus. *“Toute organisation met ses membres en situation d'interdépendance inégale. Elle correspond à une alliance contre nature où chacun a besoin de la coopération des autres pour simplement réussir sa tâche. Or chaque participant garde une marge de liberté, c'est à dire un minimum d'autonomie, cette coopération dépend donc du bon vouloir de chacun<sup>13</sup>.”* Le pouvoir peut être une relation instrumentale pour la poursuite d'un but commun par un groupe, mais aussi une relation réciproque où le subordonné accepte l'exécution de la demande d'un supérieur, mais celui-ci peut exercer un contre pouvoir : limiter sa performance par exemple. C'est dans la négociation que peuvent s'équilibrer pouvoirs et contre pouvoirs.

### **2.3.3 La recherche du plaisir**

Enfin, la recherche du plaisir est un facteur dans l'explication finale de la motivation. L'individu alterne entre le principe de plaisir et le principe de réalité. Ce dernier est une adaptation aux contraintes de l'environnement. Le sujet doit être capable d'accepter de substituer ce qui lui plaît à ce qui lui résiste.

La motivation se traduit par des comportements conscients qui pousse l'individu à une action à laquelle il adhère et à laquelle il croit. Or c'est à travers des projets que l'on passe de la motivation à l'action. Il s'agit donc pour une équipe de direction de mobiliser les potentiels d'action des groupes professionnels impliqués dans une démarche de changement, en prenant en compte ces facteurs individuels et collectifs.

La motivation est aussi en lien avec l'identité et l'appartenance culturelles.

---

<sup>13</sup> FRIEDBERG E. L'analyse sociologique des organisations : revue POUR n°28, 1988, page 36.

## 2.4 Les concepts d'identité et de culture professionnelles

### 2.4.1 Les identités professionnelles

L'identité professionnelle est une marque d'appartenance à un collectif, un groupe ou une catégorie professionnelle. Elle permet aux individus d'être reconnus par les autres et de s'identifier à eux. Elle est multiple comme le sont les groupes et catégories auxquels l'individu appartient et son identité sera alors l'adhésion ou le rejet de son groupe d'appartenance. S'il intègre les codes spécifiques, les rites et le langage, sa construction identitaire sera fortement liée à l'identité sociale du groupe. Le groupe de référence fournit à l'individu ses valeurs, ses normes, mais aussi ses modèles d'attitudes, d'opinions et de comportements.

Selon Claude DUBAR, la construction des identités réside dans «*la compréhension interne des représentations cognitives et affectives, perceptibles et opérationnelles, stratégiques et identitaires*<sup>14</sup> ». Elle ne peut se faire qu'à partir des représentations individuelles des acteurs eux-mêmes. La représentation, comme dimension de l'identité, constitue une «*activité mimétique* » et définit les identités comme des «*dynamiques pratiques* » c'est à dire que l'individu passe du passif à l'actif, du représenté à l'opérateur. Selon lui, la dimension professionnelle des identités a une importance particulière parce que l'emploi connaît des mutations importantes et qu'il conditionne la construction des identités sociales.

L'identité renvoie à «*une intériorisation de l'expérience sociale sous forme de modèles devenus inconscients et qui gouvernent les conduites et les jeux relationnels par le biais des représentations qu'elles induisent* »<sup>15</sup>. L'identité collective se traduit par des comportements spécifiques dans l'organisation. Elle apparaît comme un signe de cohésion du groupe. Elle permet l'action commune autour de valeurs et de convictions partagées.

---

<sup>14</sup> DUBAR C. La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : Armand Colin, 2002, page 104.

<sup>15</sup> SAINSAULIEU R. L'identité au travail. Paris : presses de la fonction nationale des sciences politiques, 1993, page 122.

## 2.4.2 La culture professionnelle

La culture professionnelle est un support de la représentation au travail. Les systèmes de valeurs et de normes constituent ce que les sociologues appellent culture.

Selon Renaud SAINSAULIEU « *la culture apparaît comme le réservoir intériorisé transmis et soigneusement élaboré par l'histoire d'un ensemble de valeurs, de règles et de représentations collectives qui fonctionnent au plus profond des rapports humains* »<sup>16</sup>. Il existe des cultures spécifiques qui conditionnent une façon d'être dans laquelle l'individu cherche la considération et l'estime de soi au travail. Si certaines valeurs et normes trouvent leur traduction dans les règles formelles, beaucoup d'entre elles sont implicites et sont acquises par les individus au cours du processus de professionnalisation.

La culture d'une équipe ne dépend pas de la seule combinaison des pratiques professionnelles et des identités individuelles, mais aussi des facteurs tels que la croyance, les rites et les rituels. L'équipe construit ses modalités de reconnaissance mutuelle dans les exigences du travail. Un changement d'organisation peut révéler les types de comportements intériorisés sous forme de culture.

L'identité et la culture professionnelles se sont donc construites sur des apprentissages antérieurs. Elles sont intériorisées, s'expriment et sont rejouées dans les situations de changement et d'action.

---

<sup>16</sup> SAINSAULIEU R. L'identité au travail Paris : presses de la fonction nationale des sciences politiques, 1993, page 135.

## 2.5 Synthèse du cadre conceptuel

L'analyse du fonctionnement des organisations de travail nous renseigne sur les comportements des individus et cherche à clarifier les liens entre la structure formelle et les relations sociales au sein des organisations.

Les organisations de travail évoluent et s'adaptent aux contraintes extérieures et aux exigences de leur environnement. Elles imposent des règles de fonctionnement plus ou moins contraignantes à leurs membres, mais laissent toujours une zone d'autonomie aux acteurs, individus ou groupes.

Les théories modernes des organisations suggèrent la refonte des structures actuelles, préconisent un partage des responsabilités entre les dirigeants et les professionnels et un décloisonnement entre les différents services pour un fonctionnement optimal. Les nouveaux modèles d'organisation renforcent l'implication des acteurs, mais peuvent bousculer leurs certitudes en introduisant désordre et instabilité. Les acteurs développent alors des stratégies individuelles ou collectives particulièrement visibles ou révélées lors d'un changement d'organisation.

L'étude des modalités de transformation des organisations comprend la définition des facteurs de changement et des processus d'innovation. Le changement est un apprentissage collectif et culturel qui oblige les professionnels à réfléchir à partir de leurs expériences afin de créer une nouvelle identité et reconnaissance sociale. Le processus d'innovation nécessite une coopération, une appropriation du projet par les acteurs et l'implication d'innovateurs capables d'établir de nouveaux rapports sociaux.

Les actions de chacun s'opèrent dans la dynamique de changement et les managers doivent prendre en compte les éléments de motivations individuelles et collectives des acteurs ainsi que les éléments de construction de leur identité et de leur culture professionnelles.



### **3 Les évolutions organisationnelles et restructurations internes des établissements de santé**

La recherche de rationalisation du fonctionnement des services hospitaliers s'inscrit dans une démarche d'optimisation du processus global de prise en charge du patient. L'efficacité maximale de l'organisation passe souvent par la mutualisation des moyens pour réduire les effets négatifs d'un cloisonnement installé dans de nombreux secteurs d'activité. Les restructurations internes tendent vers une mise en commun qui peut prendre différentes formes et être accompagnées ou non d'un dispositif législatif. Ainsi, les créations de centres de responsabilité, de départements et de fédérations de gestion communes de services étaient déjà préconisées dans la loi de 1991 portant réforme hospitalière et dans les ordonnances de 1996.

Aujourd'hui, les hôpitaux s'engagent dans la mise en place d'une organisation polaire<sup>17</sup> de l'établissement et dans des projets structurants. Les fusions d'établissements qui ont pour objectif de coordonner, standardiser et d'harmoniser les activités mais aussi de créer une complémentarité entre les structures existantes, obligent à une réflexion sur l'organisation des services actuels. Cela témoigne d'une volonté de définir des objectifs communs et de relever des enjeux de compétitivité tout en maintenant une qualité optimale de prise en charge du patient.

Les principes généraux de ces regroupements sont, outre de réaliser des économies d'échelle dans des entités dont la taille le permet, mais aussi de contractualiser avec les acteurs et de les responsabiliser pour assurer une gestion au plus près du terrain.

Dans ce mémoire nous étudierons les conséquences d'une fusion d'établissements sur le regroupement de deux services de diététique et les nouvelles approches organisationnelles des plateaux techniques de biologie des établissements de type CHU.

---

<sup>17</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

### 3.1 La fusion d'établissements

Sur le plan opérationnel, la fusion peut être définie par « *la réunion ou la combinaison étroite de 2 groupes ou par un procédé de regroupement des sociétés ou l'une d'entre elles se fait absorber par l'autre* »<sup>18</sup>. Sur le plan économique, la fusion est liée à la notion de croissance et de concentration et il y a fusion chaque fois qu'il y a intégration des organisations.

Les fusions se caractérisent par la rencontre et la confrontation d'histoires et d'organisations du travail différentes. Les entités hospitalières se sont développées autour des acteurs qui portent ensemble l'organisation et se sont forgés une culture. La culture, en tant que valeur et manière d'être dans l'institution, reste propre à chaque organisation et fonde l'action autour d'objectifs communs. La nécessaire remise en cause des organisations de travail dans le cadre d'une fusion affecte les personnels dans leur culture, chacun restant attaché individuellement ou en groupe à ce qui fait sens pour lui et lui apporte une reconnaissance. Les fusions sont ressenties comme une perte d'identité face aux incertitudes de l'organisation de la structure à venir. Les ruptures liées aux redéploiements de personnels, à la fermeture des services, au plan d'économie et aux développements d'activités nouvelles, engendrent de fortes résistances au changement dans la mise en œuvre d'une fusion de deux hôpitaux. Ignorance d'un établissement vis à vis de l'autre, opposition aux idées nouvelles, refus de mobilité, fantasme de l'établissement qui a toujours mieux fonctionné que l'autre, sont autant de réactions observées chez les acteurs.

La constitution d'un groupe hospitalier répond le plus souvent à une double logique : médicale et fonctionnelle. Il peut s'agir de la fusion d'un hôpital de court séjour, par exemple, comprenant la majorité des disciplines médicales et chirurgicales avec un établissement tourné vers des activités de SSR / SLD<sup>19</sup> et de médecine gériatrique. Les domaines d'expertise de chaque établissement sont complémentaires et la fusion permet d'assurer une meilleure fluidité des transferts de patients des services d'aigus vers les services de SSR. Dans la logique de fusion de deux établissements, la mission du directeur des soins est d'entreprendre l'étude des conditions de réalisation et de mener à terme les opérations de réorganisation au sein des services.

---

<sup>18</sup> Dictionnaire Larousse 2005

<sup>19</sup> SSR : soins de suite et de réadaptation, SLD : soins de longue durée

### **3.2 Les plateaux techniques de biologie**

Les plateaux techniques de laboratoire sont considérés comme un élément structurant pour un établissement de type CHU et les nouvelles approches organisationnelles comme une source d'optimisation des moyens humains, matériels et des locaux. Le défi est de mettre en place une nouvelle structure et une organisation performante intégrant l'apport des nouvelles technologies, les nouvelles possibilités d'automatisation, les nouveaux moyens de communication et de traitement de l'information.

L'optimisation du fonctionnement nécessite le plus souvent le regroupement géographique des laboratoires, la centralisation des structures tertiaires de même fonctionnalité : accueil, secrétariats, pré-analytique, informatique et la mutualisation des services logistiques communs tels que le magasin, les zones de stockage, la laverie ou la stérilisation. Il est nécessaire de disposer également d'un système automatisé dédié au transport des prélèvements et d'accompagner l'ensemble d'un système performant de traitement des informations.

La répartition spatiale des activités spécialisées est fondée sur une mise en commun de technologies et de compétences autant que sur des nécessités de confinement de locaux. Les activités d'urgences peuvent ne plus être rattachées aux laboratoires de routine, mais organisées en laboratoires multidisciplinaires automatisés et robotisés pour une réponse rapide 24h/24.

La mise en place de structures transversales de gestion de la qualité et d'évaluation des pratiques et des technologies complètent le dispositif. L'organisation doit répondre aux normes de bonnes pratiques dans le cadre des textes réglementaires relatifs à la bonne exécution des analyses de biologie médicale<sup>20</sup>. Les délais de restitution des résultats font l'objet de contrats clinico-biologiques et d'une traçabilité quotidienne. Des études sont réalisées en amont sur la pertinence des examens et la maîtrise des prescriptions.

## **4 Les métiers de l'étude**

Les métiers de diététicien et de technicien de laboratoire hospitaliers : leurs caractéristiques et leurs perspectives d'évolution.

---

<sup>20</sup> Décret n°78-1148 sur le contrôle qualité, Décret n°83-104 et Guide de Bonne Exécution des Analyses : GBEA arrêtés de 1994 et de 1999.

## 4.1 Les diététiciens

2570 diététiciens travaillent dans les établissements de santé (2286 équivalents temps plein)<sup>21</sup>. Dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, ce métier est classé dans la famille des soins – activités paramédicales – sous famille : rééducation code métier : 1A501.

