



E N S P

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2007

**Stratégies d'accompagnement des
équipes soignantes lors de
restructurations hospitalières**

Françoise BORETTI

Remerciements

Je tiens à remercier vivement toutes les personnes qui m'ont accueillis et se sont rendues disponibles pour la réalisation des entretiens.

Ainsi que les personnes qui m'ont accompagné et soutenu dans la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1. LA PLACE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES SOIGNANTES DANS LE PROCESSUS DE RESTRUCTURATION	5
 1.1. Les contextes du processus de restructuration	5
1.1.1. Les orientations politiques des restructurations hospitalières	5
1.1.2. Les enjeux socio-économiques.....	8
1.1.3. Les conséquences humaines.....	9
 1.2. L'approche sociologique de l'accompagnement des équipes.....	11
1.2.1. L'organisation hospitalière comme un construit humain contingent.....	11
1.2.2. Les acteurs	12
1.2.3. L'identité professionnelle	13
 1.3. La stratégie managériale	14
1.3.1. La stratégie d'accompagnement comme un processus d'apprentissage	15
1.3.2. La culture à l'hôpital.....	17
1.3.3. Le management du changement ou la gestion du changement	18
2. ENQUETE SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES AUPRES DE DEUX CHU EN RESTRUCTURATION	21
 2.1. La méthode.....	21
2.1.1. L'analyse documentaire	22
2.1.2. L'observation sur le terrain	22
2.1.3. Les modalités de l'entretien semi-directif.....	22
 2.2. Le recueil des données.....	22
2.2.1. Le choix des CHU.....	23
2.2.2. Le choix des acteurs.....	23
2.2.3. La grille de lecture des entretiens	24
 2.3. Les résultats.....	24
2.3.1. Présentation des résultats des entretiens.....	25
2.3.2. Le diagnostic.....	31
2.3.2. L'analyse des résultats	32

3. LES PRECONISATIONS ET LES PERSPECTIVES.....	41
3.1. Au niveau stratégique : une politique de gestion des compétences et de la mobilité.....	41
3.1.1. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au service du changement.....	41
2. L'analyse sociologique des organisations : une force de proposition.....	43
3.1.3. Manager le changement : les entreprises apprenantes	45
3.2. Au niveau managérial : le leadership.....	46
3.3. Au niveau opérationnel : la recherche-action	48
Conclusion.....	51
Bibliographie	53
Liste des annexes	I
ANNEXE I.....	III
ANNEXE II.....	VII
ANNEXE III.....	IX

Liste des sigles utilisés

- ? ANAES : Agence nationale d'analyse et d'évaluation en santé
- ? ANDEM : Agence nationale d'évaluation médicale
- ? ARH : Agence régionale d'hospitalisation
- ? AS : Aide-soignant
- ? ASHQ : Agent de service hospitalier qualifié
- ? CCAM : Classification commune des actes médicaux
- ? CHU : Centre hospitalier universitaire
- ? CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- ? CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- ? CS : Cadre de santé
- ? CSS : cadre de santé supérieure
- ? DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
- ? DMP : Dossier médical personnel
- ? DRASS : direction des affaires sanitaires et sociales
- ? ENHSP : l'Ecole Nationale des Hautes Etudes en Santé Publique
- ? EPRD : Etat prévisionnel des ressources et des dépenses
- ? GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
- ? GHS : Groupe homogène de séjour
- ? GIE : Groupement Inter - Etablissements
- ? IDE : Infirmier diplômé d'état.
- ? MAINH : Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
- ? MIRE : Interministérielle Recherche et Expérimentation
- ? T2A : Tarification à l'activité
- ? TIC : Technicien en informatique et communication

Introduction

Ce travail de fin d'étude de formation de directeur des soins à l'Ecole Nationale des Hautes Etudes en Santé Publique (ENHSP) de Rennes résulte d'une réflexion professionnelle, fondée sur des cas de restructurations hospitalières observés. Il s'inscrit dans le cadre de la loi de modernisation des établissements publics de santé. Bien que le projet de modernisation ne soit pas abouti, cette étude à distance d'un instantané, se propose d'analyser les relations entre les choix politiques de l'établissement et les comportements des acteurs. L'intérêt professionnel de cette étude réside dans le fait qu'elle nous projette dans la fonction de directeur des soins dans un contexte similaire à celui pour lequel nous sommes attendu. Cette mise à distance en amont du sujet est un temps privilégié pour le positionnement du directeur des soins et la réflexion nécessaire à l'élaboration de la stratégie d'accompagnement des équipes.

D'un point de vue réglementaire, cette mission d'accompagnement des équipes est conforme au décret N° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins qui réglemente la fonction. Rappelons que l'article 4 alinéa 3 et 4 indiquent : « *le directeur des soins participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ; Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation.* »¹ D'un point de vue pragmatique le processus de restructuration s'inscrit dans le cadre d'une collaboration des équipes de direction avec les équipes responsables de pôle dans laquelle le directeur de soins propose une stratégie managériale d'accompagnement des équipes. Le facteur humain est déterminant pour le dirigeant dans l'aboutissement du projet. C'est lui qui va permettre de fédérer les personnels, d'investir dans l'avenir en terme de compétences et de qualité des soins.

Le thème des restructurations est un objet de recherche emprunté au domaine de l'industrie. Au sens étymologique du terme l'action de structurer, par sa racine latine *struere*, « disposer en ordre, construire », désigne l'agencement des éléments constitutifs d'un ensemble complexe². Si restructurer est le fait de changer de structure (regroupement, transformation, réorganisation), sa gestion constitue alors un ensemble

¹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière, p 2.

² LAROUSSE. *Dictionnaire étymologique et historique de la langue française*, p 755.

de réflexions liées au pilotage des dispositifs. Cette transformation implique plusieurs facettes du management des organisations (de la stratégie, des organisations, des ressources humaines, des finances, de l'ingénierie, du juridique) fondamentalement liées à l'innovation. Son analyse prend en compte les facteurs ayant influencé cette mutation profonde et repère les liens entretenus entre les innovations passées et futures. La restructuration bouleverse l'ancien mode de production et nécessite de repenser et de reconfigurer de nouveaux processus de production³.

Le secteur de la santé à l'image de l'industrie n'échappe pas à cette dynamique de rationalisation qui s'est installée depuis plusieurs décennies. L'analyse des restructurations hospitalières réalisée par D et A-P CONTANDRIOPoulos⁴ identifie deux types de structures : formelles et d'échanges. Les structures formelles définissent les frontières, les partages des activités et leurs conséquences en allocation de ressources, autorité, organisation (la fermeture et l'ouverture de structures, de fusions, d'externalisation, de l'intégration et de la construction de nouveaux bâtiments). Les structures d'échanges résultent d'un ensemble d'interactions entre acteurs, de flux circulants (patients, ressources, influences, expertises, informations, risques) et de modes d'interactions (dominant, conflictuel, collégial). Ici, le sens de la restructuration est une modification des relations entre acteurs individuels ou collectifs traductible par un élargissement des pratiques, des ententes, des collaborations entre établissements, d'une rupture de coopération, d'un fonctionnement en réseau et d'une redistribution des ressources. Les retombées des restructurations portent sur la forme de l'action collective. La nouvelle gouvernance a conduit vers une redéfinition des rôles et des responsabilités des acteurs dont une redéfinition des échanges. Ces deux approches délimitent le champ de notre étude.

Le constat établit en 1999, par la Mission Interministérielle Recherche et Expérimentation (MIRE) sur « *Les restructurations hospitalières* »⁵, fait état d'un grand nombre de modifications du tissus hospitalier centré sur une diminution de lits. De 1960 à 1980, on passe de 300.000 lits de salles communes à 70.000 lits, puis 1983 à 1998 de 40.000 lits dans le secteur public et 20.000 en secteur privé, auxquelles s'ajoutent les disparitions

³ David PIOVESAN. *De la restructuration à l'innovation, regard sur les mutations passées et actuelles des cliniques privées. Note de recherche.* p.2.

⁴ Damien et Alain – Pierre CONTANDRIOPoulos, Jean-Louis DENIS, Anne VALETTE. *L'hôpital en restructuration.* p.8.

⁵ Philippe MOSSE, Nicolas GEVASONI, Michel KERLEAU, Mission Interministérielle Recherche et Expérimentation (MIRE), *Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies.* p.5.

progressives des maternités pratiquant moins de 300 accouchements par an débutée en 1970.

Pour la DRESS⁶ au 1er janvier 2006, la capacité d'accueil dans les établissements de santé est de 494 485 lits et places, dont 443 767 lits d'hospitalisation soit une diminution de plus de 26 000 lits depuis 2002. De 1987 à 2006, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 574 000 à 444 000. La fermeture de ces lits s'est effectuée à un rythme d'environ 1,3 % par an.

Ainsi, depuis les années 1990, pour répondre aux besoins de la population, notre système de santé est entré dans un mouvement de restructuration intense. Il tente d'allier offre de soins et rationalisation des dépenses. Les plans de maîtrise agissent tantôt sur l'offre de soins, auprès des structures hospitalières publiques et privées, tantôt sur la demande en soins, auprès des usagers. Cette recomposition de l'offre est légitimée par un maillage législatif et complétée par des procédures de fonctionnement. Ces transformations obéissent à des logiques différentes parfois contradictoires et aboutissent à diverses traductions sur les territoires. Au niveau des établissements de santé, ces stratégies de régulation des flux se traduisent :

- sur un plan structurel, par une diminution de lits au profit d'alternatives à l'hospitalisation et d'une politique de réseau ville - hôpital ;
- sur le plan économique, par des regroupements de moyens en terme de plates-formes, de plateaux techniques ou d'équipements lourds sous la forme juridique de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) ou de Groupement Inter-Etablissements (GIE) ;
- sur le plan de la logistique, par l'externalisation des fonctions afin de se recentrer sur le cœur de métier ;
- sur le plan humain, les restructurations impliquent un redimensionnement des équipes avec des redéploiements des effectifs, une réorganisation des activités et des tâches. La modernisation des hôpitaux a amené la construction de nouveaux bâtiments et la modification des frontières.

Les lois de modernisation des hôpitaux du plan hôpital 2007 et le plan hôpital 2012 ont renforcé cette dynamique avec de nouveaux modes de financement et de gouvernance. La mise en place des pôles d'activités médicales qui à ce jour n'est pas aboutie, au nom de la rationalisation et de l'efficience génère de multiples associations ou cooptations

⁶ DREES, Etudes et Résultats n°546, *L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle*p.3.

impliquant une mutualisation des ressources et des moyens. Ainsi, pour la survie des structures sanitaires, de nombreux projets d'établissement développent une analyse stratégique du territoire de santé et multiplient les scénarii, incluant la dimension immobilière, juridique, financière et humaine.

Cependant, sur le plan humain, malgré l'anticipation et la participation des acteurs aux projets et à leur mise en œuvre, l'accompagnement des équipes s'avère parfois difficile. Les restructurations sont source de conflits sociaux et de manifestations de résistances. Rares sont les redéploiements d'effectifs sans heurts, ni traumatismes. La restructuration est alors vécue et ressentie comme une épreuve douloureuse qui consiste en un abandon ou un deuil indubitable du passé pour construire l'avenir.

Face à ces mouvements importants, il convient donc de s'interroger sur la place accordée à l'accompagnement des hommes dans les stratégies de restructuration et notamment dans le déroulement du processus stratégique. Le questionnement initial qui peut être posé s'inscrit de la façon suivante :

« Dans un contexte de mutation hospitalière, dont la restructuration est un enjeu majeur pour la survie de l'institution, il convient de se demander :

Pourquoi la restructuration hospitalière peut-t-elle générer des résistances de la part des équipes qui ont toutefois bénéficié d'un accompagnement préalable dans ce processus ? »

Le champ d'investigation de cette étude sur deux CHU n'a pas la prétention d'établir les fondements statistiques mais de proposer une lecture des propos évoqués par les personnes en exercice. Ils présentent un point de vue sur la rationalisation des hôpitaux publics.

Ce travail se compose de trois parties.

- ? La première partie est consacrée à l'analyse du processus de restructuration selon un raisonnement systémique et sociologique qui met en exergue les stratégies et les jeux d'acteurs développés.
- ? La seconde partie aborde la démarche d'enquête et d'analyse sur l'accompagnement des équipes auprès de deux CHU, dont la mise en application de la politique de modernisation hospitalière s'est concrétisée par la réalisation de restructurations.
- ? La troisième partie propose dans le contexte actuel qui introduit la nouvelle entité qu'est le pôle, des préconisations en terme de stratégie, de pilotage et d'opérationnalité.

Nous conclurons par un élargissement de cette étude aux restructurations qui génèrent d'autres formes de collaborations.