### 4.1.1 La formation initiale

2 diplômes permettent d'exercer le métier de diététicien : baccalauréat + 2 ans

- Brevet de technicien supérieur diététique
- Diplôme universitaire de technologie option diététique.

*Profession diététicien*<sup>22</sup> : le diététicien apporte sa compétence scientifique et technique pour assurer la qualité des aliments et des préparations alimentaires, l'équilibre nutritionnel, l'établissement de régimes sur prescriptions médicales et le respect des règles d'hygiène. Il travaille en collaboration avec des médecins, des gestionnaires et des chercheurs.

### 4.1.2 Les évolutions du métier et les perspectives d'avenir

Le métier de diététicien est récent. Il suit l'évolution de la nutrition et va devenir incontournable dans l'organisation des soins. Les missions jusqu'alors trop limitées aux aspects alimentaires des régimes évoluent vers une prise en charge plus générale du patient, incluant notamment une dimension éducative et des approches comportementales. Cette évolution nécessite une refonte des études actuellement trop courtes pour couvrir l'ensemble des connaissances à acquérir. Le schéma européen d'une formation sur 3 ans après le baccalauréat est plus approprié que les 2 ans actuels. Une des compétences essentielles du diététicien est une capacité à individualiser sa prestation, à reconnaître distinctement la véracité des propos du patient en discernant ce qu'il souhaite cacher consciemment ou inconsciemment.

## 4.2 Les techniciens de laboratoire

19 517 techniciens de laboratoire travaillent dans les établissements de santé (18 290 équivalents temps plein)<sup>23</sup>. Dans le répertoire des métiers de la fonction publique

---

<sup>21</sup> Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), données collectées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

<sup>22</sup> fiche "métiers de la santé" professions paramédicales : DGS/DHOS octobre 2005

<sup>23</sup> Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), données collectées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

hospitalière, ce métier est classé dans la famille des soins – activités paramédicales – sous famille médicotechnique, code métier : 1A303.

Autres appellations : technicien biologiste, technicien de laboratoire en biologie médicale, technicien en analyses biomédicales.

#### **4.2.1 La formation initiale**

10 diplômes : baccalauréat + 2 ou 3 ans, permettent l'accès au grade de technicien de laboratoire hospitalier<sup>24</sup>

Les missions du technicien de laboratoire sont définies dans le décret 89-613 du 1<sup>er</sup> septembre 1989 : «*Les techniciens de laboratoire assurent des travaux d'examens et d'analyses. Ils ont en charge la préparation, la vérification de l'appareillage ainsi que sa maintenance avec les services techniques. Ils peuvent être appelés à collaborer à des travaux de recherche et chargés d'actions de formation et de fonctions d'encadrement. Ils exercent ces tâches sous la responsabilité et le contrôle du biologiste chef de laboratoire* ».

profession technicien en analyses biomédicales<sup>25</sup> : le technicien en analyses biomédicales assure, sous la responsabilité du biologiste, l'exécution des examens biologiques qui concourent au diagnostic, au traitement ou à la prévention des maladies humaines ou qui font apparaître toute autre modification de l'état physiologique. Au cœur des nouvelles technologies, il entretient et vérifie le bon fonctionnement des appareils. Il est titulaire du diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales (DETAB) délivré par le ministère de la santé ou d'autres titres permettant l'exercice de cette profession délivrés par le ministère de l'Education nationale.

Ces définitions de fonction laissent très ouvertes les évolutions du métier de technicien de laboratoire.

#### **4.2.2 Les évolutions du métier et les perspectives d'avenir**

L'évolution des sciences analytiques, des technologies de communication et des dispositifs informatiques et le développement de l'automatisation des analyses sont des facteurs de changement du secteur de la biologie et ont des conséquences sur l'évolution des activités des techniciens de laboratoire.

---

<sup>24</sup> Voir annexe 1

<sup>25</sup> fiche "métiers de la santé" professions paramédicales : DGS/DHOS octobre 2005

Ces mutations sont favorisées par la mise en place de plateaux techniques de biologie et les techniciens de laboratoire devront développer des compétences dans le domaine de l'informatique, des technologies de communication, de l'instrumentation et de la maintenance biomédicale.

Ils peuvent, dès aujourd'hui, augmenter leurs connaissances et aptitudes s'ils veulent assurer les responsabilités de poste à haute qualification de type ingénieur de laboratoire, de poste d'encadrement d'unités d'activités paramédicales ou de formation. Ces fonctions demandent une réussite aux concours de la fonction publique hospitalière.

## **5 Les orientations de l'étude**

Les évolutions organisationnelles et restructurations internes des établissements de santé soumettent les acteurs à d'importants changements et nécessitent la mise en place d'un dispositif d'accompagnement pour la nouvelle structure. Il s'agit pour le directeur des soins de faire le bilan des besoins en effectifs et en compétences, de revoir la définition des missions des professionnels et de leur qualification aux postes de travail.

Nous pouvons constater que les deux métiers étudiés évoluent et s'adaptent aux besoins liés à l'évolution de la technologie et de la prise en charge du patient, mais à ce stade de la réflexion et pour répondre à la question de départ, l'enquête de terrain s'orientera vers l'exploration des pistes suivantes en se demandant :

- si les regroupements de services ont des conséquences sur l'évolution des missions de chacun,
- s'ils ne favorisent pas l'émergence de nouvelles fonctions,
- s'ils influencent le développement des métiers,
- s'ils ne constituent pas une opportunité d'évolution pour les professionnels.

## **Deuxième partie**

## LES ENSEIGNEMENTS D'UNE ENQUETE DE TERRAIN DANS 3 CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

En tant que futur directeur des soins, notre objectif est de comprendre les facteurs de réussite d'une restructuration interne conduite dans le cadre d'un projet institutionnel. Il convient d'utiliser les opinions, sentiments et attitudes exprimés par les individus dans la description de leurs pratiques comme expression directe des dépendances qu'ils ont non seulement perçues, mais intégrées dans leurs comportements. Au travers de l'enquête de terrain, nous nous sommes attachés à comprendre :

- Quelle est la part du projet institutionnel dans la création de nouvelles valeurs, de nouvelles normes, et dans le fondement d'une nouvelle culture professionnelle?
- Quelle est la part de la démarche d'accompagnement dans l'émergence de nouvelles méthodes de travail et façons de faire?
- Quelle est la part de la nouvelle organisation sur les fonctions exercées ? est-elle génératrice de nouvelles missions?

### 6 Méthode

Pour répondre à ces questions, une approche documentaire a été réalisée dans un premier temps, afin de rassembler les informations concernant les caractéristiques et les différents types d'organisations, de regroupements et de structures internes préconisés pour la mise en œuvre des projets institutionnels.

Dans un deuxième temps, des entretiens individuels semi-directifs ont été conduits auprès de professionnels concernés et de responsables engagés dans ces projets de restructuration interne. Ils ont été conduits de mars à juin 2006 et ont duré de  $\frac{3}{4}$  h à 1h chacun, les informations ont été recueillies par prise de notes. Ils ont été menés en s'appuyant sur des guides présentés en annexe<sup>26</sup> et l'anonymat des personnes rencontrées a été préservé.

Des entretiens informels ont permis d'échanger des informations avec les biologistes des **CHU 2** et **CHU 3**, avec le directeur d'établissement du **CHU 2** et avec le responsable du

---

<sup>26</sup> voir annexes 2 à 6



pôle de biologie du **CHU 3**. Ces échanges ne sont pas retranscrits mais utilisés pour comprendre les choix et orientations adoptés pour l'organisation du plateau technique de biologie des **CHU 2** et **CHU 3**.

La conduite des entretiens a été organisée suivant le tableau suivant :

	<b>CHU 1</b>	<b>CHU 2</b>	<b>CHU 3</b>
Entretiens	Hôpital MCO : - 4 diététiciennes - 1 cadre supérieur Hôpital SSR / SLD : - 4 diététiciennes - 1 cadre supérieur	- 4 techniciens de laboratoire, - 1 cadre supérieur - 1 directeur des soins	- 4 techniciens de laboratoire, - 1 cadre supérieur - 1 directeur des soins
Restructuration	<i><b>Fusion de 2 établissements</b></i>	<i><b>Plateau technique de biologie dans 2 ans</b></i>	<i><b>Plateau technique de biologie depuis 10 ans</b></i>

Les entretiens des deux directeurs des soins ne sont pas retranscrits, mais les informations recueillies ont permis d'orienter certaines préconisations présentées en 3<sup>ème</sup> partie.

## **7 Analyse documentaire**

Les documents consultés sont des rapports, des plans, des articles, des revues regroupés dans la bibliographie du mémoire et des sites Internet.

La synthèse des informations permet de comprendre l'intérêt des restructurations pour l'institution et le patient.

### **7.1 Intérêt des restructurations pour l'institution....**

Le volet de soutien à l'investissement hospitalier du plan hôpital 2007 a pour objectif d'accompagner la modernisation des structures des établissements de santé et la mise en œuvre des coopérations.

Ces défis, dans lesquels s'engagent les hôpitaux en se restructurant, permettent d'assurer la promotion de l'établissement qui se doit d'offrir une prise en charge de qualité pour le patient et de maîtriser les coûts de fonctionnement.

#### **7.1.1 .....Lorsque deux établissements fusionnent**

La constitution d'un groupe hospitalier par fusion de deux établissements d'activités complémentaires répond à des logiques médicales et fonctionnelles. Les principes généraux de ces regroupements sont liés à la notion de croissance et de concentration afin d'améliorer la prise en charge globale du patient.

#### A) Les objectifs d'une fusion

Les objectifs médicaux de cette fusion sont, dans le cadre de cette étude, de réunir un hôpital de court séjour comprenant la majorité des disciplines médicales et chirurgicales et où siègent un SAU<sup>27</sup> et un SAMU<sup>28</sup> avec un établissement tourné vers des activités de SSR<sup>29</sup>, de médecine gériatrique et psychiatrique. Les domaines d'expertise de chaque établissement se complètent dans plusieurs disciplines médicales et la fusion permet d'assurer une meilleure fluidité des transferts de patients des services d'aigus vers les services de soins de suite et de réadaptation.

De plus, la mise en place d'une organisation polaire du groupe hospitalier a été grandement facilitée par le regroupement de services d'activités complémentaires dans 6 pôles sur 8 tels que le pôle neuro-locomoteur, le pôle de médecine – urgences ou le pôle de psychiatrie.

Les objectifs fonctionnels de cette fusion s'appuient sur des liens déjà existants entre ces deux établissements et concernent la production alimentaire, les laboratoires, la maintenance biomédicale. En effet, le groupe hospitalier bénéficie d'une unité spécialisée de production diététique centralisée et a réalisé le transfert des activités de biologie sur l'établissement de court séjour. Le regroupement de plusieurs directions fonctionnelles a contribué au renforcement de ces liens et a favorisé la mise en œuvre de la fusion des deux établissements. Aujourd'hui, la réflexion se poursuit afin de compléter le dispositif par des opérations de réorganisation au sein des services pour rester dans cette logique. C'est ce qui est envisagé pour les 2 services de diététique qui évolueront vers le regroupement en un seul secteur d'activité transversal sur les 2 établissements.

#### B) Le contexte de la diététique hospitalière

En 2001, une nouvelle démarche de santé publique s'initie pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs afin de promouvoir la nutrition en France. Elle fait l'objet d'un programme national qui s'est étalé de 2001 à 2005 et a permis le développement d'un cadre référentiel pour le champs de la nutrition. Ce programme a été évalué et est aujourd'hui reconduit de 2006 à 2008.

#### Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) :

---

<sup>27</sup> SAU : service d'accueil des urgences

<sup>28</sup> SAMU : service d'accueil mobile des urgences

<sup>29</sup> SSR : soins de suite et de réadaptation

Le PNNS vise à prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels de la population. Les objectifs nationaux sont définis dans le PNNS 2001 – 2005 et inscrits dans la loi 2004-804 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

Un des axes stratégiques du plan présente l'action gouvernementale en matière de nutrition dans les établissements de santé.

Une mission confiée en 2001 au Pr. C.RICOUR avait pour objectif de mettre en place une structure transversale de liaison sur la restauration-nutrition dans les établissements de santé. Cette organisation devait promouvoir les démarches qualité de cette fonction, dépister la dénutrition de la personne âgée et favoriser la mise en place de réseaux ville-hôpital de prévention, de dépistage et de prise en charge de l'obésité notamment chez l'enfant.

Ces objectifs nutritionnels prioritaires ont fait l'objet d'une évaluation des actions consignée dans un rapport<sup>30</sup> regroupant les éléments du bilan PNNS 2001 – 2005 et des propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 2006-2008. Les propositions concrètes faites dans ce rapport visent à améliorer l'état de santé de la population en général et de réduire le risque de maladies chroniques : maladies cardiovasculaires et cancers.