En avant propos, pour faciliter la compréhension des constats observés chaque partie de cette étude s'articule avec un apport théorique.

1. LA PLACE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES SOIGNANTES DANS LE PROCESSUS DE RESTRUCTURATION

Les restructurations hospitalières sont au cœur des réformes depuis plus de quinze ans. Elles sont préconisées par nos dirigeants comme des mesures incontournables pour réduire les dépenses d'un système de santé inflationniste. On ne peut réduire leur opération à une diminution de la capacité d'accueil, car cette vision linéaire et simplificatrice est loin de la réelle complexité des contextes, des enjeux et des comportements d'acteurs.

Bien qu'elles soient elles-mêmes objet de transformations, les restructurations sont institutionnalisées par les réformes successives et évoluent dans un mouvement continu de mutation.

1.1. Les contextes du processus de restructuration

Pour procéder à l'analyse d'un projet de restructuration d'un établissement de santé il convient d'analyser la stratégie de l'établissement en matière d'adéquation des besoins de santé et d'offre de soins. Celle-ci s'évalue sur la base des priorités nationales puis régionales au niveau du territoire est déclinée au niveau du projet d'établissement en objectifs stratégiques. Après l'approbation du conseil d'administration, elle fait l'objet d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

1.1.1. Les orientations politiques des restructurations hospitalières

? Le contexte national

La réforme hospitalière de 1991 corroborées par les ordonnances de 1996 ont introduit de nouveaux outils (projet d'établissement) de nouvelles instances régulatrices de planification (schéma d'organisation sanitaire ou SROS) et une déconcentration des pouvoirs de l'état selon l'application du principe de subsidiarité.

Le plan hôpital 2007⁷ continue la décentralisation de la gestion publique. Il vise à moderniser la gestion des structures hospitalières en accordant d'avantage de confiance à la capacité de décision et de gestion des responsables et à harmoniser les établissements publics et privés. L'homogénéisation des secteurs publics et privés s'effectue par la réforme du financement : la tarification à l'activité (T2A). La modernisation de l'hôpital public s'appuie sur trois pivots :

- Le statut et la gestion sociale de l'hôpital public avec la nouvelle gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activité médicale.
- La relance de l'investissement et enfin le rôle et les missions des CHU.
- Le volet rénovation du patrimoine accompagné par la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH).

Ce dernier bénéficie d'un budget d'aide à l'investissement de 6 milliards d'euros. Cette réforme se veut équitable, simplificatrice et source de motivation pour chaque acteur.

La loi de santé publique du 9 août 2004 renforce cette ouverture de l'hôpital et oriente les politiques autour d'axes majeurs tels que : la lutte contre le cancer, les urgences et la périnatalité. Ces priorités de santé publique sous tendent une réflexion autour de la construction ou la restructuration des établissements et de l'élaboration du projet médical de territoire.

Le plan hôpital 2012⁸ poursuit la modernisation engagée. Il fixe des priorités de réorganisation des pratiques coûteuses, encourage les initiatives public - privé (coopérations et regroupements de plateaux techniques) et priorise l'informatisation. Il encourage le développement des soins de proximité et au domicile en doublant sa capacité d'ici 2010, soit 15.000 places. Ce nouveau plan accompagne les restructurations programmées par le SROS avec un investissement à hauteur de 10 milliards d'euros.

? **Le contexte régional**

Crée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) est un groupement d'intérêt public (GIP) qui associe l'état et l'assurance maladie. Elle définit la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le SROS, analyse et coordonne l'activité des établissements

⁷ Direction des Hôpitaux et de l'Organisation Sanitaire. *Hôpital 2007*.p.3.

⁸ Xavier BERTRAND. Conférence nationale sur *L'investissement hospitalier du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012*.p.8.

de santé publics et privés. Chaque établissement établit un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Depuis la montée en charge de la T2A (50% pour 2007) elle détermine une partie de l'allocation des ressources. Celle-ci repose sur le principe des tarifs nationaux des groupes homogènes de séjours (GHS) et sur un état prévisionnel des ressources et des dépenses (EPRD). Sous son égide, dans le cadre du SROS III, un projet médical de territoire est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé et ses propositions de regroupements ou de coopérations inter établissements par les réseaux de santé.

L'ordonnance du 4 septembre 2003⁹, crée le schéma d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) qui se décline au niveau d'un territoire de santé. Cette nouvelle organisation assure le maintien et le développement des activités « de proximité » (médecine, soins de suite, de gériatrie), « de plateau technique » (médecine spécialisée, chirurgie, gynécologie, obstétrique, urgences) et « de recours » pour les disciplines très spécialisées. Elle suscite les complémentarités, les adaptations et l'articulation des moyens des établissements avec la ville, le médico-social et le social dont l'aboutissement se caractérise par des créations, des suppressions et des regroupements. Pour cela elle associe plus étroitement les professionnels, les élus et les usagers.

? Le contexte local

La réflexion stratégique engagée permet d'étayer le projet d'établissement définit dans l'article L.6143-2 modifié par l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁰. Celui-ci intègre les positionnements de l'établissement et décline ses objectifs stratégiques en cohérence avec le projet médical avec les projets : de soins, social, de gestion et du système d'information.

Le projet médical et le projet de soins sont complémentaires dans l'élaboration du projet de prise en charge des patients prévus dans la définition du projet d'établissement.

La cohérence de la prise en charge des patients est facilitée par les dispositions afférentes à la nouvelle gouvernance qui favorise le décloisonnement et le dialogue entre les acteurs. La réalisation de cet objectif de cohérence dans la prise en charge médicale et soignante des patients ne peut être obtenue que par une prise de conscience forte des acteurs. Ici l'accompagnement des équipes dans la réorganisation interne des activités de

⁹ Circulaire DHOS/0/2004-101du 5 mars 2004.*relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération.*

¹⁰ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005.*simplifiant le régime juridique des établissements de santé.*

soins prend toute son importance. Le management des équipes devient un axe majeur pour la réussite du projet de restructuration et la stratégie du directeur des soins détermine le management et le soutien accordé à l'encadrement dans la poursuite et l'aboutissement du projet.

1.1.2. Les enjeux socio-économiques

L'enjeu de la politique de santé est de permettre l'accès aux soins de qualité en toute sécurité dans le respect de l'équité et de réduire ainsi les inégalités sociales. Le financement et les ressources humaines déterminent les orientations politiques d'un établissement. Par l'interactivité propre aux systèmes complexes, les ressources humaines et financières sont à la fois enjeux et déterminants. Si l'attractivité de l'établissement est à la fois pourvoyeur et déterminant de ressources, par défaut de l'un ou de l'autre, sa stratégie diffère ainsi que sa recomposition de l'offre de santé.

La loi de la tarification à l'activité¹¹ qui exprime une volonté d'homogénéisation du financement et d'en finir avec la double logique public-privé semble avantager le secteur privé et les petites structures publiques au détriment des CHU¹². Cette nouvelle logique budgétaire est articulée par la classification commune des actes médicaux (CCAM) et la valorisation de l'activité. Actuellement la T2A finance 50% du budget des hôpitaux publics (alors que le secteur privé a un financement T2A à 100% depuis 2005). Elle repose sur le principe des tarifs nationaux des groupes homogènes de séjours (GHS) et d'un état prévisionnel des ressources et des dépenses (EPRD). Le dossier médical personnel (DMP) devient l'axe majeur de l'organisation et implique l'exhaustivité du recueil des informations saisies (PMSI). Ce nouveau mode de financement à l'activité offre à l'établissement une connaissance précise et fiable de la production et le recentre sur ses objectifs selon une logique de corrélation entre recettes et dépenses ; au patient une lisibilité de son séjour ou de son passage ; au personnel une organisation simplifiée et cohérente.

L'hôpital en qualité de premier employeur de la région est un bassin d'emplois pour la population. Il consacre 70% en moyenne de son budget aux ressources humaines. Une

¹¹ Décret du 4 mai 2005. portant diverses propositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

¹² N DUMONTAUX, B LE RHUN, M-C LEGENDRE, S VILLERET .*Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005*. DRESS.n°576.p.4.

gestion prévisionnelle des ressources humaines, en regard de la démographie des professionnels de santé est un outil d'aide à la décision dans la recomposition de l'offre. L'enquête l'ARH - CRAMIF¹³ signale qu'au 31 mars 2005, il y avait plus de 5200 postes non pourvus de professions sanitaires dans les établissements de santé franciliens. Plus de la moitié des postes concernent les infirmiers, et particulièrement les infirmiers spécialisés. Au 1er janvier 2007, 483 000 infirmiers sont en activité, soit une augmentation de 3,1 % par rapport à l'année précédente. La politique de gestion des ressources humaines fondée sur une conduite de projet, dans le respect des objectifs financiers, de la conduite de changement et du management participatif est une des clés du succès de la mise en place de la modernisation des infrastructures et des équipements. Celle-ci est source d'évolution des métiers et d'émergence de nouveaux métiers de la finance (assistant et contrôleur de gestion) et de l'informatique (technicien en informatique médicale). Le directeur des soins en collaboration avec la direction des ressources humaines participe à une politique de gestion des compétences à travers les processus de recrutement, de carrière, de redéploiement et de veille professionnelle.

1.1.3. Les conséquences humaines

L'évolution des pratiques de soins médicales hospitalières se traduit par une segmentation de la profession médicale, une multiplication des spécialités et des spécialistes qui s'étend aux professions paramédicales. La diversification des modes d'exercice (les alternatives à l'hospitalisation) ouvre l'hôpital sur d'autres modes de prise en charge qui intensifient et technicisent le séjour entraînant une diminution sensible des séjours. Un nouveau partage des compétences en matière de gestion avec d'autres catégories s'instaure notamment entre les médecins, l'encadrement et la direction.

Les effets constatés sur les professionnels de santé traduisent des tensions générées autour de l'activité par la transition ou la superposition des modes de gouvernance, du modèle institutionnel au modèle des rationalités. Ainsi, la diminution de la durée de séjour générant une intensification du travail, est un facteur de charge physique et mentale. Il en va de même pour les changements de travail avec une inflation des tâches, de gestion des flux, et de coordination. A ce titre, la gestion des temporalités de l'organisation entraîne une standardisation des procédures de travail et vise à réduire la diversité des pratiques et l'autonomie alors que l'institutionnalisation de processus d'hyperspecialisation médicale s'inscrit dans une temporalité plus longue.

¹³ Syndicat national des professionnels infirmiers.

Pour I.FERONI¹⁴ les restructurations affectent indirectement ou directement la charge de travail, de la réflexion à la mise en œuvre des projets sur l'ensemble des catégories exerçant dans un contexte institutionnel en transformation. La redéfinition de l'offre de soins locale, le changement d'environnement du cadre de l'activité, et les redéploiements d'effectifs générés sont les effets visibles. Ces derniers sont parfois les plus brutaux sur la personne. Ils bouleversent les cultures propres à chaque site, à l'histoire, aux traditions, aux us et coutumes, mais également tous les modes d'arrangements internes. Ainsi, la restructuration peut être assimilée à une crise institutionnelle vécue sur le plan collectif et individuel comme une épreuve. Sous l'effet du changement d'échelle de travail, elle se traduit au niveau des établissements par une déstabilisation ou une mise sous tension des organisations antérieures. Elle remet en cause les routines et compromis, les modes de coopérations négociés entre catégories professionnelles, soignants, médicales, médico-techniques, et soumettent les professionnels à de nouvelles contraintes de traçabilité et d'évaluation de l'activité.

Pour MOSSE et de C.PARADEISE¹⁵ dans la revue française des sciences sociales consacrée à la synthèse du programme sur les restructurations de la mission MIRE, soulignent que l'analyse des contenus d'activités du personnel est absente et qu'elle demeure « *la part oubliée* » des restructurations hospitalières en référence à RAVEYRE et UGHETTO.

Dans un contexte de craintes et d'attentes exprimées à l'égard des restructurations, elles éclairent indirectement sur la redéfinition en cours de la relation des professionnels de santé à l'institution.

Dans le cadre d'une démarche de restructuration, le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement et les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs telles que : la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois, la qualification et la valorisation des acquis professionnels. Il est co-piloté par le directeur des ressources humaines et le directeur des soins. Ce dispositif permet de coordonner les souhaits de postes, de finaliser les affectations et de définir les mesures d'accompagnement social. Il assure un suivi individuel et collectif des mobilités. Une mention particulière est accordée aux professionnels lors de l'entretien individuel afin de définir leur projet professionnel. Ils bénéficient d'une écoute attentive et d'un dialogue avec le directeur des soins qui en fonction des choix, des compétences et des besoins, propose les postes à disposition.

¹⁴ Isabelle FERONI. *Les restructurations hospitalières*, La revue des sciences sociales et santé, n°4.2006.p

1.2. L'approche sociologique de l'accompagnement des équipes

L'approche sociologique et le raisonnement systémique permettent de considérer l'ensemble des acteurs et des relations qu'ils établissent dans un contexte donné, comme un ensemble de construit humain et contingent. Ce système offre une vision globale à l'intérieur de laquelle chaque acteur agit en développant sa propre stratégie. Ce raisonnement prend en compte le caractère aléatoire des comportements humains et ne peut dans aucun cas établir une modélisation comme dans les systèmes scientifiques cybernétiques. Il respecte l'aspect unique de la personne dans un environnement donné à un instant précis. Ainsi les acteurs définissent des règles de jeu et l'organisation de travail avec leurs propres systèmes de relations¹⁶.

1.2.1. L'organisation hospitalière comme un construit humain contingent

L'organisation se définit comme un construit humain qui coordonne des activités et des tâches afin d'atteindre un but. Les organisations de travail sont très diverses et différentes et s'adaptent aux exigences et contraintes de leur environnement.

M.CROZIER et E.FIEDBERG¹⁷ décrivent deux modèles d'organisation du travail adapté à un environnement économique et social particulier. « *Le modèle mécanique* » caractérisé par un organigramme élaboré avec une forte centralisation du pouvoir décisionnel au sommet et un environnement stable. En opposition au précédent, « *Le modèle organique* » répond à un environnement socio-économique turbulent. Chaque environnement correspond à une structure économique du marché qui définit sa trame. Laquelle se structure en fonction du type de rapport qu'elle entretient avec l'extérieur. Ainsi, il devient une « *matrice organisationnelle* » dont les régulations régissent les interactions entre les organisations. L'organisation est contingente des « *exigences* » de son environnement, dans la mesure où celles-ci à « *caractère médiatisé* » sont incorporées dans les stratégies des dirigeants. De fait, la structure suit la stratégie et souligne le caractère « *politique* » des rapports de l'organisation à l'environnement et à l'autonomie dont elle dispose face aux « *exigences* » extérieures.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Philippe BERNOUX. La sociologie des organisations.p.23.

¹⁷ Ibid.p.151.

L'hôpital construit sur un modèle bureaucratique¹⁸ et cloisonné où sont ancrées de fortes notions de pouvoir hiérarchisées, sur des règles impersonnelles et abstraites (concours, ancienneté, répartition des postes et appréciation) est empreint d'un fort hospitalocentrisme. Ce vivier d'expertises et de spécialisations est circonscrit à la subordination, au contrôle, à la supervision qui détermine ses relations. Il est confronté à un environnement concurrentiel, appuyé par des réformes budgétaires et de gouvernance.

Cette structure matricielle qui simplifie les modes gestion et de relations, souhaite responsabiliser d'avantage les acteurs à des fins de productivité, de performance et d'intéressement. Le passage de l'état ancien à la modernisation est une période charnière où cohabitent les anciens et nouveaux préceptes qui érigent l'organisation. Cette organisation hybride, inachevée dans son processus de mise en œuvre avec des réminiscences ou des automatismes de l'ancien fonctionnement est propice à l'incertitude et aux jeux d'acteurs. Ces zones d'incertitudes qui permettent le développement de stratégies individuelles sont des enjeux de pouvoir sur l'organisation qui peuvent se manifester par des comportements de résistance au changement et la déstabiliser.

1.2.2. Les acteurs

La notion d'acteur définie par E.FRIEDBERG et M.CROZIER¹⁹ propose une vision différente de la place de l'individu dans les organisations mécanistes. Dans le système organisationnel, l'acteur possède une part d'imprévisible. Cette action passive ou active par voie de conséquence peut conduire les actifs aux résultats attendus par les organisations. De ce fait dans une organisation en voie de transformation, on recherchera les contraintes et les marges de manœuvre ou zones d'incertitudes pour comprendre la situation.

L'organisation polaire a profondément transformé les rôles et places de chaque acteur et de leurs stratégies, leurs logiques et leurs enjeux. Les directions d'établissement sont passées d'une logique directive à une logique de conformité et de consensus pour faire aboutir les réformes et maintenir une paix sociale. Les directions des soins par leur positionnement transversal redéfinissent leurs missions pour se centrer sur le cœur de métier et développer des missions d'audit et de qualité, de recherche en soins et de gestion des compétences. L'avènement des pôles a aboli leurs relations hiérarchiques avec l'encadrement, seul le statut de la Fonction Publique Hospitalière le souligne.

¹⁸ Michel CROZIER. *Le phénomène bureaucratique*. p 215.

¹⁹ Erhard FRIEDBERG, Michel CROZIER. *L'acteur et le système*.p.227.

Les médecins sont d'avantages responsabilisés par la délégation de gestion. Pour la plupart d'entre eux, ils ont choisi les membres du triumvirat et attendent les outils de gestion pour passer à l'action.

L'encadrement supérieur se trouve propulsé dans une logique de gestion où il doit créer une nouvelle fonction, se coordonner avec un métier émergent et un médecin chef de service qui perd symboliquement son service au profit du pôle. Son nouveau positionnement transversal interagit sur l'ensemble de la filière soignante et nécessite de nouvelles compétences. De leur côté, les cadres de proximité assurent le quotidien dans une logique d'opérationnalité. Ils sont impliqués dans les projets ou les travaux institutionnels et dans la conduite du changement auprès des équipes.

Les équipes soignantes de proximité déplorent à différents niveaux l'augmentation incessante de charges administratives au dépend du patient. De plus, pour les métiers peu qualifiés dont les agents de service hospitaliers qualifiés (ASHQ), la restructuration amène souvent à une externalisation. De fait, la mise en place des pôles d'activités génère des incertitudes et des craintes liées à la mobilité. Ce changement est vécu comme un bouleversement. Il remet en question les acquis, les compétences, le sentiment d'appartenance et de reconnaissance et il suscite des comportements et des attitudes de résistance.

Dans cette nouvelle configuration le patient qui participe de plus en plus activement à la vie hospitalière (conseil d'administration, CRUQPC, association) est dans une logique concurrentielle de qualité et de prestation. Les partenaires sociaux dont les actions centrées sur les individus et leurs acquis sont dans des logiques plus ou moins opposantes. Ils comprennent la nécessité des réformes mais leur logique ne peut les résoudre à s'y associer.

1.2.3. L'identité professionnelle

Le concept d'identité professionnelle décrit par Renaud de SAINSAULIEU²⁰, construit l'identité individuelle dans les rapports de travail collectifs. L'identité personnelle est traversée en permanence par les rapports sociaux et se construit selon un processus complexe d'identification et de différenciation qui pointe le rôle majeur du conflit dans ce processus. Il comprend toutes les normes, les règles et valeurs d'appartenances multiples

²⁰ Renaud de SAINSAULIEU. *L'identité au travail*.p.302.

qui construisent les références de base d'une profession auxquelles les membres s'identifient en se les appropriant. Pour N.ALTER²¹, il s'agit de comprendre comment chaque groupe d'acteurs conçoit son travail, son métier, son rôle sa mission et saisir en même temps l'image qu'il renvoie aux autres. Cette théorie apporte un complément dans l'interprétation des perceptions des acteurs sur leur propre travail et sur les relations qu'ils tissent autour du travail.

A l'hôpital les professions n'ont pas de reconnaissance extérieure. Les infirmiers qui cherchent une identité dans leur travail, ont tendance à légitimer une nouvelle identité en se démarquant. Pour reconnaître que la construction de l'identité relève d'un processus complexe d'identification et de différenciation cela nécessite de prendre en compte les positions et les trajectoires identitaires qu'elles adoptent vis-à-vis du corps médical. Elles sont prises dans ce mouvement d'identification et de différenciation qui rend difficile la stabilisation. Cette approche permet de décrypter le problème central et l'enjeu qu'il représente pour les différents acteurs.

L'appartenance à un service revendique une certaine forme d'identité d'autant plus lorsque celle-ci n'est pas reconnue statutairement et financièrement. Elle se compose d'une part de légitimité au travers de la spécificité, des conditions d'exercice et de sa pénibilité. La spécialisation devient alors un enjeu, une stratégie, un pouvoir. Dans la mise en place des pôles d'activités la spécificité du service cède à celle du pôle. La disparition du service au bénéfice du pôle remet en cause la construction et la structuration de l'identité professionnelle ; la place et le rôle et de chaque acteur au bénéfice du collectif de la structure hospitalière. Cette difficulté de positionnement est observée dans chaque catégorie professionnelle d'autant plus que les nouvelles logiques de fonctionnement sont établies sur la transversalité, la transparence, la pluridisciplinarité, la mutualisation, la responsabilité et la performance. La notion de cœur de métier se globalise et s'étend à l'ensemble des acteurs de la prise en charge dans le parcours du patient.

1.3. La stratégie managériale

L'analyse des processus de production est indissociable des processus de management. Aux premiers rangs desquels le processus de décision stratégique et opérationnel puis le processus de pilotage et de contrôle. Le modèle dominant sous-tend le fonctionnement et

²¹ Norbert ALTER. *Sociologie du monde du travail* .p.62.

la structure de l'organisation, les diverses représentations et les modes de management qui en découlent.

1.3.1. La stratégie d'accompagnement comme un processus d'apprentissage

Dans son allocution à la « journée des directeurs de soins »²² du mars 2006, le ministre de la santé, Xavier BERTRAND, réaffirme sa préoccupation d'accompagner l'ensemble des acteurs dans les réformes. Il décline le processus d'accompagnement et son dispositif de pilotage par diverses actions et participations à :

- Un groupe de travail sur la gouvernance dont l'objectif est l'élaboration d'un guide.
- Des missions d'appui où les directeurs de soins sont aux côtés des directeurs d'établissement et des médecins.
- Au partage d'expériences des établissements pilotes, aux formations à l'attention des équipes responsables de pôle sont étendues à l'ensemble des équipes.

Il conclut par la mission et la place dévolue aux directeurs des soins dans ces réformes : « *Je suis confiant quant à votre place dans la réforme. La bonne marche des services passait par votre compétence et votre sens de l'organisation, il en ira de même avec les pôles, dans un esprit de coopération étroite avec les responsables médicaux* ».

Le guide méthodologique à l'initiative du ministère et de la DHOS « Encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital »²³ élaboré par un groupe de travail constitué de DS, CSS et CS, donne les mesures nationales pour accompagner les changements structurels, organisationnels et culturels générés par la réforme. La nouvelle gouvernance constitue une approche managériale dont le facteur humain est le socle et l'enjeu majeur de son succès. Les hospitaliers doivent trouver dans cette politique incitative et à travers les mesures d'accompagnement institutionnel une méthodologie et un guide pour sa mise en œuvre.

A partir du diagnostic stratégique qui va initier la réflexion préalable, la mise en œuvre s'articule autour de la politique de communication, la validation du pôle en qualité d'entité organisationnelle (nomination des responsables) et fonctionnelle (projet de pôle, contractualisation, délégation de gestion, intéressement).

Au niveau local chaque établissement a organisé des plans de communication dans les instances et de réunions plénières, suivi de séminaires pour les responsables de pôles

²² Xavier BERTRAND. *Discours Journée des directeurs de soins*.p.2.

²³ Direction de l'Organisation des Hôpitaux Sanitaire. *Guide méthodologique : Encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital*.p52.

(médicaux, CSS et assistant de gestion) et les directions associées. Au niveau de l'encadrement qui est porteur du projet auprès des équipes opérationnelles, des formations d'adaptation au changement et de modes de management sont dispensés. L'aspect quantitatif de la gestion des ressources humaines s'applique au redimensionnement des équipes et au redéploiement des effectifs. Celui-ci s'opère par une phase de mise aux normes ou effectifs cibles permettant une harmonisation des besoins et une équité par rapport à l'activité. Cette phase est assurée par une collaboration entre la direction des ressources humaines et la coordination générale des soins. L'aspect qualitatif de cette gestion est dépendant du dispositif mis en œuvre.

Il s'agit de définir dans quelle mesure la démarche de description et d'analyse des processus est susceptible de permettre un apprentissage. La multiplicité des acteurs, leur spécialisation, l'évolution des techniques et des connaissances implique une gestion collective des savoirs. La connaissance tacite est omniprésente à l'hôpital qui s'exprime par les divers modes d'apprentissage de compagnonnage ou de socialisation. Au niveau collectif le peu de formalisation conduit à un ajustement mutuel des routines. Cette prédominance d'informel anile toute possibilité d'amélioration des leviers d'actions. Les savoirs tacites partagés au sein d'un groupe pour une prise en charge permettent l'ajustement mutuel. Dès lors qu'elle s'étend extra muros, elle mobilise des acteurs et des groupes hétérogènes qui ne permettent plus l'ajustement. La description des processus permet alors la transition du tacite vers l'explicite et vice versa. La formalisation des savoirs tacites et explicites est une introspection de l'organisation et des acteurs, de l'individuel vers le collectif. Elle marque le passage des savoirs individuels aux savoirs collectifs.