*Le Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition dans les Etablissements de Santé (CNANES) :*

L'arrêté du 29 mars 2002 porte création du CNANES, structure nationale rattachée à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Elle est composée de représentants de professionnels hospitaliers concernés par l'alimentation nutrition : médecins nutritionnistes, diététiciens, ingénieurs en restauration et des directeurs généraux des agences sanitaires.

Ce comité a pour mission d'assurer le pilotage du volet hospitalier du PNNS, en ciblant les actions à entreprendre, en veillant à leur mise en place et à leur réalisation. Ce comité assure également le suivi du développement du programme, son évaluation et l'interface entre le PNNS et les agences sanitaires.

*Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) :*

---

<sup>30</sup> Rapport du Pr. Serge HERCBERG « pour une grande mobilisation nationale de tous les acteurs pour la promotion de la nutrition en France » février 2006.

La mise en place d'un CLAN dans chaque établissement de santé est recommandée<sup>31</sup>. Il constitue un comité consultatif d'appui auprès de la CME<sup>32</sup> et du directeur de l'établissement. C'est une démarche incitative qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement.

Le CLAN participe, par ses avis, à une *triple mission* :

- *de conseil* pour l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients et pour assurer la cohérence des actions alimentation-nutrition menées au sein de l'établissement. Il travaille en collaboration avec des structures telles que le comité de lutte contre les infections nosocomiales, le comité du médicament, le comité vigilance et gestion des risques.

- *d'impulsion d'actions* adaptées à l'établissement telles que le dépistage de la dénutrition, de l'obésité ou des troubles du comportement alimentaire. Il prépare un programme annuel d'actions en cohérence avec les autres projets de l'établissement et réalise un bilan des pratiques professionnelles dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. Ce bilan s'appuie sur le référentiel d'accréditation de l'HAS<sup>33</sup> et le CLAN participe à l'évaluation des actions entreprises.

- *de formation* des professionnels sur les recommandations d'apports nutritionnels pour le patient et sur le contrôle des risques alimentaires en s'appuyant sur la méthode HACCP<sup>34</sup> par exemple.

Le CLAN élabore un rapport d'activité chaque année qu'il adresse au CNANES. Celui-ci assure une coordination nationale des CLAN, émet des recommandations et diffuse les résultats des actions menées.

---

<sup>31</sup> circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29/03/2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

<sup>32</sup> CME : commission médicale d'établissement

<sup>33</sup> HAS : Haute Autorité de Santé

<sup>34</sup> HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point. Système préventif d'analyse des dangers et maîtrise des points critiques.

## 7.1.2 .....Lorsque les laboratoires se regroupent

### A) Les objectifs d'un plateau technique de biologie

Les objectifs médicaux s'adressent autant aux cliniciens qu'aux soignants et aux patients. Le but est de donner une image cohérente, forte et lisible des laboratoires. Ils doivent avoir une stratégie d'ensemble et une politique de communication clairement définie. Ces objectifs sont d'assurer la sécurité et la traçabilité des analyses réalisées ainsi que la fiabilité, le contrôle et la rapidité des résultats rendus pour le patient.

De plus, la mise en commun de moyens et des techniques nouvelles doivent permettre aux biologistes d'avoir une stratégie d'ensemble et servir de base à l'élaboration d'un projet global pour la biologie prenant en compte les évolutions de ce secteur d'activité et s'appuyant sur les projets de service des spécialités. Ce projet global de biologie peut intégrer également un principe de complémentarité entre l'hôpital universitaire et les industriels. En effet, il est souvent difficile de dissocier des activités hospitalières les activités de recherche et de développement. Ce partenariat représente un facteur de progrès pour l'institution et pour les patients, mais aussi un facteur de valorisation des travaux de recherche des équipes.

### Les objectifs gestionnaires :

La biologie représente environ 7%<sup>35</sup> des budgets de fonctionnement hospitalier. L'automatisation, l'informatisation et le développement de nouvelles technologies incitent à redéfinir les qualifications et les effectifs des laboratoires et à faire émerger de nouveaux métiers. Même si cette mission est délicate, compte tenu de la rigidité des statuts des personnels de la fonction publique hospitalière, elle est nécessaire pour adapter les compétences aux évolutions du plateau technique de biologie sans mettre en cause la finalité de la pratique des professionnels.

L'analyse financière et productive et l'évaluation économique de la prestation des services de biologie nécessitent de bien connaître l'organisation et les moyens affectés à la biologie pour construire un modèle d'étude, mais aussi de l'alimenter en informations provenant de sources diverses : des laboratoires, de la direction des services économiques et de la direction des ressources humaines et de la direction des affaires médicales.

---

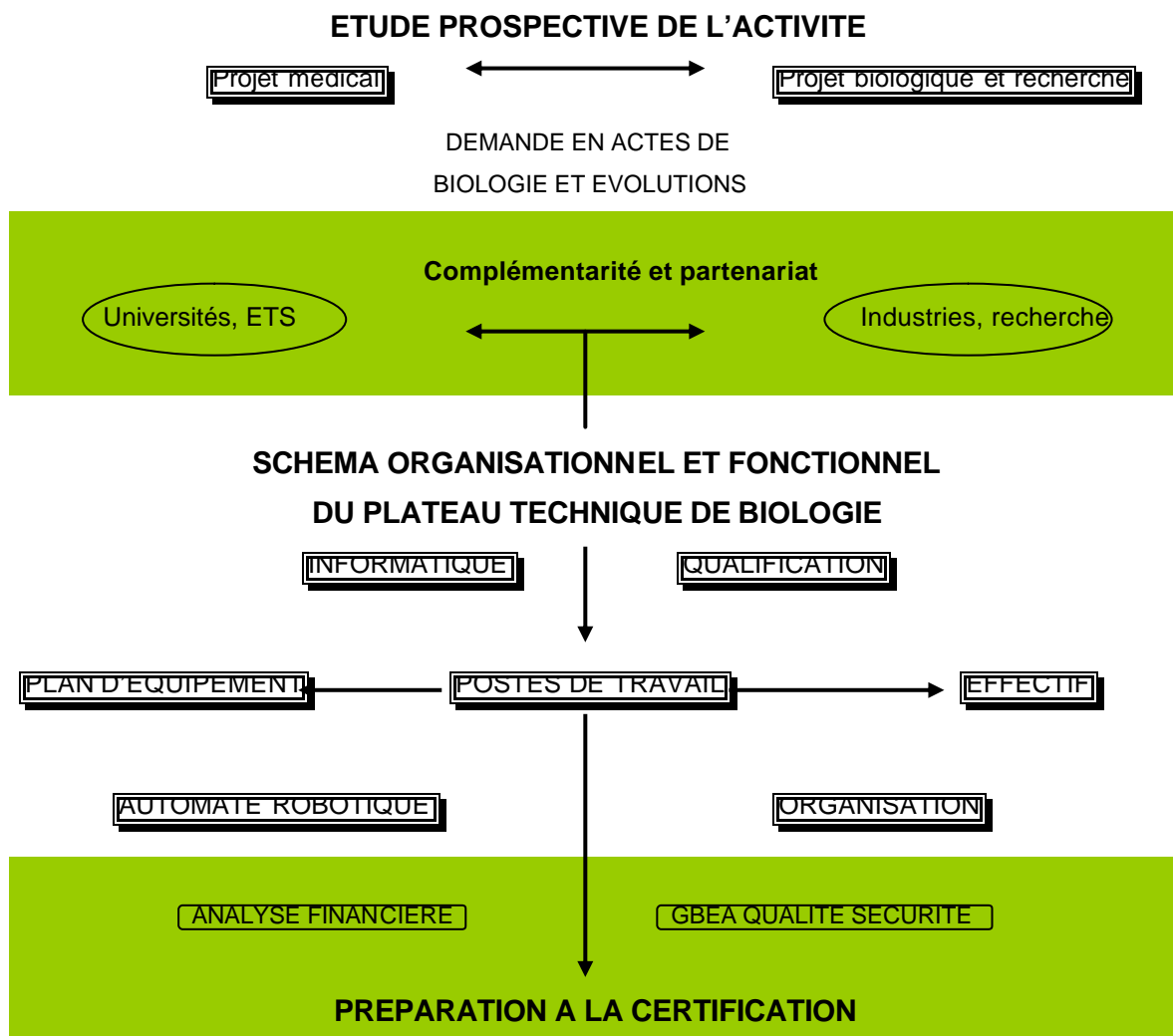
<sup>35</sup> Calcul réalisé à partir des données de l'Agence technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation (ATIH) et l'étude nationale des coûts.

De plus, une nouvelle politique d'acquisition des analyseurs doit être mise en place : mise à disposition d'équipement négociée lors de l'établissement des marchés publics. Cette orientation doit permettre de maintenir une performance des équipements et une diminution des coûts de maintenance et de réparation.

### B) La démarche de restructuration

Un projet biologique de restructuration (ou de création) d'un plateau technique nécessite, en amont, la connaissance du projet médical et des besoins en biologie pour s'intégrer dans une logique de coopération avec les autres structures de l'établissement. Ces besoins concernent la demande d'examens actuelle et future des services cliniques, mais aussi celle liée à la recherche médicale.

**Principales étapes d'une démarche projet  
pour la mise en place d'un plateau technique de biologie<sup>36</sup>**



<sup>36</sup> GOUGET B., BIELLE C. La démarche projet pour de nouveaux plateaux de biologie : Technologie santé n°29 Juin 1997 (schéma réactualisé)

Le plateau technique doit répondre aux normes de sécurité et de qualité du service rendu correspondant aux obligations du GBEA dans le but d'une certification pour tout ou partie de ses fonctions.

### C) Les diverses organisations de plateaux techniques de biologie

Le regroupement géographique des laboratoires est souvent la première étape menant à la rationalisation des plateaux techniques. L'architecture du bâtiment garantit une réelle unité dans la gestion des laboratoires et renforce la coopération interdisciplinaire.

Les projets s'élaborent tous avec un souci d'efficacité, mais le conjugue sous des formes diverses. La réflexion porte d'abord sur le choix entre deux concepts d'organisation différentes : d'une part, le regroupement des spécialités biologiques sur un seul niveau horizontal de biologie médicale hyper robotisée et d'autre part, le regroupement dans un bâtiment des laboratoires identifiés et correspondant aux disciplines universitaires de biologie. Le premier a l'avantage d'être très évolutif puisque les différentes fonctions du plateau technique sont séparées par des cloisons mobiles et permettent des modifications aisées de la structure liées à l'évolution des activités et des technologies, mais il est qualifié « d'usine ». Le deuxième conserve une identité de spécialités biologiques et à la faveur des biologistes qui souhaitent garder la maîtrise d'un périmètre d'activité correspondant à leur discipline universitaire. Cette conception est de taille « humaine », mais ne permet pas l'installation d'une robotisation optimum et même si la gestion est commune, les moyens mutualisés sont plus ou moins importants.

Ces projets s'accompagnent néanmoins de mêmes réflexions incontournables :

- L'organisation des liaisons et des flux : des liaisons sont mises en place afin d'optimiser les circuits des prélèvements de laboratoire et des résultats d'analyse,
- L'organisation d'un secteur à réponse rapide installé à proximité du service des urgences et utilisant des analyseurs dédiés ou non,
- L'organisation et l'harmonisation des systèmes de gestion informatique des laboratoires incluant ou non la prescription connectée des demandes d'examen et la transmission informatique des résultats d'analyse sur un serveur de résultats,
- L'organisation des installations communes, c'est à dire la centralisation des structures tertiaires de même fonctionnalité : accueil, secrétariats, pré-analytique ainsi que la mutualisation des fonctions logistiques telles que la laverie, la stérilisation, les archives, etc. Il peut également être étudié la mutualisation des espaces dédiés à la biologie moléculaire qui nécessite un agencement particulier de certains locaux.

## **7.2 Intérêts des restructurations pour le patient**

Un des objectifs des restructurations hospitalières est d'améliorer la prise en charge globale du patient et de fluidifier son parcours hospitalier : "*rendre navigable le fleuve hospitalier*."<sup>37</sup> Placer le malade au centre du dispositif de soins et optimiser l'utilisation des moyens font progresser la qualité de l'offre de soins au bénéfice du patient.

### **7.2.1 Des organisations centralisées**

La mise place d'un plateau technique de biologie constitue un lieu unique de réception des prélèvements de laboratoire transmis par un système automatisé. Ce dispositif facilite le travail des infirmières et réduit les erreurs d'adressage sur un même secteur de réalisation des analyses. En interne, le transfert des tubes de prélèvements entre les disciplines biologiques est facilité par l'unité de lieu et évite de re-prélever le malade dans certains cas. De plus, ces structures sont dotées le plus souvent d'un centre de prélèvement, ce qui représente une facilité de prise en charge pour les consultants et les personnes non hospitalisées.

De même, l'unité spécialisée de production diététique centralisée permet un accompagnement adapté aux pathologies. Son organisation prend en compte le bilan nutritionnel conseillé dans le dossier médical, mais aussi les appétences du patient, notamment de ceux qui ont des hospitalisations de longue durée. Le choix des repas est guidé par un support visuel et saisi au lit du malade. Le système offre des alternatives de menu en fonction des nécessités du régime. La fonction restauration prend en compte les attentes des accompagnateurs qui peuvent se restaurer sur place et constitue ainsi une amélioration au bénéfice du patient.