Pour J-P CLAVERANNE et C.PASCAL, un processus se définit comme « *un ensemble cohérent d'activités se déroulant dans un espace et un temps déterminé, répondant à des finalités communes et produisant un output matériel ou immatériel* »²⁴. La description des processus confronte les représentations et les comportements des acteurs et opère une déconstruction des pratiques et des comportements collectifs qui expliquent l'irrationalité des pratiques et des comportements avec l'intérêt général de l'organisation.

Ces comportements ou stratégies décrites par M.CROZIER et E.FRIEDBERG dans les espaces d'autonomie ou zones d'incertitude constitue la source de pouvoir des acteurs. La déconstruction de l'organisation et sa mise à plat permet aux acteurs de découvrir le

²⁴ Jean-Pierre CLAVERANNE, Christophe PASCAL. *Repenser les processus à l'hôpital*.p.17.

rôle de chacun, donne une lisibilité sur la pratique collective et ouvre la voie à un apprentissage organisationnel. L'organisation apprend autour des processus. Dans la perspective systémique de l'apprentissage organisationnel, l'organisation est considérée comme un ensemble de règles, de procédures, de traitement et de restitution d'informations qui conditionnent l'apprentissage individuel. Cet ensemble est guidé par un cadre de référence fondé sur un schéma mental partagé et un schéma de référence organisationnelle.

1.3.2. La culture à l'hôpital

A l'hôpital, la culture dominante demeure la culture de service qui supplante la culture hospitalière. Elle exprime un cloisonnement renforcé par des cultures corporatistes auxquelles s'ajoute un fort sentiment d'appartenance.

Le cadre de référence de la culture d'entreprise est établi par la notion de rationalité élargie de H.A.SIMON et M.CROZIER et la mise en valeur des sous - cultures d'entreprise décrites par A.SAINSAULIEU, qui répond à la double préoccupation de s'attacher aux aspects implicites et explicites de l'organisation. Elle admet et analyse les rationalités qui s'opèrent dans ce cadre.

Edgar H.SHEIN²⁵ propose la définition suivante « *la culture d'entreprise est une structure faite de postulats fondamentaux inventés découverts ou élaborés par un groupe donné quand il apprend à faire face à ses problèmes d'adaptation externe ou d'intégration interne qui a fonctionné assez bien pour être considérée comme valide et enseignée aux nouveaux membres en tant que mode juste de perception, de pensée et de sentiment sur ces problèmes* ». Il propose de voir la culture sous l'angle de trois niveaux liés entre eux : les postulats fondamentaux (croyances sur les relations entre l'homme et l'environnement), les valeurs (idéologies et les voies pour y parvenir), les artefacts (la langue, la technologie et l'organisation sociale). Ses deux grandes propriétés sont : l'adaptation de l'organisation à l'environnement externe et l'intégration interne. Les groupes déterminent les critères pour l'acquisition et la distribution du pouvoir, les règles et les relations entre les membres et l'idéologie donne sens aux évènements organisationnels. Par ailleurs, le groupe produit un ensemble de signes et de caractéristiques propres qui est un code de reconnaissance et d'identification au groupe. Les notions de culture et d'identité se réfèrent alors à deux niveaux fondamentaux de la

²⁵ Karine EVRARD SAMUEL. *La stratégie de l'entreprise*.p.158.

vie du groupe. S'il est possible d'aménager une culture, il est en revanche impossible de conduire une entreprise opposée à son identité.

Ainsi dans le cadre d'une restructuration, les notions de culture et d'identité doivent être prises en considération notamment lors de la phase d'intégration pour mieux gérer le rapprochement culturel des deux identités. Intégrées à la stratégie, elles permettent de mettre en évidence des orientations politiques réalistes et réalisables qui constituent les fondements durables.

A l'heure actuelle la culture de pôle est plus facilement intégrée pour les unités regroupées en fédération où le rapprochement de la culture et de l'identité est réalisé, notamment dans un projet commun.

1.3.3. Le management du changement ou la gestion du changement

M.KETS DE VRIES et D.MILLER²⁶ distinguent quatre étapes dans tout processus de changement : le choc, l'incrédulité, le rejet et la prise de conscience. A la fin du processus les acteurs ont généralement réaménagé leur vison du monde et d'eux-mêmes. Mais le processus peut parfois se bloquer et les acteurs peuvent être incapables de redéfinir la situation. Ils s'accrochent au passé et ont recours à des manœuvres défensives : déni du problème, refoulement, évitement. Les principales raisons qui les poussent à résister au changement sont de nature psychologiques ou économiques. Parmi les psychologiques on distingue, la peur de l'inconnu, la crainte de perdre ce que l'on possède, la remise en cause des compétences ou tout simplement la stabilité. Les habitudes développées par les acteurs sont source de résistances importantes. Notamment les relations sociales établies au sein d'une unité de soins et qui relèvent de la sécurité économique mis en danger lors de mutations, de déplacements. L'incertitude associée à l'insécurité économique de tels changements peuvent être vécues comme menaçantes et vont guider le comportement.

L'hôpital fait des efforts considérables pour suivre les diverses exigences. Les changements dans l'environnement, la technologie, les valeurs sont autant de facteurs qui influent sur l'action des hôpitaux et rendent indispensables des modifications d'ordre économiques. Ainsi le changement est une réalité permanente dans le système sanitaire. L'accroissement de la pression concurrentielle, l'accélération des innovations technologiques conduit l'hôpital à s'adapter en permanence à son environnement : changement de structures, acquisitions, désinvestissements modification des systèmes

²⁶ Ibid.p.170.

de gestion. Le changement amené par ces transformations est immense et surtout indissociable des mutations stratégiques imposées par le marché des organisations. Le rôle des dirigeants est considérable car ils interprètent les évolutions des politiques de santé et reconfigurent l'organisation avec plus de pertinence pour faire face.

Pour les dirigeants, le changement se gouverne de manière rationnelle grâce à des gouvernants lucides, formés, assistés de bons analystes internes et externes.

Pour chaque acteur, le changement passe par une évolution mentale et l'adoption de nouveaux modes de fonctionnements. Celui-ci est élaboré à partir de désapprentissages et d'apprentissages ou de déstructuration et de structuration d'identité et de culture professionnelles. Ainsi toute mutation constraint les dirigeants à effectuer de nombreux changements physiques (restructurations, déménagements, constructions) et les acteurs à des changements de pratiques professionnelles, de pensée, de système de valeurs et les modes de comportements. Après des années de processus ajustés, les structures, les modes de comportements ont une tendance à se renforcer. Ce sont ces facteurs d'inertie qui rendent le changement difficile notamment ceux d'ordre intellectuels. Une répartition des ressources facilite le changement physique, le changement des mentalités et des modes de comportements exige une modification de la culture d'entreprise.

En effet, la restructuration avec un changement de locaux est beaucoup plus simple à intégrer par les équipes car l'environnement et les conditions de travail sont des facteurs favorisants. Alors que restructurer une organisation dans les mêmes locaux relèvent d'un travail de fond auprès des équipes et d'un management des apprentissages. Il est établi que le succès sera plus rapide et atteint lorsque les personnes directement concernées élaborent et soutiennent et réalisent le changement. Tout changement est important, il doit s'entendre comme un processus d'apprentissage de toutes personnes qui y participent. Ce processus doit donc être programmé et s'effectuer progressivement. Le management cognitif est souvent relayé par le dispositif de formation et de communication qui offre une vision généraliste du changement.

Par ailleurs, la position transversale adoptée par de nombreuses directions des soins favorisent le décloisonnement et l'échange. Ce positionnement n'est pas hiérarchique mais se conçoit en terme d'expertises et de soutien dans l'accompagnement de projet, en cohérence avec le projet d'établissement. Il est vecteur de partage des expériences et situe le directeur des soins comme un acteur décisif dans l'accompagnement des réformes et par la même implique les soignants dans cette dynamique de changement.

2. ENQUETE SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES EQUIPES AUPRES DE DEUX CHU EN RESTRUCTURATION

En qualité de futur directeur des soins, notre objectif est de comprendre les logiques qui déterminent les comportements d'acteurs dans un contexte de restructuration et d'établir les liens entre logiques et stratégies afin de définir à travers les accompagnements pratiqués les potentialités de la réussite du projet d'établissement. Il convient d'exploiter les expériences, les perceptions et les attitudes exprimées par les acteurs dans l'expression de leur ressentis et qu'ils ont intégrés dans leurs comportements vis à vis du changement. Au travers de l'enquête nous tenterons de comprendre et d'analyser la validité des hypothèses mobilisées :

D'une part autour de l'organisation du travail qui met en lumière les causes et les conséquences observées et vécues sur le terrain par les interviewés.

? « La restructuration qui engendre des modifications dans l'organisation du travail, dans la constitution des équipes et dans les pratiques professionnelles, peut être vécue comme une menace. »

D'autre part, les bouleversements générés ont des répercussions sur le collectif des équipes et sur les individus.

? « Le fait de mutualiser les équipes qui émanent d'hôpitaux ou de services différents avec des cultures professionnelles différentes constitue un frein au processus de restructuration. »

Enfin, pour proposer ou améliorer les stratégies d'accompagnement il importe d'évaluer leur impact de dans le processus de restructuration.

? « La stratégie d'accompagnement influe sur le comportement et la coopération des équipes ».

2.1. La méthode

La méthode d'investigation est une démarche compréhensive empruntée aux sciences sociales fondée sur un questionnement d'origine et des propositions d'hypothèses énoncées à partir d'une problématique de terrain.

L'objectif étant de confronter les vécus et les ressentis des différents protagonistes qui exercent dans les CHU et de repérer à différents niveaux d'intervention les clivages et les blocages qui entravent la poursuite du changement engagé.

2.1.1. L'analyse documentaire

L'approche documentaire a été réalisée dans un premier temps afin d'assembler les informations concernant les caractéristiques déterminantes des projets de restructurations. La teneur scientifique des constats est argumentée par des enquêtes émanant des institutions concernées (ministère, DHOS, INSEE, DRESS), de rapports établis à l'instar du ministère pour la reconfiguration de l'offre de santé (MIRE) et de documents officiels réglementaires. La littérature prolixe dans ce domaine est orientée dans le domaine de la gestion et des sciences sociales.

2.1.2. L'observation sur le terrain

Une partie des observations et entretiens ont été réalisées au cours du deuxième stage en CHU concernant « l'observation de dimension managériale » pour le CHU1. Pour le CHU2 des déplacements et d'entretiens téléphoniques (4) ont été nécessaires.

2.1.3. Les modalités de l'entretien semi-directif

Les grilles d'entretien semi - directif²⁷ sont construites sur la base de thèmes identiques respectant le niveau d'exercice et de responsabilité des acteurs. Elles permettent à chaque acteur de s'exprimer sur le même thème et d'apporter des éclairages différents liés à la fonction, à sa réalisation et au ressenti.

Chaque interviewé est assuré oralement des règles de confidentialité et d'anonymat. Des rendez-vous téléphoniques ont été pris au préalable fixant un temps moyen d'une heure d'entretien. Les entretiens ont été retranscrits en direct sur la base de prise de note, puis en intégralité pour en extraire termes ou phrases les plus représentatives de l'entretien.

2.2. Le recueil des données

Un total de 24 entretiens a été réalisé sur trois CHU, sachant que les deux entretiens réalisés sur le CHU3 n'ont pu être exploités car insuffisant par rapport à la démarche processus. La durée moyenne des entretiens est de 55 minutes avec un écart compris entre 30 minutes et 1heure 30 minutes. Les professionnels les plus loquaces étant les CSS et les moins les IDE.²⁸

²⁷ Annexe I.

²⁸ Annexe III.

2.2.1. Le choix des CHU

La relance massive de l'investissement dans le plan hôpital 2007 puis 2012 et l'évolution de leurs missions dans la reconfiguration de l'offre hospitalière constraint les CHU à de multiples opérations pour un retour à l'équilibre accusant une situation budgétaire difficile liée à leur taille et leur éclatement. Leurs niveaux d'avancement et d'implication dans la poursuite de la réforme et les stratégies déployées sont instructives dans l'apprentissage de la fonction de directeur des soins.

Présentation des CHU investigués

	CHU1	CHU2
Capacités d'accueil	MCO : 1908 lits et places 1572 lits et 109 alternatives 60 lits et 1 place la psychiatrie. SSR : 104 lits SLD : 172 lits.	MCO : 1689 lits et places Court séjour : 266 lits Moyen séjour SSR : 120 lits Long séjour : 83 lits
Restructurations Structures	Fermeture d'1 établissement 1 projet en cours CHU pilote en 2002 pour hôpital 2007	Fermeture d'1 établissement 1 projet en cours CHU pilote en 2002 pour hôpital 2007
Restructurations Organisationnelles Pôles d'activités	Projet en cours Contractualisation en cours Délégation de gestion en cours	Projet en cours Contractualisation en cours Délégation de gestion en cours

2.2.2. Le choix des acteurs

Le choix des acteurs interviewés a été guidé par le processus de restructuration, de l'élaboration de la stratégie jusqu'à son aboutissement afin de déceler les phénomènes ou manifestations émanant de chaque niveau implication. Le choix des personnes a été effectué par les coordinations générales des soins de chaque CHU.

Ils sont classés selon leur niveau de responsabilité et d'intervention (stratégique, pilotage, opérationnel) afin de mettre en regard du processus stratégique les fonctions, les relations d'attribution - contribution et les vécus. De ce fait, il reprend la configuration actuelle de pôle.

L'équipe de direction est composée du CGS et du DS ; le triumvirat gestionnaire de pôle constitué par le médecin coordinateur responsable de pôle, le cadre supérieur de santé et l'assistant de gestion et l'unité fonctionnelle avec le cadre de proximité et l'équipe opérationnelle.

Présentation des acteurs interviewés

CHU1	CHU2
2 Directeurs : site et fonctionnel (DH) 1CGS, 1 DS 1 Médecin responsable de pôle: chef de service (MRP) 1 CSS de pôle 1 Assistant de gestion de pôle (AG) 1 CS 1 IDE, 1 AS, 1 ASHQ	2 Directeurs : site et fonctionnel (DH) 1CGS, 1 DS 1 Médecin responsable de pôle: chef de service (MRP) 1 CSS de pôle 1 Assistant de gestion de pôle (AG) 1 CS 1 IDE, 1 AS, 1 ASHQ

2.2.3. La grille de lecture des entretiens

La grille de lecture²⁹ élaborée apporte les éléments nécessaires pour apporter un éclairage théorique des données recueillies. Ce recueil est apposé sur une grille qui offre une vision synoptique et synthétique.

2.3. Les résultats

Les résultats sont exploités au regard des questionnements initiaux et des hypothèses proposées en début de recherche. Les résultats des entretiens sont présentés et analysés selon une démarche initiée par l'approche sociologique qui a permis de classer les acteurs interviewés en équipe et en niveaux de responsabilité par rapport au thème. Ainsi, l'équipe de direction composée des directeurs (DH), du coordonnateur général des soins (CGS) et du directeur des soins (DS) est impliquée au niveau stratégique du projet. L'équipe gestionnaire de pôle composée du médecin responsable de pôle (MRP), du cadre supérieur de santé pôle (CSS) et de l'assistant de gestion est impliquée au niveau du pilotage du pôle. L'équipe opérationnelle composée du cadre de santé (CS), de l'infirmière (IDE), de l'aide-soignante (AS) et de l'agent des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) est impliquée au niveau de la mise en œuvre.

L'analyse se limite à l'investigation menée auprès de deux CHU et se propose de mettre en exergue les points de convergences, les différences, et les singularités.

²⁹ Annexe II.

2.3.1. Présentation des résultats des entretiens

Les résultats sont présentés dans les tableaux ci-dessous de manière synthétique en reprenant les expressions ou mots clés de l'entretien. Chaque tableau présente une thématique à laquelle chaque acteur a répondu et nous avons commenté.

Globalement les acteurs des deux CHU contextualisent les restructurations dans le cadre du plan hôpital 2007 et sa continuation dans le plan hôpital 2012. Deux types de restructurations sont identifiées : structurelle et organisationnelle. La représentation structurelle se réfère à la rénovation du patrimoine des établissements publics et sa représentation organisationnelle aux pôles d'activités. Pour les acteurs de proximité, la restructuration est représentée par ses effets sur l'organisation en terme de réorganisation des unités de soins. Il apparaît que la reconstruction de bâtiments bien qu'elle engendre un grand investissement de la part des acteurs soit moins complexe que la mise œuvre de l'organisation polaire.

? Présentation des résultats des CHU1 et CHU2 sur la politique de restructuration

Fonctions	CHU1	CHU2
Equipe de direction	<p>DH : la restructuration des bâtiments et mise en place des pôles. Processus de restructuration conforme aux orientations politiques de l'établissement. Phase de retour à l'équilibre.</p> <p>CGS : une approche participative et collégiale. Implication dans le projet social en collaboration avec la DRH.</p> <p>DS : un nouveau positionnement en transversalité.</p>	<p>DH : la restructuration des bâtiments et mise en place des pôles ; Processus de restructuration conforme à la réforme et au projet d'établissement. Phase intermédiaire avant la déconcentration.</p> <p>CGS : impliqué dans la stratégie tout au long du processus.</p> <p>DS : une mission d'accompagnement, de communication et d'information (insuffisant).</p>
Equipe responsable de pôle	<p>MRP : la restructuration du mode de fonctionnement en lien avec le projet d'établissement. Projet important en terme de temps et d'investissement des acteurs. Enjeux médico-économiques.</p> <p>CSS : fonction imposée par le DS. Investissement important.</p> <p>AG : nouveau métier.</p>	<p>MRP : une persistance de la notion de service/pôle. Décalage entre l'administration et le service, dysfonctionnement.</p> <p>CSS : une absence de délégation de gestion et une résistance à la mutualisation corporatiste.</p> <p>AG : émergence de nouveaux métiers qui doivent trouver leur place.</p>
Equipe opérationnelle	<p>CS : la réorganisation du travail. Guidance et soutien méthodologique du DS. Dynamique de groupe, accompagnement pédagogique de l'équipe.</p> <p>IDE, AS, ASHQ : la participation active dans le projet a ressoudé l'équipe. Cheminement nécessaire.</p>	<p>CS : le fonctionnement en fédération : l'organisation polaire. Organisation polaire est un challenge qui favorise la collaboration</p> <p>IDE : déjà en fédération : l'organisation polaire. Turn-over des patients, augmentation des tâches administratives (80%).</p> <p>AS : l'absence de participation au projet. Mobilité du personnel</p> <p>ASHQ : des informations officielles et officieuses.</p>

Ce tableau met en évidence les représentations de la restructuration de chaque acteur. Il oppose la notion de service et de fédération au pôle. On notera les exemples de restructurations aboutis et la dynamique des équipes.

? Présentation des résultats des deux CHU sur les perceptions des acteurs

Fonctions	CHU1	CHU2
Equipe de direction	<p>DH : « Nous avons à faire à des logiques différentes, celles des patients, des médecins, et des finances. »</p> <p>CGS : « Problématique garder les liens avec les pôles » « Les CSS n'ont pas de préparation, ne savent pas faire, ne savent pas lâcher ; c'est la même problématique avec les DS. »</p> <p>DS : « DS référent de pôle : rôle d'accompagnement des CSS, jusqu'à l'autonomie et le transfert des charges. C'est un rôle individu-dépendant. La restructuration c'est l'affaire des CSS. »</p>	<p>DH : « C'est un redimensionnement des activités ». « Nous sommes au milieu du guet. »</p> <p>« C'est une mini révolution. Les équipes ont peur de bouger. La capacité d'accompagner le changement est contradictoire par rapport aux réformes, c'est pousser et freiner en même temps. »</p> <p>CGS, DS : « C'est flou dans la tête des gens... » « Les directions fonctionnelles ont été déboussolées ». « On a l'impression qu'il n'y a pas de définition, de coordination. »</p>
Equipe responsable de pôle	<p>MRP : « C'est une réforme de fond, c'est un projet très long, très lourd. »</p> <p>CSS : « C'est un très gros investissement »</p> <p>AG : « Le fonctionnement et la compréhension font remonter les problématiques de terrain. Je roule pour le pôle ». </p>	<p>MRP : « Dès qu'il y a changement pas de changement, pas d'économie, pas de qualité. » « C'est une crise du management ».</p> <p>CSS : « Des locaux neufs, aux normes. C'est un combat quotidien politique. »</p> <p>AG : « Ils cherchent un positionnement ». </p>
Equipe opérationnelle	<p>CS : « Améliorer la prise en charge des patients, l'organisation du travail, redistribuer le travail en rapport de la réglementation et de mettre aux normes/coûts ».</p> <p>IDE, AS, ASHQ : « On n'avait pas envie de partir » « Le déménagement a été source de beaucoup de tensions et de frictions (deuil) ; On n'avait peur de ne pas arriver. Finalement il y a eu une bonne adaptation et un accueil des patients OK ». </p>	<p>CS : « l'organisation polaire a instauré un travail de collaboration important entre les médecins, les CSS et les CS. »</p> <p>IDE : « Promesse de ne pas aller en chirurgie. »</p> <p>AS : « A mon retour on dit vous allez dans le service d'à côté. » « Les effectifs sont certifiés rester à l'identique ». </p> <p>ASHQ : « Nous sommes adaptés à un service, à une équipe, à un CS, il va falloir remettre en question les pratiques, en apprendre de nouvelles. »</p>

Les directions font état de la phase de transition à la délégation de gestion et expriment la difficulté de manager le changement dans de gros établissements. Les médecins font preuve d'esprit critique à l'égard du système alors les autres membres de l'équipe de gestion soulignent l'importance de l'investissement. Du côté des équipes, on remarque les différentes étapes de la résistance au changement : le déni, le marchandage et la prise de conscience avec l'adaptation aux nouveaux locaux.

? Présentation des résultats des CHU1 et CHU2 sur l'articulation des acteurs

Fonctions	CHU1	CHU2
Equipe de direction	<p>DH : un cloisonnement tangible, persistance de la notion de service, besoin d'appartenance fort des médecins et des équipes. Pas de franche opposition mais, des tracts isolés de la part des partenaires sociaux.</p> <p>CGS : une participation collégiale au processus de décision et à la stratégie du projet de restructuration (membre CE et assiste CA) Management participatif des DS.</p> <p>DS : une certaine frustration/positionnement de transversalité.</p>	<p>DH : le DG à une mission d'arbitrage. Les directions de site ont une fonction majeure dans la conduite du projet et du changement.</p> <p>CGS : membre du CE et assiste au CA. La CGS est positionnée en transversalité.</p> <p>DS : pas de problème avec la transversalité car de filière médico-technique déjà en transversal. Bonne relations avec les médecins Un cloisonnement pesant, une fragilité des relations.</p>
Equipe responsable de pôle	<p>MRP : un cloisonnement avec la direction, attente de délégation de gestion. (manque de communication et de transparence)</p> <p>CSS : une réflexion sur son articulation avec les partenaires. Mutualisation des personnels sur le volontariat.</p> <p>AG : une bonne entente triumvirat. Problématique du positionnement hiérarchique/contrôle de gestion/direction.</p>	<p>MRP : une relation conflictuelle avec l'administration.</p> <p>CSS : une bonne articulation avec l'ensemble des acteurs et une amélioration des rapports avec les médecins. Quelques difficultés à mutualiser avec ceux qui ont une logique corporatiste.</p> <p>AG : une mission est une place à trois</p>
Equipe opérationnelle	<p>CS : un renforcement des liens du collectif de travail. Stratégie participative, pédagogique et de communication.</p> <p>IDE, AS, ASHQ: un travail de groupe sur les pratiques, l'investissement et appropriation des locaux.</p>	<p>CS : une résistance passive au changement par rapport à la mutualisation, demande une mobilité limitée (contrat équipes/CS)</p> <p>IDE, AS : une mutualisation limitée à certains services. Seulement pour AS, une contractualisation avec le CS pour garder les mêmes effectifs.</p> <p>ASHQ : une remise en question des pratiques, changement d'équipes.</p>

Un cloisonnement important lié à la structure de services perdure. La relation entre la direction et les médecins est plutôt conflictuelle. Au sein du pôle on constate une bonne entente du triumvirat. Le positionnement transversal de la coordination générale des soins implique un nouveau positionnement pour les DS, mais également les directions collatérales. On note cependant, la persistance un frein à la mobilité et au changement malgré les consensus et les marchandages établis.