### **7.2.2 Des organisations transversales**

La fluidité des transferts entre les services d'aigus et les services de soins de suite ou de longue durée est améliorée par un regroupement d'établissements d'activités complémentaires pour les malades nécessitant une rééducation particulière ou pour les personnes âgées.

---

<sup>37</sup> Plan stratégique 2005 – 2009 de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.



La transversalité favorise l'organisation de consultations de nutrition, par exemple, pour les services de réadaptation cardiaque et de psychiatrie ou de cours d'éducation nutritionnelle ouverts aux patients des autres services si le thème les concerne.

### **7.2.3 Des échanges facilités entre professionnels**

Les professionnels engagés dans un processus global de prise en charge améliorent leurs échanges et facilitent les transmissions de connaissances. Ils participent ainsi au développement de nouvelles techniques ou à l'harmonisation des pratiques professionnelles au profit du patient. L'organisation de journées d'échanges sur la nutrition (en psychiatrie ou en cancérologie) ou l'harmonisation des protocoles de prise en charge (des patients diabétiques par exemple) sont autant de témoignages et d'expériences partagés qui font progresser l'offre de soins au bénéfice du patient.

## 8 Les entretiens de l'étude

La conduite des entretiens a d'abord été déterminée par les lieux et le type de restructuration interne en cours ou réalisée. Les entretiens ont permis un recueil d'informations riche, les données sont d'ordre qualitatives et les idées fortes ont été regroupées par catégories.

### 8.1 Le choix des CHU

La relance massive de l'investissement hospitalier consacre 8 milliards d'euros<sup>38</sup> aux opérations de renouvellement du parc hospitalier. Ces mesures du plan « Hôpital 2007 » seront suivies de celles du plan « Hôpital 2012 » pour compléter la modernisation des établissements de santé. Les CHU en bénéficient mais malgré tout, nombre d'entre eux sont dans une situation budgétaire difficile et leurs directeurs généraux font voter, aujourd'hui, des EPRD<sup>39</sup> en déficit prévisionnel.

Les opérations de restructurations internes doivent donc se poursuivre afin d'optimiser les moyens mis à disposition des CHU. Les lieux choisis pour mener l'enquête de terrain de ce mémoire professionnel sont des CHU dont les caractéristiques sont les suivantes :

	CHU 1	CHU 2	CHU 3
Capacité	Hôpital de court séjour : 920 lits et places Hôpital moyen et long séjour : 525 lits et places	Centre hospitalier : 1632 lits	Centre hospitalier : 3077 lits
Restructuration	<i>Fusion de 2 établissements</i>	<i>Plateau technique de biologie dans 2 ans</i>	<i>Plateau technique de biologie depuis 10 ans</i>

### 8.2 Les points de vue sur la fusion d'établissements

L'organisation polaire du **CHU 1** est effective depuis le début 2006. Les 2 services de diététique n'ont pas été inclus dans un pôle particulier, l'option prise a été de maintenir un service transversal sur les 2 établissements et rattaché à la direction des soins du groupe

---

<sup>38</sup> GIRAUD F. Rapport au premier ministre « Les centres hospitaliers et universitaires – réflexions sur l'évolution de leurs missions » juin 2006.

<sup>39</sup> Etat prévisionnel des recettes et des dépenses.

hospitalier. Néanmoins, le fonctionnement des 2 structures est peu différent aujourd'hui comparé à celui avant la fusion. L'organisation transversale se met en place lentement.

### **8.2.1 Dans l'hôpital de court séjour**

Le service de diététique de l'hôpital a des liens privilégiés avec les services cliniques de l'établissement MCO, l'unité spécialisée de production diététique et les magasins restauration et diététique.

#### **A) Entretiens avec les diététiciennes**

Les professionnelles prennent en charge les patients d'un groupe de services cliniques. Elles mettent en avant le nombre important de pathologies traitées et le roulement adopté pour maintenir leur compétence dans ces spécialités médicales.

Leur mission est clairement définie, cependant, elles soulignent le fait que le patient a un séjour de courte durée et leur fonction d'éducateur thérapeutique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Elles assurent cependant des consultations en binôme avec les infirmières d'un service, travaillent en bonne entente avec les médecins et les soignants et se disent bien intégrées dans la vie des services cliniques.

Elles n'ont pas de craintes par rapport à la fusion des 2 établissements, parce qu'elles ont une charge de travail importante et « *qu'elles ne pourront faire plus* ». Elles soulignent l'importance de s'être spécialisées pour certaines pathologies et veulent conserver ce savoir-faire pour maintenir une qualité optimum de prise en charge au service des patients. Cette expertise développée leur permet d'évaluer très rapidement le niveau d'information de leur patient et de son entourage, pour adapter et personnaliser son éducation thérapeutique et obtenir plus facilement son adhésion au traitement et son acceptation du régime prescrit.

L'évolution de leur métier n'est pas en rapport avec la fusion des 2 établissements, mais de façon plus générale, elles souhaitent une meilleure reconnaissance de leurs compétences et de la complémentarité de fonction avec les médecins nutritionnistes. Elles s'inquiètent du nombre de diététiciennes formées alors que 10% seulement d'entre elles trouvent un emploi après l'obtention du diplôme. Elles sont conscientes que leur métier est peu valorisé parmi les paramédicaux hospitaliers et souhaitent une réforme des études en 3 ans après le baccalauréat. Elles ont bien accueilli le rattachement du service à la direction des soins de l'établissement.

## B) Entretien avec le cadre supérieur

Des projets communs ont déjà été menés tels que l'harmonisation du système informatique de prise de commande des repas et la mise en œuvre de la méthode HACCP dans les offices alimentaires et dans la cuisine relais. Des protocoles de suivi nutritionnel des patients à risque (diabétique par exemple) ont été élaborés pour assurer une prise en charge spécifique et adaptée à la pathologie.

Le cadre supérieur prend appui sur ces réalisations communes pour développer les contours d'un service transversal de diététique, sans aborder l'évolution des missions du service ni de changement d'organisation du travail des professionnels.

Une réflexion menée dans le cadre du « plan équilibre » institutionnel concernant l'harmonisation des prestations alimentaires sur l'ensemble des établissements semble plus préoccupant que les conséquences de la fusion des 2 hôpitaux. En effet, les contraintes liées à cette harmonisation sont de rester dans un cadre défini, ce qui a comme conséquence de diminuer la variété des repas servis et donc la qualité du service rendu pour les patients.

### 8.2.2 Dans l'hôpital de moyen et long séjour

Les patients pris en charge dans cet établissement ont été transférés le plus souvent de l'hôpital MCO. La durée moyenne de séjour est de 38 jours.

## A) Entretiens avec les diététiciennes

Le patient est au cœur de leurs préoccupations, elles soulignent l'importance du suivi diététique et du moment de la prise de repas pour ces malades. La phase aiguë de la pathologie est passée, les patients sont hospitalisés pour une convalescence et l'alimentation alors « *remonte d'un cran* », c'est à dire qu'elle prend beaucoup plus d'importance dans leur séjour. Certains d'entre eux, admis en neurologie y sont « *à vie* » et les problèmes d'alimentation deviennent alors essentiels. Ils peuvent présenter des troubles de la déglutition et une lassitude par rapport aux repas mixés servis. Les problèmes de dénutrition sont fréquents et elles se sentent démunies pour les traiter parce que les patients s'alimentent mal, par manque d'attrait à l'égard des repas servis. Ils ne couvrent plus leurs besoins alimentaires et des compléments nutritionnels doivent leur être administrés. Cela ne satisfait pas ces professionnelles, qui notent « *l'incohérence pour l'exercice de leur métier* » et soulignent le coût élevé de ces compléments nutritionnels. C'est pour elles une démarche illogique qu'elles dénoncent.

Les contraintes économiques liées à la fusion sont associées à celles de la démarche institutionnelle d'harmonisation des repas et renforcent le sentiment de ne plus avoir la possibilité d'assurer un service de qualité adapté aux besoins de la personne hospitalisée.

Les diététiciennes de cet établissement ne sont pas soucieuses quant à la polyvalence qui pourrait leur être demandée entre les 2 hôpitaux, mais elles ont un fort sentiment d'appartenance à l'établissement SSR/SLD et s'inquiètent que l'aboutissement de la fusion des 2 établissements soit une absorption de leur spécificité par « *le grand frère* », c'est à dire l'hôpital MCO.

Comme leurs collègues de l'hôpital MCO, l'évolution de leur métier n'est pas en rapport avec la fusion des 2 établissements. « *On aimerait être mieux considéré, pas comme des cuisinières.* » exprime leur besoin de reconnaissance de la profession. C'est avant tout un métier de communication et il serait souhaitable que les diététiciennes aient une formation qui développe ces aspects : la psychologie, l'écoute afin de mieux adapter les stratégies d'éducation nutritionnelle des patients, mais aussi d'assurer les formations des équipes soignantes à l'application et à la surveillance du traitement diététique. Comme leurs collègues, elles souhaitent une réforme des études en 3 ans après le baccalauréat afin d'harmoniser les formations des paramédicaux hospitaliers et ont accueilli favorablement le rattachement du service à la direction des soins de l'établissement.

#### B) Entretien avec le cadre supérieur

La performance et la qualité du service de diététique de l'établissement moyens et longs séjours a été soulignée comme point fort lors de la 1<sup>ère</sup> visite d'accréditation en 2004. Le cadre supérieur est investie dans la promotion du métier et participe à de nombreuses actions dans le cadre du projet d'établissement. L'élaboration du projet de soins a été également réalisée. Il recouvre des axes de prévention et de réduction des risques sur le thème de l'alimentation / nutrition, sur l'alimentation entérale et parentérale. L'organisation de journées à thème (nutrition et psychiatrie), la formation de correspondants en hygiène alimentaire dans les services de soins, la formation au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition, sont des démarches communes aux 2 établissements et s'intègrent dans les missions d'un service transversal de diététique. Ces missions sont en lien avec les préconisations du PNNS2 concernant la prévention et l'éducation dans le champs de la nutrition.

La fusion des 2 établissements est perçue comme un moyen de faire reconnaître toutes les spécificités du métier de diététicienne. Entre eux, les mêmes pathologies sont traitées mais pas au même stade, ce qui permet le développement d'ateliers thérapeutiques sur les mêmes thèmes, d'organiser des formations communes dispensées aux internes et d'envisager de responsabiliser une diététicienne référente en dénutrition. Ces actions doivent prendre en compte les cultures différentes et les étapes nécessaires à respecter pour parvenir à l'organisation optimale d'un service transversal de diététique sur les 2 établissements.

## 8.3 Les points de vue sur le plateau technique de biologie

### 8.3.1 Dans un CHU à 2 ans de l'ouverture du plateau technique de biologie

Le CHU 2 est organisé en pôles d'activité depuis 1998. Il comprend 3 sites répartis sur l'ensemble de la ville : 1 hôpital principal, 1 situé en centre ville qui fermera dans 5 / 6 ans et 1 hôpital gériatrique. Les laboratoires sont répartis sur les 2 sites MCO.

Jusqu'à présent, les responsables médicaux des laboratoires ont préféré l'appellation de « *fédération des services de biologie* » plutôt que pôle de biologie ce qui permet de conserver l'affichage des disciplines universitaires. La construction d'un bâtiment dédié à l'activité de biologie a débuté en 2006, la livraison des locaux est prévue en 2008. Bien que les plans d'ensemble soient arrêtés, il reste à concevoir l'aménagement définitif des locaux afin d'accompagner les travaux en cours. De plus, tous les acteurs peaufinent l'organisation future de ce plateau technique de biologie (PTB) qui modifie l'organisation du travail actuelle. Cette opération est accompagnée d'une automatisation du transport des prélèvements de laboratoire.

#### A) Entretiens avec les techniciens de laboratoire

##### Les points négatifs du PTB évoqués par les techniciens de laboratoire:

➤ La mise en place d'un plateau technique automatisé (PTA) ouvert 24h/24, regroupant les activités classiques de biochimie et d'hématologie, suscite des craintes quant à l'intérêt du travail des techniciens de laboratoire en poste sur ces analyseurs haute performance et des appréhensions de devenir des « *presses boutons* ». L'organisation des postes de travail autour de ce PTA est inquiétante et provoque de nombreuses questions de la part des professionnels. Il semble que les anxiétés ne se dissiperont pas, tant que l'organisation ne sera pas stabilisée et clarifiée.

➤ Certains techniciens craignent le gigantisme de la structure et évoquent le côté « *ruche* » du futur PTB. Ils reconnaissent cependant n'avoir que peu d'information et pensent néanmoins que le regroupement des laboratoires « *est l'avenir de la biologie dans tous les CHU* ». Leurs inquiétudes reviennent sur l'organisation qu'ils pressentent plus contraignante (rigidité des horaires qui leurs seront proposés, nombre de week end plus important qu'ils devront assurer, etc.) et ils expriment un besoin de reconnaissance de leur spécificité et le souhait de conserver l'intérêt et la diversité de leur travail. Ils sont pessimistes quant à l'avenir de leur profession qui déjà aujourd'hui manque de considération et pensent que demain les techniciens de laboratoire deviendront « *d'illustres inconnus et la 5<sup>ème</sup> roue du carrosse* » du fait de l'automatisation à outrance des analyses. Ce climat contribue à amplifier l'appréhension au changement de structure.

##### Les points positifs du PTB évoqués par les techniciens de laboratoire:

➤ L'installation des laboratoires dans de nouveaux locaux et leur aménagement compatibles avec l'évolution des activités de biologie sont des arguments fréquemment évoqués. Le PTB représente, pour eux, un environnement favorable aux développements des nouvelles techniques, un lieu d'échanges et de transmissions des savoirs dont ils veulent bénéficier. Ils ont conscience que certains de leurs collègues ont des réticences par rapport à cette structure, mais ils acceptent le choix d'une organisation très robotisée et très productive pour la biologie classique ce qui permet le développement de secteurs spécialisés offrant des postes de travail très intéressants et des conditions de travail convenables. Les postes du PTA sont à assurer par roulement et ne représentent pas, pour eux, une fréquence inacceptable sur l'ensemble de l'équipe.

➤ Il faut « *accepter d'évoluer, le changement fait progresser* » et ils sont habitués aux modifications de techniques liées à la spécificité de la discipline biologique qui est « *non statique et toujours en évolution* ». Ceux qui évoquent des craintes quant aux changements oublient les évolutions de leur fonction liées, notamment, à la mise en place des systèmes de gestion informatisée qu'ils ont malgré tout intégrée. Le PTB a une connotation novatrice, dynamique et présente un intérêt pour l'avenir de la profession. Pour eux, toutes les compétences spécifiques pourront être utilisées et certains techniciens de laboratoire veulent participer aux réflexions sur l'organisation et l'aménagement des locaux.

#### B) Entretien avec le cadre supérieur

➤ L'installation du futur PTB est portée par un projet médical de biologie et évolue par étapes. La fédération des services de biologie mise en place en 1998 fait place, depuis 3 ans à un pôle de biologie, ce qui représente une évolution dans le fonctionnement des 14 laboratoires du CHU. C'est un changement de mentalité pour certains biologistes et techniciens de laboratoire. En effet, une mutualisation d'équipements et de locaux dédiés à la biologie moléculaire ont été acceptés ainsi que la mutualisation de l'équipe d'agents hospitaliers qui constitue aujourd'hui une équipe transversale entre les laboratoires. Des réunions mensuelles du pôle biologie regroupent le directeur adjoint responsable du pôle, le coordonnateur médical, les cadres, des biologistes et des techniciens pour mener les réflexions sur l'organisation et l'aménagement des futurs locaux du PTB.

➤ La prochaine étape sera l'installation dans les nouveaux locaux qui regroupent des surfaces communes et des surfaces dédiées par spécialités biologiques et la « remontée » des activités et des équipes de l'hôpital du centre ville accompagnée d'un plan d'économie actuellement en négociation. Le cadre supérieur a la charge d'adapter les effectifs et l'organisation du personnel paramédical et notamment l'organisation 24h/24 du PTA. Cette mission est à mener avec l'encadrement paramédical et comporte

des difficultés liées aux réticences encore vives et qu'il faudra dissiper avant de stabiliser l'organisation du PTA.

### **8.3.2 Dans un CHU après 10 ans de fonctionnement du plateau technique de biologie**

Le CHU 3 est organisé en pôles d'activité depuis 10 ans et regroupe 5 sites répartis sur l'ensemble de la ville. Les laboratoires hospitaliers sont installés sur 2 sites dont l'un près des blocs opératoires et l'autre sur une plate forme de 6000 m<sup>2</sup> de l'hôpital principal. Ils regroupent 9 disciplines universitaires de biologie et les laboratoires de recherche sont installés sur une surface située à l'étage en dessous. Ils partagent les infrastructures mises en place pour le PTB (circulation des fluides, sécurité produits toxiques, élimination des déchets à risques, etc.). Le CHU vient de prendre la décision de délocaliser ce plateau de biologie et de l'installer sur un nouveau site à construire afin de le regrouper avec d'autres activités cliniques. Tous les responsables du pôle de biologie participent donc à l'élaboration du projet de délocalisation du PTB prévue en 2012 et qui s'accompagnera d'un projet d'automatisation du transport des prélèvements de laboratoire par pneumatique.

#### A) Entretiens avec les techniciens de laboratoire

➤ Après 10 ans de fonctionnement du PTB, les seules remarques négatives exprimées par les techniciens de laboratoire concernent les conditions de travail dans certains secteurs de la surface du plateau technique. Le bruit auprès d'analyseurs de grande cadence et le manque de climatisation sont évoqués et représentent des contraintes pour les personnels de la structure. Ces désagréments ont fait l'objet de travaux et d'aménagements qui s'avèrent peu efficaces.

➤ Les techniciens de laboratoire ont un fort sentiment d'appartenance au PTB mais apprécient l'organisation du plateau en laboratoires de spécialités biologiques dans lesquels sont affectés des personnels dédiés. La taille de la structure du PTB facilite les échanges, ce point est souvent évoqué et concerne les échanges d'informations sur les activités des secteurs voisins ou sur les possibilités de mutations ou sur l'évolution des techniques. Les mutations sont favorisées par l'encadrement et des formations sont acceptées si elles correspondent à un projet personnel ou accompagnent une évolution d'activité du PTB. Les techniciens de laboratoire expriment leur satisfaction de travailler dans un environnement moderne et dynamique qui donne « *envie de s'investir* » et d'évoluer dans sa fonction.

#### B) Entretien avec le cadre supérieur

➤ L'organisation du pôle biologie est très structurée et l'équipe de direction gère l'ensemble des activités et des évolutions avec beaucoup d'efficacité. L'équipe se



compose d'un directeur médical coordonnateur du pôle, d'un cadre supérieur médicotechnique et d'un cadre administratif directeur technique. Chaque fonction transversale est rattachée à la direction du pôle et un responsable est désigné.

➤ Le cadre supérieur gère le personnel non médical avec les cadres des secteurs d'activité et est très impliqué dans l'évolution des fonctions liées à l'organisation du PTB. La gestion des mensualités de remplacement est sous sa responsabilité ainsi que l'organisation des mutations. Les locaux modulables du PTB s'adaptent aux évolutions organisationnelles et le PTB est perçu comme étant une structure évolutive, adaptée aux activités de biologie d'un CHU. L'unité de lieu favorise les échanges et la communication entre les professionnels, mais certains aménagements seront à modifier dans le projet futur de délocalisation du PTB. La masse critique du PTB a permis une nouvelle approche de certaines fonctions liées à l'activité de biologie : l'organisation du secteur pré et post-analytique pour lequel une démarche de certification est en cours, la mise en place d'une cellule de métrologie, l'organisation de formations internes et de stages par comparaison pour faciliter les mutations de toutes les catégories professionnelles.

#### **8.4 Points communs exprimés par les professionnels interrogés**

➤ Les entretiens menés auprès des paramédicaux de l'étude nous permettent de constater des niveaux d'information très différents les uns par rapport aux autres dans un même établissement et pour une même opération de restructuration. Certains sont suffisamment informés et collaborent aux travaux de réflexion et d'organisation du projet en général et d'autres se sentent éloignés de la démarche et privés d'une participation pour l'aménagement de leur futur environnement de travail.

➤ Si les objectifs économiques des opérations de restructurations sont admis comme une nécessité contextuelle par la plupart des personnels concernés, ils doivent garantir une qualité des prestations pour les patients et des conditions de travail améliorées pour l'ensemble des personnels.

➤ Dans le milieu hospitalier, les paramédicaux spécialisés tels que les professionnels interrogés sont en minorité parmi les soignants et ont le sentiment que leur activité est mal connue, mais pourtant totalement intégrée dans le processus de soins. Il ressort des entretiens un fort besoin de reconnaissance de leurs spécialités, des caractéristiques particulières et de l'évolution de leurs métiers. La grande majorité d'entre eux a été favorable à leur intégration au sein de la direction des soins et à son élargissement aux secteurs médicotechnique et de rééducation.

➤ L'analyse des points communs exprimés lors de ces entretiens interroge sur la conduite d'une opération de restructuration hospitalière et oriente les préconisations de cette étude vers un management que le directeur des soins adapte à la situation en collaboration avec l'équipe de direction. Il développe, entre autres, les axes concernant la coordination des informations transmises à l'attention des personnels via l'encadrement paramédical, la communication sur le déroulement de l'opération et la valorisation des qualifications professionnelles et leurs perceptives d'avenir.

## **9 Analyse de l'étude de terrain**

L'approche théorique de cette étude nous renseigne sur le fait que les regroupements de services ont des conséquences sur l'évolution des missions de certains professionnels et qu'ils favorisent l'émergence de nouvelles fonctions. En effet, la taille de la nouvelle structure et sa masse critique permettent d'envisager des centralisations de moyens sur un même lieu et des missions transversales pour l'ensemble de la structure. La mouvance créée par ces regroupements de services et la mise en place de nouvelles organisations de travail nécessitent une mise en cause de certaines pratiques professionnelles. Cela peut engendrer des inquiétudes, mais aussi une dynamique génératrice d'idées nouvelles de fonctionnement entre professionnels et d'amélioration de la qualité des prestations.

Cette synergie est l'objectif recherché, le but étant de responsabiliser les acteurs afin d'aboutir à une cogestion organisée de la structure. Le projet institutionnel a donc une part dans la création de nouvelles valeurs et de nouvelles normes et constitue une opportunité d'évolution pour les professionnels.

Nous avons vu que les organisations innovantes renforcent l'investissement des acteurs et que le changement est un apprentissage collectif. Le management d'une opération de restructuration interne doit tenir compte de ces aspects et contribuer à créer une identité collective pour la nouvelle structure. Les 2 directeurs des soins rencontrés sur les terrains de l'enquête sont assez éloignés des opérations de restructurations étudiées dans ce mémoire, soit parce qu'ils sont arrivés depuis peu de temps sur le CHU, soit parce qu'ils ont délégué à un cadre supérieur le suivi de l'opération. La démarche d'accompagnement du directeur des soins est essentielle pour donner du sens et assurer une cohérence dans la construction de nouvelles méthodes de travail mais aussi contribuer au maintien d'une dynamique entre les professionnels.

Les diététiciennes de l'étude se sentent peu concernées par la fusion d'établissement parce que le service de diététique reste transversal et ne fait pas partie d'un pôle

d'activité, en conséquence elles n'ont pas vécu de changements concrets d'organisation, ni d'évolution de leur mission. La fusion est plutôt perçue comme une perte d'autonomie : les objectifs globaux d'équilibre budgétaire, concrétisés par la fusion des services financiers du groupe hospitalier, sont mis en avant et l'amalgame est fait entre la démarche institutionnelle d'harmonisation des repas imposée par le siège et la fusion des 2 établissements. Elles expriment un malaise qui doit être dissipé par une information fiable transmise par l'encadrement et guidée par la direction des soins.

Nous avons vu que l'identité professionnelle est une marque d'appartenance à un collectif. La majorité des techniciens de laboratoire ont construit leur identité professionnelle dans une spécialité biologique et s'y reconnaissent, mais sont conscients que l'unité de lieu d'un plateau technique de biologie facilite les échanges et leur offre des ouvertures vers d'autres disciplines biologiques. Dans ce type d'opération, il est nécessaire de dissiper rapidement les inquiétudes de certains par une diffusion d'information crédible et transparente sur l'avancée de l'opération pour éviter les incompréhensions et les mouvements sociaux. Il convient également de s'appuyer sur les cadres et les techniciens de laboratoire qui ont perçu la synergie créée par la nouvelle organisation et sont prêts à s'investir personnellement pour faire évoluer la structure et leur fonction.

L'établissement hospitalier se doit de proposer à l'ensemble des personnels une projection en terme de parcours professionnels et une offre structurée d'évolution de leur métier pour aider à la construction d'une identité collective de la nouvelle entité. Le directeur des soins se doit d'aborder les stratégies individuelles et collectives par les questions de la reconnaissance de l'épanouissement professionnel et de la recherche d'une articulation entre intérêts des acteurs et intérêts de l'institution.

## **Troisième partie**

## **PRECONISATIONS ET PERSPECTIVES**

Les enseignements de cette étude nous conduisent à présenter des préconisations élaborées à partir des attentes des professionnels et de notre conception des responsabilités du directeur des soins.

Le directeur des soins est garant des projets institutionnels et du respect des engagements pris. Il participe au processus décisionnel des opérations de restructuration et son expertise de l'organisation des soins et son implication quant au maintien de la qualité de la prise en charge globale du patient, soutiennent la pertinence de son analyse. L'évolution des compétences paramédicales et les conditions d'émergence d'une compétence collective pour la nouvelle structure, relève de sa responsabilité et sont des facteurs de réussite de l'opération.