? Présentation des résultats des CHU1 et CHU2 sur l'accompagnement des équipes

Fonctions	CHU1	CHU2
Equipe de direction	<p>DH : un projet social conduit par CGS et DRH : redéploiement des effectifs, séminaires, visites, formation plan de communication.</p> <p>CGS : un redéploiement avec entretien, choix des postes, projet de carrière.</p> <p>DS : un rôle de référent de pôle jusqu'à l'autonomie du pôle.</p>	<p>DH : un accompagnement des équipes mission de la CGS et de la DRH, approche pragmatique. Pour les directions fait par consultant externe.</p> <p>CGS, DS : une communication et un plan de redéploiement insuffisant.</p>
Equipe responsable de pôle	<p>MRP : un séminaire d'accompagnement des équipes gestionnaire, réunions de travail d'équipes.</p> <p>CSS : le poste de CSS gestion imposé par le DS référent de pôle sans accompagnement ; réflexion de positionnement.</p> <p>AG : un séminaire de formation, mais n'a pas les outils de délégation de gestion ; construction d'outils pour fonctionner.</p>	<p>MRP : une communication inefficace et une absence des outils de gestion.</p> <p>CSS : le CGS est co-responsable pour ce pôle, il est force de proposition et d'arbitrage. Renforcement et soutien de la CGS. Aide d'un consultant pour le projet de pôle.</p> <p>AG : accompagnement de l'équipe gestionnaire de pôle : séminaires, formation action, communications.</p>
Equipe opérationnelle	<p>CS : un accompagnement pédagogique et participatif de proximité. Enjeu de réussite important, valorisé par la direction. dynamique.</p> <p>IDE, AS, ASHQ : de la communication et des information de la part du CS, visites des locaux, choix du matériel, personnalisation des futures conditions de travail</p>	<p>Plan de communication, informations, réunions.</p> <p>CS : un challenge « gagnant-gagnant » ; un noyau d'ancien qui accompagne les nouveaux.</p> <p>IDE : explications des objectifs et la gestion de l'absentéisme.</p> <p>AS : une information, et un changement de poste sans avis.</p> <p>ASHQ : informations en fonction de l'avancée du projet</p>

L'accompagnement des équipes soignantes est organisé selon un dispositif géré par la coordination générale des soins et la direction des ressources humaines. L'aboutissement et la réussite du projet repose sur l'investissement et la participation des équipes. Le CS a un rôle central, et pivot dans la conduite du changement. Cet accompagnement est à la fois individuel et collectif. On remarque que l'organisation en fédération de service est facilitatrice pour intégrer la notion de pôle. Le maître mot de l'accompagnement est la communication.

? Présentation des résultats des CHU1 et CHU2 sur les préconisations des acteurs

Fonctions	CHU1	CHU2
Equipe de direction	<p>DH : décloisonner d'avantage, chacun à son niveau.</p> <p>CGS : veiller aux liens avec les pôles et à la cohérence du projet d'établissement.</p> <p>DS : plus de cohérence dans les projets et de partage au niveau des décisions.</p>	<p>DH : un peu plus de réactivité, une valorisation du travail humain, un aménagement des emplois, mobilité et transparence.</p> <p>Une réflexion anthropologique débutante non opérationnelle (publication).</p> <p>Le « Knowledge management » apprendre par la connaissance.</p> <p>CGS, DS : décloisonner, apprendre la culture de l'échange et du partage.</p>
Equipe responsable de pôle	<p>MRP : une politique d'échange et de communication partagée : transparence et communication. Apprendre au personnel à bouger.</p> <p>CSS : apprendre aux équipes à travailler ensemble, à communiquer, à échanger.</p> <p>AG : avoir les outils nécessaires pour répondre à la mission.</p>	<p>MRP : changer de modèle d'hôpital pour le modèle hôpital -entreprise avec des médecins gestionnaires d'établissement, des actions innovantes et un intérressement. Responsabiliser les gens, rompre avec la réunionnite, motiver.</p> <p>CSS, AG: le transfert des outils de gestion</p>
Equipe opérationnelle	<p>CS : une méthodologie plus rigoureuse et plus pointue pour l'organisation (déménagement, planification, responsabiliser).</p> <p>IDE, AS, ASHQ : l'amélioration des conditions de travail (parking).</p>	<p>CS : accompagner les équipes en leur donnant des challenges.</p> <p>IDE : créer un nouveau poste d'IDE réservé aux charges administratives.</p> <p>AS : une participation plus accrue des acteurs opérationnels dans les projets, favoriser l'échange et le dialogue.</p> <p>ASHQ : garder les mêmes équipes, bonne entente.</p>

Pour les acteurs les préconisations divergent en fonction de leurs logiques. Cependant l'apprentissage demeure une constante pour changement et la mobilité. Le modèle libéral s'oppose à celui de service public. Les équipes de proximité sollicitent des améliorations des conditions de travail en terme d'environnement, de méthode et de pratiques.

2.3.2. Le diagnostic

Le processus de restructuration développé par les CHU respecte le processus légitime et assure une conformité réglementaire. Ce processus intègre dans l'intégralité de son processus stratégique et décisionnel la coordination générale des soins qui en collaboration avec la direction des ressources humaines gère le plan social.

La notion de service est persistante. La culture de pôle est difficilement intégrée par l'ensemble des acteurs hormis par ceux qui fonctionnaient en fédération de services pour qui le pôle est une continuité.

Des relations conflictuelles plus ou moins prononcées apparaissent entre des médecins responsables de pôles et la direction. Ce conflit est en partie à l'origine de l'attente pressante de la délégation de gestion qui empêche le fonctionnement polaire. Il conduit le corps médical à extrapoler sur d'autres modèles d'organisation, notamment sur le modèle hôpital-entreprise fondé sur l'innovation, la performance et l'intéressement. Pour un des médecins l'ambiance tendue est significative d'une crise du management. Ce conflit de pouvoir entre le médecin et l'administration confirme la difficulté exprimée et ressentie des directeurs de site à l'égard de la gestion complexe des différentes logiques avec lesquelles ils composent et pour lesquelles ils adoptent des postures d'arbitrage. Cet état de fait décrit un cloisonnement persistant malgré les positionnements transversaux des directions et des acteurs.

Du fait du nouveau positionnement des coordinations générales des soins, certains cadres bénéficient d'un directeur des soins référent de pôle. Ce qui permet par ailleurs de garder des liens avec le pôle, d'autant plus que cet accompagnement est attendu par l'encadrement.

Les craintes et peurs liées au changement exprimées par les équipes sont relatives aux changements de pratiques, d'équipe et de conditions de travail. La mobilité et la mutualisation présentent une menace omniprésente pour ces équipes qui contractualisent avec l'encadrement de proximité de nouvelles règles de fonctionnement. D'autres manifestations plus vives ont conduit à une opposition directe du cadre, puis dans un second temps à l'acceptation de l'équipe. D'une manière générale cette résistance se caractérise par une passivité sous-jacente comme en témoigne les tracts des partenaires sociaux.

Le processus d'accompagnement est identifié dans les deux structures. Il relève des compétences de la coordination générale des soins en collaboration avec la direction des

ressources humaines et de l'encadrement. La stratégie d'accompagnement est conforme au guide méthodologique proposé par la DHOS. Cependant l'écart observé avec la pratique des équipes permet de finaliser le processus par les ajustements individuels et collectifs. Au niveau individuel, l'encadrement supérieur et de proximité ont développé une pratique réflexive sur leur positionnement. Au niveau collectif, il existe une volonté partagée de réussite. Pour un des CHU le transfert des pratiques et des valeurs par les anciens favorise la construction de l'identité des nouveaux et leur sentiment d'appartenance au groupe. Le respect stricto sens us de la méthodologie proposée semble insuffisant et inachevé. Il participe involontairement à la résistance passive de la mobilité limitée à un environnement défini par les acteurs. Ce mode de contractualisation est une nouvelle contrainte pour l'encadrement et représente un frein à la mutualisation. L'aboutissement de l'accompagnement repose sur l'investissement du cadre qui est le relais de proximité et l'action collective de l'équipe. Cette mission requiert d'un management participatif et cognitif.

2.3.2. L'analyse des résultats

A ce niveau de l'étude il convient de procéder à l'analyse des éléments recueillis auprès des acteurs et de différencier les convergences, les divergences et les singularités.

? **Les convergences**

Il émane des propos recueillis auprès des différentes équipes des notions de rythmes, de durée, de vitesse hétérogène et asynchrone.

- **La complexité des temporalités**

Le mouvement qui caractérise le fonctionnement de l'organisation agit comme un changement permanent de flux constants et de transformations.

Pour N. ALTER³⁰ « *la permanence et l'inter dépendance qui constitue le mouvement brouille la temporalité des organisations* ». Ainsi les processus de transformation s'y rencontrent de manière synchrone ou asynchrone. Il existe autant de conflits de temporalités que d'apprentissages collectifs à vouloir changer, que de blocages, de clivages et de défactions. C'est une crise des conflits de temporalités entre les différents éléments en mouvement nommés par N. ALTER « *dyschronies* ». Cette dysfonction représente un simple décalage par rapport à un déroulement attendu.

³⁰ Norbert ALTER. *La sociologie du monde du travail*.p.336.

Dans le contexte de la modernisation des hôpitaux où les axes traduisent une restructuration des bâtiments et des organisations, les temps d'édification de bâtiments diffèrent des temps de travail organisationnel. En effet l'édification du bâtiment s'établit selon le processus de la démarche projet, de la stratégie d'offre de soins jusqu'à la livraison du bâtiment. L'organisation polaire considère un redimensionnement du CHU dans sa globalité et se décline au niveau du pôle. Ce processus décrit par les deux établissements procède à une centralisation puis à une décentralisation ou une déstructuration et une restructuration de l'organisation. La construction s'identifie alors comme un contenant dans lequel l'organisation polaire du CHU est à la fois le contenant et le contenu réalisé par l'ensemble des pôles. Cette définition se réfère au raisonnement systémique de la complexité définie par Edgar MORIN³¹ « *Le tout est dans la partie qui est le tout* ». En effet, le discours des acteurs décrit une multiplicité des intervenants, des logiques, des prises en charge des organisations de travail, ce qui complexifie la tâche de centralisation afin d'harmoniser pour décentraliser au niveau des pôles.

La gestion des systèmes complexes comme l'organisation hospitalière, fait appel à des méthodologies et des outils relevant de l'approche systémique. Celle-ci s'oppose à la méthodologie linéaire et analytique de la démarche projet appliquée et décrite par les équipes de direction et du directeur des soins du CHU². En effet l'organisation polaire répond à des directives ministérielles et à des guides méthodologiques selon une démarche projet. Cette méthodologie appliquée à un édifice de construction et à un fonctionnement d'hôpital, se décline jusqu'à l'organisation de l'unité de soins et à l'accompagnement des hommes. Elle sécurise par ses repères et ses étapes anticipées, fige et dicte des comportements idéaux. Par ailleurs, les temps de réalisation diffèrent. La construction est dans une durée progressive, l'organisation hospitalière est soumise aux injonctions des réformes dans un contexte d'urgence, les comportements humains s'ajustent dans des temps relativement rapides incompatibles au processus de deuil et à la reconstruction identitaire.

• Le transfert des pouvoirs

Comme nous l'ont fait remarquer les équipes de direction des deux CHU, le directeur d'établissement est un acteur incontournable dans la restructuration car il a le rôle de chef de projet. Son action est déterminante tout au long du processus et conforme aux orientations de la politique générale. Dans tous les cas, il compose avec une variété d'acteurs clés aux logiques multiples. Toutefois il doit faire face aux contradictions et aux

³¹ Edgard MORIN. *Introduction à la pensée complexe*.p.101.

paradoxes. La gestion du changement lui est attribuée. Les DH interviewés nous ont fait part de la difficulté à gérer la complexité et les incertitudes.

Selon L.LAUDE-ALIS³² pour 59 % des dirigeants hospitaliers la conduite des restructurations est préoccupante car ils investissent un rôle important et inédit « *il devient le garant d'une stabilité* » *d'une possibilité d'apaisement, des menaces. Sa personnalité est centrale, selon qu'elle lui permette ou non d'assurer le rôle de garant (un corps médical divisé, une agence régionale d'hospitalisation lointaine, et des conseils d'administration)* ». Leur problématique traduit deux niveaux d'exigence, la responsabilité d'un système de production de soins sécurisés et de qualité, dans un contexte de ressources rares, et l'obligation de résultats dans une politique de production. Les directeurs situent plus particulièrement leurs actions à deux niveaux dans la conduite de la restructuration : d'une part la gestion du processus politique et d'autre part la gestion du processus temporel. Il s'agit d'établir un compromis acceptable par tous qui pose la question de leur légitimité.

Pour la coordination générale des soins, le transfert des pouvoirs s'opère en terme de transfert des charges comme l'a évoqué un directeur des soins du CHU1. En effet, la transversalité repositionne la coordination des soins dans les missions relevant de son cadre réglementaire. Les missions communes avec la direction des ressources humaines répondent à des procédures d'organisation.

- **L'intensité du travail**

Ces logiques de rationalisation dans un environnement concurrentiel impliquent un mouvement permanent de réorganisation afin d'augmenter l'efficience. Ils conduisent sur le plan social à des dyschronies, qui ne sont pas sans conséquences sur le travail humain.

Pour M. GEORGES³³ le secteur de l'industrie qui a développé de nouveaux modes de production tels que la gestion à flux tendu, l'externalisation des services, la mobilité exacerbée pour optimiser la productivité engendrent une intensification du travail. Celle-ci a des conséquences sur les conditions de travail, d'affections particulières qui contribuent à une certaine précarité du travail. Les entretiens menés au sein des deux CHU montrent un certain accroissement des tâches pendant les projets de restructuration. Elle se traduit d'une part par une augmentation quotidienne du travail en terme d'exigence de qualité, de traçabilité et d'efficience. Celle-ci requiert des adaptations immédiates aux nouveaux

³² Damien et Alain-Pierre CONTANDRIOPoulos. *L'hôpital en restructuration*.p.91.

³³ Manahem GEORGES. *Intensification du travail et inégalités de santé*.p.3.

outils informatiques, aux procédures et aux nouvelles exigences juridiques envers les patients.

La restructuration ou « le travail oublié » de M. RAVEYRE et UGHUETTO³⁴s'additionne au quotidien déjà décrit. Il fait preuve d'un très grand investissement ou d'un challenge que les équipes gestionnaires et opérationnelles de pôle ont identifié et dont l'enjeu collectif est subjectif et omniprésent. La littérature analyse l'impact des restructurations sur les trajectoires et les identités professionnelles « *comme un coût social caché* ». Il est vrai que ces coûts peu abordés traduisent de véritables traumatismes des sentiments d'injustice et d'insécurité qui peuvent affecter l'engagement dans le travail. Sur l'aspect concret de l'activité au travail, les restructurations s'accompagnent de reconfiguration des collectifs de travail, de changement organisationnel, de transformation des pratiques.

Pour M. RAVEYRE³⁵ « *le travail est le point aveugle du management et des restructurations* ». Pour l'étude du management social des restructurations, elle décrit les modèles du marché et de la responsabilité sociale, le premier correspond à une gestion à court terme opportuniste de l'emploi, le second à plus long terme renvoie à un investissement du facteur humain. Dans le management de la restructuration le premier modèle est réducteur avec une succession de dégraissage et d'embauche en fonction du marché de travail et procède aux ajustements nécessaires. Le second tend à gérer de façon anticipée des équilibrages internes soutenant la mobilité en son sein et la mise en œuvre de dispositifs d'accompagnement. Ces derniers gèrent les départs à la retraite en amont afin de limiter les plans sociaux et les tensions sociales. Les propos rapportés des entretiens font état d'un management hybride se situant à la croisée des deux modèles précités. Le retour à l'équilibre et la mise en place des effectifs cibles renvoie au modèle économique alors que les diverses stratégies d'accompagnement s'apparentent au modèle social. En effet, bien qu'ils soient institutionnalisés et normés par des guides officiels, les accompagnements sont dépendants de leurs contextes, des stratégies, des climats sociaux et des managers.

- **Les zones d'autonomie et les phénomènes de résistance**

Faire évoluer une organisation modifie parfois considérablement la situation des acteurs. Le changement exige plus d'efforts de leur part et entraîne des modifications de

³⁴ Marie RAVEYRE. *Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission.* Revue de l'IRES n° 47.p.96.

³⁵ Ibid.p.97.

l'ambiance et des relations, de la hiérarchie. La résistance au changement est caractérisée par des sentiments de méfiance, de crainte, d'insécurité qui sont à l'origine de déperditions d'énergie et de traumatismes parfois considérables. Elle a des manifestations ou des comportements passifs et attentistes ou plus violents, individuels ou collectifs, sous forme d'absentéisme, de mobilités de postes, de pétitions, ou de conflits sociaux. Pour M. KETS DE VRIES et D. MILLER³⁶ le processus de résistance au changement se décrit selon quatre étapes : le choc, l'incrédulité, le rejet et la prise de conscience. Ce caractère imprévisible peut modifier la trajectoire d'un processus ou mobiliser de nombreuses énergies pour son aboutissement.

Pour combattre le phénomène de résistance, il importe de l'intégrer dans le processus de changement et d'analyser les jeux de pouvoir existants et le bénéfice qu'ils représentent pour chaque acteur. Pour M.CROZIER et E.FRIEDBERG « *l'élément décisif du comportement individuel réside dans le jeu de pouvoir et d'influence auquel l'individu participe, et à travers lequel il affirme son existence sociale, malgré les contraintes qui pèsent sur lui* »³⁷. C'est inconsciemment et légitimement que les individus vont faire obstacle à tout ce qui menace leur autonomie. Ils tentent d'orienter le changement de façon à pouvoir maintenir et renforcer la zone d'incertitude qu'ils contrôlent. Comme le changement est souvent présenté comme une rationalisation qui permet de réduire les zones d'incertitudes, l'opposition au changement peut devenir profonde.

- **Identité et changement une question de culture**

Pour C. DUBAR³⁸, la construction des identités réside dans « *la compréhension interne des représentations cognitives et affectives, perceptibles et opérationnelles, stratégiques et identitaires* ». Ces représentations interagissent avec les représentations individuelles des acteurs et constituent des activités « *mimétiques* » qui définissent les identités comme des « *dynamiques pratiques* ». Celles-ci se traduisent pour l'individu par le passage du statique au mouvement. Cette dimension professionnelle de l'identité revêt une importance particulière qui la conditionne, dans le contexte actuel où les métiers connaissent de multiples évolutions. C'est le cas du CSS du CHU1 dont la mission de gestion étendue au pôle a implicitement redimensionné les fonctions collatérales du DS et du CS. Au sein même du pôle la collaboration avec de nouveaux métiers tels que

³⁶ Karine EVRARD SAMUEL. *Stratégie de l'entreprise*.p.164

³⁷ Michel CROZIER, Erhard FRIEDRICH. *L'acteur et le système*.p.230

³⁸ Claude DUBAR. *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles*.p.104.

l'assistant de gestion et le médecin responsable de pôle déterminent d'autres modes de relations, de représentations et d'autres identités.

Les clivages entre les comportements attendus dans la démarche et la réalité impliquent des managements différents. Les temporalités de management organisationnel et humain sont soumises aux incertitudes ce qui conduit à introduire la notion d'incertitude dans le management. Les managements eux-mêmes le directif, le participatif et le management de projet cohabitent dans des espaces temporo-spaciaux différents.

Le processus d'accompagnement décrit est en partie institutionnalisé et formalisé avec des leviers tels que la formation et les vecteurs de la communication, les informations, les réunions plénières. Les temps consacrés au repositionnement des équipes par la déstructuration identitaire liée au service et sa reconstruction liée au pôle intègrent le processus de chacun impactant sur les valeurs, l'appartenance et l'histoire personnelle. C'est une des raisons pour lesquelles le CHU2 a entrepris une étude anthropologique de la structure mais insuffisamment exploitée à l'heure actuelle.

Le management par l'évaluation selon GIDDENS³⁹ introduit la notion de « réflexivité » et du savoir social sur « *des sujets dont le comportement varie en fonction de connaissances qu'ils ont de la situation* ». Si l'on considère l'évaluation comme un outil de management de projet, chacun à son niveau, participe ainsi à une sorte de production de connaissances qui va contribuer à une forme de réflexivité. La connaissance que l'on a de l'hôpital devient ensuite un facteur agissant sur l'hôpital lui-même, c'est dans cette mesure que tout sujet social devient compétent, qu'il soit soignant ou patient. Cette démarche réflexive s'applique dans les domaines cognitifs et de l'évaluation des pratiques professionnelles. L'instigateur de la réflexion se doit de savoir quelles sont les images qu'il offre et qui vont modifier les représentations. La réflexivité selon GIDDENS permet à l'organisme d'apprendre et de pouvoir s'adapter à son environnement et ainsi de rapprocher la connaissance de l'action : restituer une situation, l'analyser pour progresser.

? Les divergences

• L'apprentissage de la transversalité

La phase de décentralisation de gestion n'est pas aboutie à ce jour, les directions fonctionnelles de site persistent. La coordination générale des soins est positionnée en transversalité sur les deux établissements. Les divergences observables concernent les profils de postes des DS et le cas particulier sur le CHU2 où coordonnateur général des

³⁹Chantal MORNÉT. *Evaluation de la satisfaction et management de projet*. p 196.

soins assure une mission de référent de pôle. En effet certains directeurs de soins sont missionnés pour l'accompagnement de la mise en place des pôles en qualité de directeur référent de pôle. Comme l'a souligné le directeur des soins du CHU1, l'objectif est d'accompagner le CSS, le CS et les équipes dans le transfert des charges jusqu'à l'autonomie du pôle. Cette mission questionne sur un nouveau positionnement du directeur des soins. Néanmoins, comme le fait observer le directeur de soins du CHU2, la filière médico-technique qui de part son cœur de métier est en transversalité, a moins d'interrogation sur le positionnement transversal. La transversalité offre des perspectives globales et partagées. Elle permet une lecture critique sur les pratiques collectives par l'analyse des circuits et des processus dont l'objectif est de l'amélioration de la qualité. Ainsi le positionnement transversal des directeurs de soins les renvoie à leur cœur de métier par l'amélioration et la qualité de l'organisation des soins, comme l'indique le décret n° 2002-00-550 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction hospitalière à l'article 4 alinéa 6 « *il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques* ». La réforme de la gouvernance hospitalière, implique le directeur des soins dans le processus décisionnel de l'équipe de direction à travers ses missions d'expertise, de qualité et de veille.

- **Un challenge pour entraîner les équipes**

Au niveau de l'équipe gestionnaire des responsables de pôle représentent la mission comme un challenge pour l'ensemble de l'équipe. Cependant, malgré des attitudes « revendicatives » à l'égard de la délégation de gestion qui se fait attendre, le positionnement des médecins responsables de pôles diffère sur la représentation de leur mission. L'un d'eux est partisan du service public avec des valeurs éthiques, d'équité et de collectif d'équipe, l'autre pro libéral.

Dans le cadre des représentations de la fonction il faut souligner des cheminement différents pour les cadres et cadres supérieurs de santé afin de redéfinir leurs nouveaux rôles et positionnement. Pour certains la recherche identitaire est plus complexe car elle nécessite un cheminement personnel et professionnel propre, pour d'autres habitués à travailler en fédération l'évolution est plus rapide.

- **La relation « gagnant-gagnant »**

Dans l'équipe opérationnelle le positionnement du cadre est déterminant en qualité d'articulation avec la direction et les médecins et d'accompagnement des équipes. Les résultats des entretiens témoignent d'une variabilité de management. Ils soulignent le rôle de leadership fort et le rôle pédagogique qui influent sur le comportement des équipes dans un cadre contractuel « gagnant-gagnant ». Dans un cadre participatif le processus

aboutit et dans un cadre plus directif, la notion de chantage s'instaure ce qui freine la démarche de restructuration.

On remarque dans le CHU2, l'accompagnement effectué par l'équipe ancienne qui transmet les valeurs et les pratiques pour une adhésion plus intense au groupe et à la réussite de projet.

? **La singularité de la démarche anthropologique**

La singularité observée au sein du CHU2, est une approche culturelle de l'entreprise. Cette démarche anthropologique débutante du CHU maintient les liens avec l'histoire et participe à l'évolution identitaire des professionnels. A ce jour, le projet en phase probatoire ne permet pas une évaluation tangible.

2.3.3. La synthèse des résultats

La démarche compréhensive de l'étude de l'accompagnement des équipes lors des restructurations hospitalières nous a permis d'établir des liens entre le changement introduit par les restructurations et les représentations professionnelles identitaires. Ils nous confortent dans le fait que la résistance au changement est une variable dépendante en lien avec le management de l'encadrement qui doit être prise en compte dans la stratégie managériale du directeur des soins. Effectivement, il réside beaucoup d'inquiétudes, de craintes et de peurs vis-à-vis de ce phénomène qui déstabilise la construction identitaire collective et qui l'amène à se reconstruire autour de nouvelles normes et valeurs organisationnelles établies sur un recentrage des pratiques professionnelles.

La mutualisation des équipes est un frein important au processus de restructuration car les valeurs identitaires professionnelles sont fondées sur une culture de service et non une culture d'établissement. De ce fait toute mobilité est traduite auprès du personnel par une absence de reconnaissance et une rupture sociale, ce qui explique les contractualisations tacites de mutualisations limitées.