De plus, le directeur des soins a une mission d'appui et d'aide auprès des équipes qu'il accompagne dans la mise en œuvre des projets, par un apport méthodologique, en prenant en compte leur niveau d'information et leurs valeurs professionnelles qui n'ont de sens que si elles sont partagées et appliquées.

Enfin, il engage des actions complémentaires, en lien avec l'opération de restructuration et les autres structures de l'établissement dans un objectif d'amélioration du dispositif global de prise en charge du patient.

Dans le cadre d'une restructuration interne, le directeur des soins intervient donc à trois niveaux : stratégique, managérial et opérationnel.

### **10 Au niveau stratégique : adapter les compétences**

La stratégie est l'art de coordonner des actions pour atteindre un but. Dans le cadre d'une restructuration interne, le directeur des soins est force de proposition concernant les moyens que l'établissement se donne pour disposer des compétences requises au bon moment. Il intervient dans la mise en place d'un dispositif de gestion de l'évolution des emplois de la nouvelle structure et travaille en collaboration avec le directeur des ressources humaines pour mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). L'encadrement paramédical est associé à cette démarche, cela suppose d'avoir une vision commune de la gestion des ressources humaines, de définir les rôles respectifs, d'adopter un même langage et de maintenir une transparence de l'information.

## 10.1 Mise en place d'une GPEC

La GPEC *consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents*<sup>40</sup> en lien avec la restructuration interne concernée : c'est la gestion de l'adéquation quantitative et qualitative des emplois nécessaires à l'opération. La GPEC est un concept de développement progressif qui aboutit aujourd'hui à concevoir une optimisation des organisations de travail et une gestion préventive des compétences autour de la définition des « métiers »<sup>41</sup>. A l'hôpital, il ne peut y avoir de stratégie sans prise en compte des hommes et des femmes qui y travaillent, de leurs aptitudes et de leurs aspirations individuelles. Dès lors, la GPEC devient gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences (GPEMC).

Les enjeux sont multiples et retiennent les qualités des ressources humaines telles que la mobilisation, la disponibilité et plus spécifiquement dans le cadre d'une restructuration interne, l'efficacité et l'adaptabilité. Il s'agit tout d'abord d'adopter collectivement une stratégie, d'anticiper les évolutions des emplois, puis d'analyser les besoins et les ressources (qualitativement et quantitativement) et enfin de résorber les écarts constatés ou anticipés au moyen des leviers classiques de gestion des ressources humaines (formation, recrutement, mobilité, redéploiement, départ).

La démarche est nécessairement collective et implique la participation des médecins, des professionnels et les partenaires sociaux afin de préciser la connaissance du niveau actuel de l'emploi, la visualisation à court terme et la projection des besoins à moyen terme à mettre en perspective avec les ressources dont dispose l'établissement.

La variable « temps » est essentielle et concerne les délais des procédures, des prises de décisions et des contraintes statutaires, ce qui doit porter les prévisions à 3 ou 4 ans. Le « temps » est aussi une variable subjective qui dépend du poids des habitudes et de l'évolution lente des comportements et des mentalités. Il est de plus, essentiel de respecter le temps d'appropriation des uns et des autres dans la conduite d'une opération structurante aboutissant à un changement d'organisation. Les conditions de réussite sont une volonté politique et une action inscrites dans la durée en « donnant le temps au temps » auxquelles s'ajoutent des orientations stables.

Cette étude concerne deux métiers paramédicaux dont l'effectif est peu important comparé à l'effectif global des soignants d'un établissement hospitalier (environ 1% pour

---

<sup>40</sup> DONIUS B. Directeur des Ressources Humaines CHRU Lille – intervention ENSP – mai 2006

<sup>41</sup> Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : 183 fiches métiers – novembre 2004

les diététiciennes et 8% pour les techniciens de laboratoire). Elle est donc limitée et les préconisations qui suivent devront être transposées pour d'autres métiers, mais la démarche sera similaire et adaptée au contexte de la restructuration. Néanmoins, le directeur des soins doit avoir nécessairement, une bonne connaissance des caractéristiques et perspectives d'avenir des métiers concernés par une restructuration interne pour agir efficacement.

Dans le cadre de cette étude, les réflexions suscitées et les informations recueillies par l'enquête de terrain nous amènent à proposer le développement de nouvelles compétences et à constater l'émergence de nouveaux métiers.

## **10.2 Perspectives d'évolutions des métiers étudiés en lien avec les restructurations hospitalières internes**

### **10.2.1 Des compétences à développer par les diététiciens**

#### *➤ Du technicien en diététique vers le diététicien de soins :*

L'activité diététique doit devenir transversale dans les établissements de santé et s'inscrire dans une prise en charge thérapeutique de « soins de support ». Cela concerne tout ce qui n'est pas le traitement principal du patient, mais indispensable à la qualité des soins : nutrition / diététique, soins palliatifs, prise en charge de la douleur, etc.

*« Il est envisagé un diplôme d'Etat couvrant au minimum une année de formation dans les facultés de médecine pour les activités de soins ou dans les écoles agroalimentaires pour les diététiciens intervenant en santé publique<sup>42</sup> ». Ce diplôme pourrait être prolongé par un Master sur 2 ans pour ouvrir la voie à la recherche aux diététiciens, mais également pour acquérir une formation spécialisée conduisant à un niveau de compétence et d'autonomie permettant l'organisation de soins : éducation spécialisée, assistance nutritive etc. Cette réforme de l'enseignement est certainement une priorité au même titre que la réorganisation des soins en nutrition. Une forte reconnaissance de la profession et de sa place centrale dans la prise en charge nutritionnelle de nombreuses pathologies serait l'établissement par décret d'une liste d'actes permettant de mieux définir les missions spécifiques et d'engager une négociation avec les caisses d'assurance maladie pour obtenir à terme un remboursement des soins.*

---

<sup>42</sup> MASSEBOEUF N. Le diététicien : Cahier de nutrition et de diététique – Société Française de Nutrition – volume 38, avril 2003

➤ Du diététicien de soins vers l'éducateur / médiateur :

Le conseil en diététique est considéré comme un élément central des stratégies de prévention et joue un rôle dans la politique de santé publique. « *Les traitements diététiques participent pour beaucoup de pathologies à la première ligne d'intervention et permet de réduire la prescription de médicaments*<sup>43</sup>».

Les diététiciens de soins sont capables de prendre en charge, sur prescription médicale, des carences d'apport ou des apports inadaptés à une situation médicale. Le diététicien de soins aide le patient à tirer de son expérience de vivre une maladie chronique des apprentissages qui lui permettent une adhésion thérapeutique et non une acceptation résignée du régime proposé. Le diététicien se positionne comme médiateur et accompagne le patient dans «son vivre avec». L'éducation vise alors à aider le patient à tendre vers la forme d'appropriation diététique la plus efficiente et la plus acceptable pour lui et le diététicien. L'acceptation du régime diététique par le patient doit être réciproque entre le patient et le diététicien. Même temporaire cette acceptabilité constitue le principe d'un contrat d'intention, de compréhension qui doit être fréquemment réajusté.

Le diététicien doit faire preuve de grandes capacités d'écoute, de partage, d'ouverture d'esprit et d'empathie et acquérir des compétences pour développer une dimension éducative incluant des approches comportementales.

➤ Développer la consultation diététique réalisée par un diététicien :

La démarche de soin diététique apporte un cadre à la consultation diététique<sup>44</sup> qui doit prendre en compte les exigences thérapeutiques, les habitudes culturelles et les capacités individuelles du patient en lui préservant le plaisir de manger. Elle comporte des spécificités en terme d'outils, de stratégies et d'évaluation selon les orientations de la consultation : thérapeutique, éducative ou de prévention. La consultation initiale permet d'établir un diagnostic diététique, les consultations suivantes comprennent la négociation d'objectifs de soins, la mise en place d'une stratégie et le suivi nutritionnel.

---

<sup>43</sup> Pr. Y.BERLAND. Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences - Rapport d'étape – octobre 2003

<sup>44</sup> Fiche de synthèse réalisée par l'association des diététiciens de langue française avec le partenariat de la Haute Autorité de Santé – janvier 2006



Le diététicien garantit les éléments de traçabilité, consignés dans le dossier du patient, qui permettent d'assurer une continuité des soins. La formation continue est indispensable aux diététiciens pour préserver une qualité optimale des consultations.

### 10.2.2 L'émergence de nouveaux métiers pour les techniciens de laboratoire

Depuis plusieurs années, le nombre important de techniciens de laboratoire diplômés ne correspond plus aux besoins des structures qui les emploient. Certains d'entre eux se sont reconvertis dans des fonctions correspondant à des besoins spécifiques du milieu hospitalier :

- **technicien d'études cliniques** dont la mission répond aux besoins d'études cliniques réalisées sur certaines pathologies,
- **responsable hygiène,**
- **ingénieur en biologie médicale,**
- **technicien d'information médicale**
- **technicien d'installation et de maintenance des équipements biomédicaux.**

Ces fonctions sont exercées après l'obtention d'un diplôme ou la validation d'une formation spécifique, sans changement de statut et au même grade, alors que ces métiers ont été inscrits parmi les 183 métiers du répertoire de la fonction publique hospitalière et sont différents du métier de **technicien de laboratoire en biologie médicale**.

Aujourd'hui, l'organisation des activités de biologie hospitalière en plateau technique de biologie (PTB) fait émerger certaines nouvelles fonctions qui devraient aboutir à l'identification de nouveaux métiers ouverts aux techniciens de laboratoire :

- *Prise en charge de la fonction achat au niveau du PTB :*

**Ingénieur des laboratoires** : responsable des achats et de l'ingénierie du PTB.

Ce secteur prend en charge l'ensemble des achats des laboratoires de biologie hospitalière et des laboratoires de recherche du CHU. L'ingénieur est responsable de l'organisation de l'achat public, de la gestion des comptes dédiés, de la comptabilité analytique en lien avec la direction des affaires financières.

Il est également responsable de l'ingénierie du PTB, c'est à dire du suivi des aménagements de locaux en lien avec la direction des travaux, mais aussi de la gestion des risques de l'activité de biologie et d'une veille technologique.

**Adjointe bureau des achats** : grade de technicien de laboratoire ayant obtenu un diplôme universitaire de gestion.

Ses missions concernent le recensement des besoins des laboratoires et le suivi des marchés avec la direction des affaires financières, l'élaboration et l'envoi des contrats ou des marchés et des appels d'offre aux fournisseurs,.

➤ Fonction qualité du PTB :

**Ingénieur qualité** : qualiticien pour le PTB

Ce secteur prend en charge la mise en œuvre du système qualité et des projets qualité du PTB en lien avec la direction de la qualité et du développement du CHU. Cela concerne l'élaboration et le suivi des plans d'amélioration établis, le suivi des actions correctives, la planification et le suivi des audits qualité internes au PTB.

➤ Fonctions transversales développement et recherche sur le PTB :

**Assistant de recherche biologique** : technicien de laboratoire pouvant évoluer vers une qualification d'ingénieur.

Ce secteur concerne la recherche clinique et l'assistant a une fonction d'interface entre les services cliniques et les laboratoires concernés par les essais cliniques au sein du CHU. Ses missions sont de contribuer à l'évaluation et à la mise en forme de la composante biologique des essais cliniques avant l'activation des protocoles.

**Ingénieurs plate-forme** : fonctions transversales pour le PTB sur des technologies particulières.

Ces secteurs concernent des technologies nécessitant l'utilisation d'équipements lourds et coûteux : plate-forme de séquençage, plate-forme de chimie analytique masse-masse, plate-forme de cytométrie de flux. Les ingénieurs assurent la gestion de la plate-forme et une veille technologique ainsi que les développements et mises au point de techniques demandées. Ils sont les référents des techniciens utilisateurs qu'ils forment à l'utilisation des équipements.

➤ Fonction consultation du secteur de génétique :

**Conseiller en Génétique** : professionnel de santé, technicien de laboratoire ou cadre, ayant un Master 2 de conseiller en génétique.

Ses missions concernent les consultations de génétique où le conseiller a un rôle d'interface entre les patients, les généticiens et les laboratoires de diagnostic. Il participe aux enquêtes familiales, à l'élaboration des arbres généalogiques et à l'évaluation des risques. Il travaille en collaboration avec le psychologue et sous la responsabilité du médecin généticien.

➤ Fonction pré analytique du PTB :

Une fonction d'**ouvrier professionnel spécialisé** (OPS) qui sort du cadre de cette étude parce qu'il n'est pas proposé aux techniciens de laboratoire, mais aux agents de laboratoire. Ces derniers participent aux phases pré et post-analytiques dans un secteur essentiel au fonctionnement global du PTB.

Cette filière ouvrière propose 3 grades : OPS, maître ouvrier (niveau baccalauréat) et technicien supérieur hospitalier (baccalauréat + 2 ans). Pour obtenir ce grade, les OPS doivent avoir réussi un concours hospitalier sur épreuves ou sur titre, filière ouvrière option biologie.

Les perspectives d'évolutions des métiers étudiés présentées précédemment, sont le résultat de réflexions menées avec les responsables de pôles, médicaux et paramédicaux, et avec les directeurs des soins rencontrés dans le cadre de cette étude. Ils sont l'expression des besoins et des compétences individuelles et collectives à développer pour un fonctionnement optimal de la nouvelle structure.

Certains de ces nouveaux métiers correspondent à un statut existant dans la fonction publique hospitalière (ingénieur), mais d'autres statuts doivent émerger (conseiller en génétique) pour leur correspondance avec une nouvelle fonction.

La stratégie du directeur des soins, sur cet aspect, est donc de travailler en collaboration avec les responsables des nouvelles structures afin de contribuer à la réorganisation, de repérer les potentiels et d'évaluer les compétences nécessaires au fonctionnement, puis de poursuivre et rendre possible l'adéquation entre les métiers et les statuts des professionnels en collaboration avec le directeur des ressources humaines et la direction générale.

Cette démarche collective permet de présenter les opérations de restructuration sous un aspect positif et motivant offrant des possibilités d'évolution de carrière aux professionnels qui souhaitent s'investir personnellement.

## **11 Au niveau managérial : fédérer l'encadrement paramédical autour du projet institutionnel**

Le management stratégique du directeur des soins nécessite de prendre de la hauteur et de relier l'opération de restructuration à un système plus global. Le directeur des soins va chercher à mobiliser l'encadrement paramédical et à développer la lisibilité interne des actions dans le but de conduire le changement.

### **11.1 Accompagner les cadres**

L'un des objectifs du directeur des soins est de donner du sens et de la cohérence à l'ensemble des mesures pour créer les conditions favorables à la mise en œuvre des projets de modernisation de l'hôpital et plus spécifiquement à la mise en place de la nouvelle structure. L'objectif principal étant d'aboutir à une mutualisation des moyens et une complémentarité des activités, ce qui est un préalable aux évolutions des compétences individuelles et collectives que nous venons de présenter.

#### **11.1.1 Adopter une même méthodologie de la démarche projet**

La mise en œuvre d'une restructuration interne peut nécessiter de conduire avec l'encadrement paramédical, plusieurs projets à mener de façon concomitante. La démarche projet, c'est agir ici et maintenant pour demain, en anticipant l'avenir, en agissant pour provoquer le changement et en réajustant après avoir évalué les réalisations. Il n'y a pas de projet sans une analyse contextuelle approfondie, sans une acceptation des réalités économiques et des politiques de santé et sans une capacité des décideurs à faire confiance. Il est nécessaire de s'entendre sur les 5 étapes de la démarche projet : le diagnostic stratégique, les objectifs, le plan d'action, la mise en œuvre et l'évaluation. La communication autour du projet est essentielle et le directeur des soins y participe activement, elle vise à apporter de la transparence sur la démarche engagée et sur les différentes étapes de l'avancée du projet.

#### **11.1.2 Adopter une même approche des évolutions structurelles**

L'opération de restructuration à mener se concrétise par une mutualisation des moyens et se doit de réduire les effets négatifs d'un cloisonnement installé dans de nombreux secteurs d'activité de l'hôpital. Il s'agit de créer une entité dont la taille permet, outre de réaliser des économies d'échelle, mais aussi de contractualiser avec les acteurs et de les responsabiliser.

Le directeur des soins et les cadres des unités vont concevoir ensemble des organisations de travail et des mises en commun originales et singulières en lien avec les activités et les acteurs, pour un objectif d'efficacité maximum. L'optimisation des moyens mis en commun est l'affaire de tous et la réflexion sur l'utilisation des infrastructures doit être participative et aboutir à une organisation acceptée par l'ensemble des professionnels impliqués. En effet, le seul moyen d'éviter les sectorisations et les « guerres » de territoires est de concevoir un environnement commun et évolutif, répondant aux normes de sécurité et de confinement nécessaires à la réalisation des activités, mais ayant la particularité d'être collectif et d'avoir une gestion commune. Cela peut se traduire par une mutualisation de locaux tels que la mise en place d'une unité de production diététique ou d'une zone de stockage basse température ou de locaux protégés pour l'utilisation des radioéléments. Cette mutualisation s'accompagne d'une organisation d'activités transversales assurées par un personnel dédié ou une équipe commune entre plusieurs unités.

## **11.2 Assurer la complémentarité des activités**

Le processus global de prise en charge du patient est un ensemble d'activités liées entre elles pour assurer une qualité maximum de prestations. C'est tout l'enjeu des évolutions organisationnelles qui doivent s'accompagner d'un engagement des professionnels dans cette action collective.

### **11.2.1 De la coordination à la coopération des acteurs**

Le directeur des soins a un rôle important en terme de coordination des acteurs et des activités pour rendre l'ensemble cohérent et plus performant. Le manque de communication, le défaut d'interaction, le poids des habitudes sont autant de freins qu'il faudra dépasser pour créer des synergies nécessaires au fonctionnement de la nouvelle structure. Les dysfonctionnements se retrouvent souvent aux interfaces entre les services et il est de la responsabilité du directeur des soins d'améliorer les échanges et de développer une logique contractuelle pour faire évoluer la coopération entre les professionnels.

Le directeur des soins va chercher à comprendre les causes de dysfonctionnement de la fluidité des activités pour les repérer avec les acteurs et les exploiter comme un levier d'amélioration des pratiques professionnelles soignantes.

### **11.2.2 Saisir l'opportunité d'une réorganisation pour améliorer la qualité des interfaces entre les services**

Une opération de restructuration interne est une période favorable à la construction d'une action collective structurée qui porte sur la transformation des logiques professionnelles. La mise en place d'un plateau technique de biologie, par exemple, nécessite souvent d'une nouvelle organisation de l'interface entre les laboratoires et les services cliniques. Si elle s'accompagne d'une automatisation du transport des prélèvements de laboratoire, c'est l'ensemble des services concernés qui doivent adopter un mode de fonctionnement différent. Le directeur des soins est impliqué dans la conduite de cette opération et dans l'accompagnement des professionnels afin de modifier les pratiques et de créer des partenariats opérationnels.

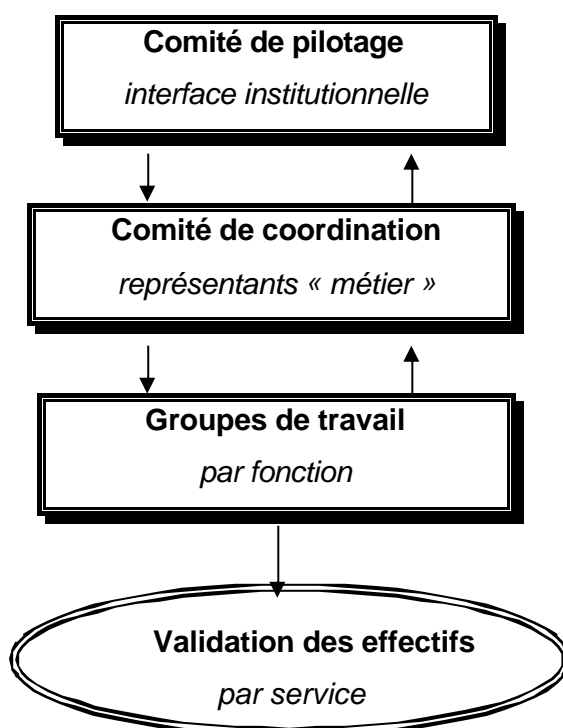
Les changements culturels à opérer consistent à dépasser ses propres nécessités, à élargir ses représentations, à accepter de s'enrichir par la confrontation entre professionnels de métiers différents, sans pour cela perdre son identité professionnelle. La valorisation des compétences et une plus grande responsabilisation des acteurs sont des facteurs favorisant cette évolution des mentalités. Lorsque l'organisation est stabilisée, l'on constate l'émergence de nouvelles fonctions et il appartient aux responsables des structures et au directeur des soins de les concrétiser en nouvelles missions pour certains des acteurs.

### 11.3 Redéfinir les effectifs cibles

Redéployer les postes en fonction des besoins est un impératif de gestion des allocations de ressources. Dans une opération de restructuration, une redéfinition des effectifs cibles est une démarche essentielle à conduire conjointement entre le directeur des soins et le directeur des ressources humaines et menée dans un souci d'équité entre les unités.

Les principes de la démarche sous-entendent d'une part, une non prise en compte des allocations de moyens présents et d'autre part, l'acceptation du « poids de l'histoire » comme effet sur l'attribution des effectifs et leur nécessaire révision-modification. Les étapes qui rythment la démarche de définition des effectifs cibles<sup>45</sup> sont l'identification des fonctions principales, le recensement des activités et leur quantification, leur détermination en lien avec l'activité réalisée, puis leur validation en prenant en compte les normes si elles existent, et les arbitrages s'ils sont nécessaires.

Cette démarche doit être participative et structurée au niveau de l'établissement :



*Interface institutionnelle* : Direction, représentants CME, CTE, CA

*Représentants « métier »* : DRH, DS, professionnels des secteurs : MED, CHIR, LABOS, RADIOS

*Groupes de travail* : Blocs, soins : med, chir, labos, secrétaires, logistiques etc.

<sup>45</sup> DONIUS B. Directeur des Ressources Humaines CHRU Lille – intervention ENSP – mai 2006

## **12 Au niveau opérationnel : construire des outils pour accompagner l'opération de restructuration**

Le directeur des soins participe à l'élaboration d'outils qui serviront sa stratégie d'accompagnement ou de management. Il s'agit de donner « *une plus grande intelligence stratégique aux acteurs* »<sup>46</sup> qui passe par une meilleure qualité de l'information afin qu'ils évoluent dans leurs positions.

C'est le principe de construction d'outils que nous souhaitons mettre en exergue, la liste des exemples présentée ci-dessous n'étant pas exhaustive. Le directeur des soins utilisera ces outils pour améliorer la communication, mais aussi pour stabiliser les différentes étapes d'avancée de la construction de l'opération de restructuration et pour accompagner la mise en œuvre de la GPEC. Ils sont à transposer dans chaque établissement et pour chaque opération de restructuration interne.

### **12.1 Une formalisation du processus**

Il s'agit, pour le directeur des soins, de situer les fonctions de la nouvelle structure dans un processus global de prise en charge du patient. La formalisation par un logigramme est un outil efficace du plan de communication à mettre en place. La représentation graphique des différentes étapes d'un processus permet de situer à la fois la place de chacun, mais aussi de repérer les interfaces entre les structures. Par exemple, l'on peut utiliser un logigramme représentant le circuit des prélèvements et des résultats d'examens de laboratoires pour représenter les fonctions de chaque acteur concerné et les mettre en lien les uns avec les autres : services cliniques, services logistiques et plateau technique de biologie. Le plan de communication peut également inclure des supports écrits (focus par exemple) qui valorisent les personnels impliqués dans le projet.

La mise en œuvre d'une opération de restructuration interne peut s'étaler dans le temps et il est nécessaire d'élaborer un plan d'actions et des procédures pour stabiliser la nouvelle configuration ou les étapes de sa construction, mais également des fiches projet dans lesquelles sont regroupées les informations, les dossiers en lien, les objectifs, la composition des groupes de travail et le phasage des opérations.

---

<sup>46</sup> HART J. et LUCAS S. Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres. Editions LAMARRE, 2006. page 45.



## 12.2 Des tableaux de bord pour un suivi des effectifs

Le suivi des effectifs doit se faire à 3 niveaux avec des outils construits pour chaque unité mais également pour l'ensemble de l'établissement :

- *connaissance du niveau actuel de l'emploi* : des tableaux de bord par service, des tableaux de situation des effectifs, des tableaux de segmentation de l'absentéisme et le suivi des ratios de l'activité rapportés aux moyens humains.
- *visualisation des besoins à court terme* : des tableaux pour avoir une vision de l'ensemble des mouvements prévisionnels de chaque qualification, une organisation des tours annuels de mutations internes accompagnée des procédures adéquates, des perspectives intégrées dans les tableaux de bord des services.
- *projection des besoins à moyen terme* : tableaux de projection des flux attendus dans chaque qualification. En effet, la détermination du niveau de l'emploi financé a un impact sur les politiques de requalification et sur l'évolution des moyens financiers attribués aux ressources humaines.

## 12.3 Une unité d'œuvre commune

Enfin, le recueil d'activité d'une entité hospitalière détermine aujourd'hui l'allocation de ses ressources. Il est essentiel que ce recueil et le suivi de cette activité est une unité d'œuvre commune entre l'entité hospitalière et les services financiers. Le directeur des soins a un rôle d'interface entre eux, pour qu'ils s'entendent sur la définition d'une unité de même valeur, en particulier au sein des structures médicotéchniques telles qu'un plateau technique de biologie. C'est un préalable à des échanges constructifs et un suivi de l'activité équivalent sur l'ensemble de l'établissement. Cet outil n'est pas en rapport avec le sujet de ce mémoire, mais l'utilisation d'une unité d'œuvre commune et acceptée par tous nous semble essentielle et nous souhaitons l'introduire dans les thèmes de réflexions d'accompagnement d'une opération de restructuration hospitalière interne.

## CONCLUSION

Aujourd'hui, les établissements de santé s'adaptent aux contraintes liées à la maîtrise des dépenses de santé, au développement des technologies et au renforcement des exigences sociales et sécuritaires des patients et des personnels hospitaliers. Ces contraintes imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière et ont des incidences sur l'organisation interne des établissements de santé et sur les pratiques professionnelles. Les préconisations d'une nouvelle gouvernance hospitalière visent à simplifier les modalités de fonctionnement internes des établissements et à créer une synergie en responsabilisant les acteurs afin d'aboutir à une gestion organisée de la structure. Cogérer la santé est l'optimum recherché.

Dans ce contexte, les établissements et particulièrement les CHU, s'engagent dans des stratégies organisationnelles qui concernent entre autres, les services médicotechnique et de rééducation. Ces restructurations ont un impact sur l'évolution des fonctions de ces secteurs d'activité. Les évolutions organisationnelles de cette étude sont une fusion d'établissements et la mise en place de plateaux techniques de biologie. Après avoir abordé l'intérêt de ces opérations pour l'institution et les patients, nous nous sommes attachés à connaître le point de vue des professionnels notamment en terme de possibilité d'évolution de leurs métiers.

L'étude confirme que le projet institutionnel a une part dans la création de nouvelles normes et constitue une opportunité d'évolution pour les professionnels. Les perspectives d'évolution présentées sont l'expression des besoins et des compétences individuelles et collectives à développer pour un fonctionnement optimal de la nouvelle structure. Les enseignements de l'enquête orientent les préconisations vers un management adapté à la situation et au secteur d'activité concerné pour le directeur des soins. Il développe les axes concernant la coordination des informations transmises à l'attention des personnels via l'encadrement paramédical, la communication sur le déroulement de l'opération, la valorisation des qualifications professionnelles et une logique contractuelle avec les professionnels et l'encadrement.

La contribution stratégique du directeur des soins se situe donc à plusieurs niveaux. Sa responsabilité quant au maintien de la qualité de la prise en charge des patients et son expertise dans l'organisation des soins permet de s'appuyer sur la pertinence de son analyse pour une participation au processus décisionnel de l'opération. De plus, le directeur des soins a une mission d'appui et d'aide auprès des équipes qu'il accompagne par un apport méthodologique et un management adapté. Il analyse et anticipe avec les cadres les modifications de fonctions et les compétences qu'il contribue à faire évoluer pour la nouvelle structure. Les apprentissages du changement vont bien au-delà de la seule connaissance des enjeux, les accompagnements à mettre en place relèvent de processus communicationnels qui permettent aux acteurs de retrouver une stabilité dans un nouvel environnement. Enfin, il engage des actions complémentaires, en lien avec l'opération de restructuration et les autres structures de l'établissement dans un objectif d'amélioration du dispositif global de prise en charge du patient.

Bien que des points de vue communs aient été dégagés des entretiens avec les professionnels de l'étude, nous avons vu que les propositions d'évolution au sein de la nouvelle structure peuvent être différentes aujourd'hui : développement de compétences pour les diététiciennes et nouveaux métiers pour les techniciens de laboratoire. Il nous paraît donc nécessaire que le directeur des soins ait une bonne connaissance des caractéristiques et perspectives d'avenir des métiers paramédicaux qui sont sous sa responsabilité. De plus, dans une opération de restructuration hospitalière, les professions médicales peuvent aussi évoluer et s'adapter à de nouvelles fonctions. L'élargissement du sujet de ce mémoire professionnel à d'autres professions pourrait faire l'objet d'une étude complémentaire, mais même si les systèmes de travail fonctionnent différemment, les questionnements qu'ils soulèvent et les résolutions auxquelles ils ont donné lieu sont transposables.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages :

- ALTER N. *L'innovation ordinaire*. PUF : Paris, 2000.
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*. Points : 1977.
- DUBAR C. *La socialisation - construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 2002.
- FRIEDBERG E. L'analyse sociologique des organisations. Revue : POUR n°28, 1988.
- HART J. et LUCAS S. *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*. éditions LAMARRE, 2006.
- SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise*. Presses de Sciences, 1997.
- SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fonction nationale des sciences politiques, 1993.

## Périodiques :

- GOUGET B., BIELLE C. La démarche projet pour de nouveaux plateaux de biologie. *Technologie santé* n°29, Juin 1997.
- LEBOIS M. et VIGUIER E. L'architecture au service de la biologie médicale. *Techniques hospitalières* n° 678, Août 2003.
- MASSEBOEUF N. Le diététicien. *Les cahiers de nutrition et de diététique*. Société Française de Nutrition, volume 38, Avril 2003.
- SAINSAULIEU I. Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital. *Gestions hospitalières* n° 433, février 2004.

## Sites web :

- Statistiques annuelles des établissements de santé (SAE) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS).  
Site Internet : [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr)
- Agence technique de l'Informatisation sur l'Hospitalisation et l'étude nationale des coûts (ATIH). Site Internet : [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr)
- Association des diététiciens de langue française (ADLF) et partenariat de la Haute Autorité de Santé (HAS). Site Internet : <http://www.adlf.org/>

### Rapports :

- BERLAND Y. *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences*, Octobre 2003.
- GIRAUD F. Rapport au premier ministre : *Les centres hospitaliers et universitaires, réflexions sur l'évolution de leurs missions*, Juin 2006.
- HERCBERG S.<sup>47</sup> Rapport au ministre de la santé et des solidarités : *Eléments de bilan du PNNS 2001-2005 et propositions de nouvelles stratégies pour le PNNS2 2006-2008*. 2<sup>ème</sup> édition, Janvier 2006.
- MAITROT B.<sup>48</sup> *La biologie hospitalière dans les CHU français*, Mai 2006.

### Autres sources :

- *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* : Novembre 2004.
- *Discours* de Xavier BERTRAND aux « journées des directeurs des soins », le 21 mars 2006.
- *Intervention ENSP* de DONIUS B. DRH au CHRU Lille : Mai 2006
- *Mémoire professionnel ENSP* de FOURNIER N., directeur des soins, promotion 2002.

### Textes de loi et réglementation :

- Plan Hôpital 2007 : Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Projet d'établissement : article L-714-11 du code de la santé publique
- Décret du 19 avril 2002 portant statut du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière
- Décret n°78-1148 sur le contrôle qualité, Décret n°83-104 et Guide de Bonne Exécution des Analyses : GBEA arrêtés de 1994 et de 1999.
- Circulaire DHOS/E1 n° 2002-186 du 29/03 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

---

<sup>47</sup> Pr. Serge HERCBERG : Professeur de nutrition, faculté de Paris 13<sup>ème</sup> : hôpital Avicenne  
Directeur INSERM U557/INRA/CNAM/USEN, InVS, centre de recherche en nutrition humaine d'Ile de France.

<sup>48</sup> Pr. Bernard MAIGROT : Professeur en biologie au CHU de ROUEN

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : listes des diplômes permettant l'exercice du métier de technicien de laboratoire hospitalier

Annexe 2 : grille d'entretien des diététiciens

Annexe 3 : grille d'entretien des cadres en diététique

Annexe 4 : grille d'entretien des techniciens du CHU 2 (à 2 ans du regroupement du PTB)

Annexe 5 : grille d'entretien des techniciens du CHU 3 (après 10 ans de regroupement en PTB)

Annexe 6 : grille d'entretien des cadres supérieurs des PTB

## Annexe 1

Liste des diplômes permettant l'exercice du métier de technicien de laboratoire hospitalier :

- Diplôme d'Etat de technicien en analyse biomédicale
- Brevet de technicien supérieur en biochimie
- Brevet de technicien supérieur en analyses biologiques
- Brevet de technicien supérieur en biotechnologie
- Diplôme universitaire de technologie spécialité génie biologique option analyses biologiques et biochimiques
- Diplôme de premier cycle technique biochimie-biologie du CNAM
- DEUST spécialité analyses des milieux biologiques délivrés par l'université de Corte
- Diplôme de technicien de laboratoire de biochimie-biologie clinique délivré par l'Ecole supérieure de techniciens de biochimie-biologie de la faculté catholique des sciences de Lyon
- Certificat de formation professionnelle de technicien supérieur physicien chimiste délivré par le ministère du travail
- Brevet de technicien supérieur agricole option laboratoire d'analyses biologiques ou option analyses agricoles, biologiques et biotechnologiques.

**Mémoire professionnel ENSP**  
**Entretien diététicienne**

**Le thème est l'impact des restructurations hospitalières sur votre métier**

**Vous avez vécu le regroupement des 2 services consécutivement à la fusion des 2 établissements, pouvez-vous m'en parler ?**

*Style narratif ou évaluatif ?*

*Représentation du métier*

Aujourd'hui comment définissez-vous votre rôle ?

- avec qui êtes vous en relation ?
- pour vous quelles sont les qualités d'un bon professionnel ?

*représentation du contexte*

Comment vivez-vous le regroupement ?

- qu'est-ce qui vous convient ? ne vous convient pas ?
- qu'est-ce qui est le plus facile ? le plus difficile ?

*motivation personnelle, capacité au changement ?*

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre travail ? le moins ?

*Perspective d'avenir*

Comment vous projetez-vous dans l'avenir ? évolution de votre métier ?



**Mémoire professionnel ENSP**  
**Entretien cadre en diététique**

**Le thème est l'impact des restructurations hospitalières  
sur le métier de diététicien**

**Vous avez vécu le regroupement des 2 services consécutivement à la fusion des 2 établissements, pouvez-vous m'en parler ?**

*Style narratif ou évaluatif ?*

*Représentation du métier*

Aujourd'hui comment définissez-vous le rôle du diététicien hospitalier ?

- avec qui est-il/elle en relation ?
- pour vous quelles sont les qualités d'un bon professionnel ?

*représentation du contexte*

Comment ont-ils/elles vécu le regroupement ?

- Y a t il eu des départs ? des demandes de mutation ?
- qu'est-ce qui leur convient ? ne leur convient pas ? le plus facile ? le plus difficile ?

*Perspective d'avenir*

Comment se projettent ils/elles dans l'avenir ? évolution dans le métier ?

**Mémoire professionnel**  
**Entretien Technicien de laboratoire CHU 2**

**Le thème est l'impact des restructurations hospitalières sur votre métier**

**Vous allez vivre le regroupement des laboratoires en PTB, pouvez-vous m'en parler ?**

*Style narratif ou évaluatif ?*

*Représentation du métier*

Aujourd'hui comment définissez-vous votre rôle ?

- avec qui êtes vous en relation ?
  
- pour vous quelles sont les qualités d'un bon professionnel ?

*représentation du contexte*

Comment vivez la période précédent le regroupement ?

- qu'est-ce qui vous convient ? ne vous convient pas ?
  
- qu'est-ce qui est le plus facile ? le plus difficile ?

*motivation personnelle, capacité au changement ?*

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre travail ? le moins ?

*Perspective d'avenir*

Comment vous projetez-vous dans l'avenir ? évolution de votre métier ?

**Mémoire professionnel**  
**Entretien Technicien de laboratoire CHU 3**

**Le thème est l'impact des restructurations hospitalières sur votre métier**

**Vous avez vécu (ou vous vivez suivant l'âge du professionnel) le regroupement des laboratoires en PTB, pouvez-vous m'en parler ?**

*Style narratif ou évaluatif ?*

*Représentation du métier*

Aujourd'hui comment définissez-vous votre rôle ?

- avec qui êtes vous en relation ?
  
- pour vous quelles sont les qualités d'un bon professionnel ?

*représentation du contexte*

Comment vivez vous le regroupement ?

- qu'est-ce qui vous convient ? ne vous convient pas ?
  
- qu'est-ce qui est le plus facile ? le plus difficile ?

*motivation personnelle, capacité au changement ?*

Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre travail ? le moins ?

*Perspective d'avenir*

Comment vous projetez-vous dans l'avenir ? évolution de votre métier ?

**Mémoire professionnel ENSP**  
**Entretien cadre supérieur des PTB**

**Le thème est l'impact des restructurations hospitalières  
sur le métier de technicien de laboratoire**

**Vous vivez le regroupement des laboratoires en PTB, pouvez-vous m'en parler ?**

*Style narratif ou évaluatif ?*

*Représentation du métier*

Aujourd'hui comment définissez-vous le rôle du technicien de laboratoire ?

- pour vous quelles sont les qualités d'un bon professionnel ?

*représentation du contexte*

Comment ont-ils/elles vécu le regroupement ?

- Y a t il eu des départs ? des demandes de mutation ?
- qu'est-ce qui leur convient ? ne leur convient pas ? le plus facile ? le plus difficile ?

*Perspective d'avenir*

Comment se projettent ils/elles dans l'avenir ? évolution dans le métier ?