La stratégie d'accompagnement institutionnalisée se déroule selon un processus qui implique la collaboration de la direction des ressources humaines et de la coordination générale des soins (pratiques professionnelles identités). Son ajustement permet sa finalisation et son aboutissement. La résistance est variable selon l'enjeu des acteurs. Cependant dans les cas qui ne présentent pas de résistance franchement exprimée, il n'est pas possible de la sous estimer ou de la sous évaluer.

Ainsi le rôle du directeur de soins dans ce processus d'accompagnement ajusté en permanence est de formaliser, puis de finaliser cet ajustement par des stratégies

d'accompagnement. Les propositions de stratégies formulées s'articulent à différents niveaux : stratégique, managérial et opérationnel.

3. LES PRECONISATIONS ET LES PERSPECTIVES

Les enseignements de ce travail nous conduisent à proposer des préconisations élaborées à partir des attentes des professionnels et émanant du niveau de responsabilité des directeurs de soins. Ils impliquent la gestion des compétences et l'organisation des apprentissages d'un point de vue managérial et opérationnel.

3.1. Au niveau stratégique : une politique de gestion des compétences et de la mobilité

Si la « *stratégie est l'art de coordonner des actions et de manœuvrer pour atteindre un but* »⁴⁰, le contexte de changement constraint l'hôpital et le directeur des soins à comprendre comment ils peuvent évoluer en s'adaptant aux changements et en devenant acteurs de leurs propres transformations. Dans le cadre de la restructuration le rôle du directeur de soins est une force de proposition concernant les ressources et les compétences dont l'établissement dispose et dont il a besoin. Il collabore avec le directeur des ressources humaines dans l'installation et la mise en œuvre du dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Cette vision anticipatrice et stratégique dont l'objectif est de réduire les écarts entre salariés implique une conception commune, une définition des rôles respectifs et le maintien d'une transparence. Cette mission associe l'encadrement et la personne concernée.

3.1.1. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au service du changement

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences au service du changement : « *consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politique et de plans d'actions cohérents :*

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et ressources humaines de l'établissement tant en terme d'effectif que de compétences ;
- en fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifié ;
- et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle⁴¹ ».

⁴⁰ LAROUSSE. *Dictionnaire 2005*.p.776.

⁴¹ Odile DERENNE, André LUCAS. *Le développement des ressources humaines*.p.15.

Ce dispositif prévisionnel offre une vision de l'organisation autour du « Répertoire des Métiers ». Le métier se définit comme un ensemble de situations de travail, composées de tâches et de compétences, permet une approche professionnelle centrée sur les activités.

Les enjeux sont multiples et de primes abords opérationnels car ils visent avant tout la mobilité et l'adaptabilité des ressources. Dans le cadre d'une restructuration et d'une organisation polaire le dispositif accompagne le projet social. Ils impliquent une stratégie commune sur l'anticipation, les évolutions, les besoins, les projections et la veille professionnelle. Cette analyse qualitative et quantitative a pour objectifs de réduire les différentiels constatés de prévoir des ressources humaines (mobilité, redéploiement, recrutement, formation).

Cette démarche prospective implique la participation des professionnels de santé médicaux, paramédicaux et des partenaires sociaux afin de convenir d'une projection et d'une mise en perspective à moyen et long terme de l'adéquation des besoins.

Sa finalité renvoie à un investissement dans le facteur humain en mettant l'accent sur la qualification du personnel, et une volonté d'assurer une certaine stabilité sociale par l'adaptation à l'emploi. L'intérêt est de miser sur les équilibrages et la mobilité des professionnels et les dispositifs d'accompagnement afin de limiter les tensions sociales. Dans ce cadre la restructuration s'opère à moyens constants.

La méthodologie mobilise un certain nombre d'outils d'aide à la décision qui identifie les ressources disponibles et leurs évolutions qui s'articulent à diverses étapes. Ces étapes nécessitent la connaissance de l'existant afin d'élaborer des tableaux de bord prospectifs (sur la situation des effectifs, l'absentéisme, la structure des emplois et des qualifications, les impacts sur la structure, les flux, la démographie) qui donnent une connaissance de la situation dans chaque pôle d'activité et dans chaque qualification. Dans le cadre de la délégation de gestion, ces outils de décision et de management, indispensables au triumvirat, sont partagés entre la direction des ressources humaines, la direction générale des soins & le triumvirat. Dans la configuration où un cadre supérieur, en mission transversale, assiste la coordination générale des soins, ces outils lui sont également partagés.

3.1.2. L'analyse sociologique des organisations : une force de proposition

L'analyse sociologique des organisations de travail s'appuie sur la dimension organisée du monde économique et social. Les organisations possèdent des caractéristiques de complexité et de rationalité des systèmes et sont en lien avec l'évolution globale de la société. Leurs places et leurs rôles sont associés à des processus de croissance, d'évolution des structures et à la complexité de leur management. De ce contexte de croissance et de mutation résulte des phénomènes qui régissent les activités et les modes de relations des acteurs⁴².

Elle s'articule sur deux modes de raisonnement : le raisonnement systémique et le raisonnement stratégique. Le raisonnement systémique analyse le contexte et la dimension contingente et arbitraire de la situation. Le raisonnement stratégique explique les jeux et les stratégies d'acteurs. Il apporte un éclairage sur leurs systèmes de contraintes et de rationalités auxquels ils répondent, en vue de satisfaire leurs propres besoins, par la création d'espaces d'autonomie ou de zones d'incertitude⁴³.

Dans le cadre de la fonction de directeur des soins, l'analyse sociologique d'une situation de travail vécue relève de la réflexivité ou de la mise à distance d'une situation à un moment précis. Cette pratique réflexive permet un éclairage sur les jeux d'acteurs, leurs modes de relations et les stratégies employées dans le contexte de l'action.

D'un point de vue décisionnel et managérial, elle argumente la congruence des choix dans la gestion de la situation. D'un point de vue institutionnel, elle impacte sur les déterminants de la politique de l'établissement dans les choix stratégiques, notamment dans la mouvance actuelle de fusions, de restructurations et de groupements sanitaires.

Elle a pour vocation de développer notre discernement, de dégager un diagnostic et d'enclencher un processus de changement. Elle enrichit l'analyse des processus d'une observation empirique des acteurs et fonde son constat sur un recueil d'attributions, de perceptions, d'actions et de finalité de stratégies d'acteurs. Le diagnostic énoncé fournit les éléments déterminants à la prise de décision et à l'élaboration d'une politique d'accompagnement des équipes.

Dans le cadre de notre application du changement, elle permet d'identifier les enjeux, les marges d'autonomie, de décrire les stratégies et les jeux de pouvoirs au sein de

⁴² Erhard FRIEDRICH. *L'analyse sociologique des organisations*.p.29.

⁴³ Françoise GONNET, Sylvie LUCAS. *L'hôpital en question*.p.16.

l'établissement. Cette démarche heuristique fondée sur la résolution de problème, participe à la prise de conscience des protagonistes, et permet aux dirigeants d'élaborer une stratégie « gagnant-gagnant ». Ce levier de changement interpelle sur les causes de résistance et de non-coopération. Il indique souvent un clivage ou un cloisonnement des différents modes d'exercice professionnel. Cependant ses limites résident dans le fait que son utilisation ne relève pas du quotidien mais d'une étude méthodique et rigoureuse qui sollicite la neutralité et l'objectivité de l'observateur. Elle ne représente pas une fin en soi mais un apport complémentaire par son angle d'approche qui prend en compte la dimension du changement à entreprendre et ses conséquences sur l'ensemble de l'organisation et des acteurs.

Cet outil de diagnostic, d'anticipation permet le pilotage de projets et évalue l'urgence et la pertinence des changements à entreprendre en faveur du diagnostic communiqué. Le changement est parfois un long processus, l'analyse sociologique a au moins le mérite de l'amorcer et d'offrir aux acteurs de nouvelles perspectives.

Comme l'a décrit MINTZBERG⁴⁴, l'hôpital est une bureaucratie professionnelle en passation de devenir une organisation matricielle ou une organisation de services avec un partage et un transfert des missions des dirigeants vers les médecins. Il coexiste une logique de service public et une logique d'entreprise. Les enjeux sont multiples, tels que la démarche de certification, le contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH, la place prépondérante du patient, le travail en réseau, la mise en place de réformes qui reconfigurent le paysage sanitaire et restructurent les établissements. Dans le cadre des restructurations hospitalières, l'analyse sociologique des organisations est un outil de proposition dans une perspective managériale. Appliquée à la gestion des ressources humaines, elle permet de déterminer les stratégies d'embauche, de rétablir les équilibres, d'utiliser au mieux le service de suppléance et d'affiner la gestion de l'absentéisme et de la mobilité. Dans ce cas, elle est un des leviers de la politique de gestion du vieillissement des professionnels via la formation continue et la requalification. L'hôpital qui est observé comme une entreprise, de par ses particularités, montre qu'il ne peut pas être analyser comme une autre organisation.

⁴⁴ François STEUDLER. *Que faire de l'hôpital ?* .p.59.

3.1.3. Manager le changement : les entreprises apprenantes⁴⁵

Le rôle pédagogique d'un directeur des soins s'inscrit dans le management. Il pilote, dynamise les cadres infirmiers afin qu'ils trouvent un soutien et un appui dans l'amélioration du fonctionnement et des soins. Les profonds changements des modes de fonctionnement et d'organisation engendrent une grande mouvance d'incertitudes. La dynamique induite est irréversible. Les établissements trouvent d'autres modes d'organisation qui correspondent à l'environnement actuel. Ces nouveaux modes d'organisation et nouvelles méthodes de management permettent d'impliquer et de responsabiliser au maximum les acteurs hospitaliers qui sont soumis aux pressions du travail quotidien.

Le directeur des soins doit mettre en place des techniques de management et d'animation auprès des cadres qui sont les interlocuteurs directs et dont la fonction se situe au carrefour des différentes logiques. Il lui appartient également de favoriser l'émergence de valeurs communes ou de modes de régulation adaptés aux demandes de ses collaborateurs. L'élaboration et la conduite d'un projet de soins s'inscrivent dans cette démarche.

Son rôle est de conduire le personnel soignant et notamment les cadres vers ces évolutions. Le facteur humain et les relations humaines jouent un rôle primordial dans le management. Il s'agit de découvrir et de développer ses capacités dans chacun et d'assumer ses responsabilités. L'organisation polaire a aboli les lignes hiérarchiques au profit de l'accompagnement et de l'animation. Néanmoins l'application pratique de tels principes de management intègre la composante pédagogique, le directeur des soins favorise l'acquisition de ces savoirs. « *L'action pédagogique proprement dite est celle qui exerce l'influence la plus profonde et la plus durable sur la personnalité culturelle des individus parce qu'elle transmet au travers d'un capital d'informations les principes agissants d'une formation* »⁴⁶. L'organisation peut être un moyen de favoriser les compétences du personnel soignant dans la conduite de projets. Elle requiert la volonté de s'impliquer et d'utiliser au mieux toutes les possibilités, la confiance étant une manière de travailler ensemble. Il s'agit d'impliquer les cadres dans la conduite de leur propre projet, de développer leurs capacités à prendre des décisions, faire des choix, proposer des solutions.

⁴⁵ Jeanne MALLET. *L'entreprise apprenante, de l'organisation formatrice à l'organisation apprenante en passant par la théorie de la complexité*.p.6.

⁴⁶ Edgard MORIN. *Science avec conscience*. Fayard 1987 p 218

Le principe de subsidiarité, fondement de la nouvelle gouvernance, plus dynamique, évoque la notion de reconnaissance de la compétence « *si le principe de délégation prête du pouvoir, le principe de subsidiarité en donne* »⁴⁷.

Les principes de base sont fondés sur le respect de l'autre et de ses probables ressources. L'action pédagogique qui favorise l'envie d'apprendre et de mieux faire, exige l'écoute et la disponibilité. L'élaboration et la conduite du projet de soins qui relèvent des missions du directeur des soins n'est possible qu'à travers la démarche pédagogique qu'elle sous tend.

Le projet de soins n'a de sens que s'il présente un fil conducteur pour l'ensemble des soignants et qu'il favorise la démarche de changement. L'implication des soignants, des partenaires médicaux et paramédicaux dans un projet commun est possible à travers le relais de l'encadrement. Le pilotage et l'animation de l'équipe peuvent avoir des effets dynamisants et mobilisateurs sur les cadres concernés et les amener à progresser en changeant de comportement. La commission du service infirmier de rééducation et médico-technique (CSRIMT) peut initialiser la démarche cognitive. En effet, elle a un rôle de maître d'œuvre, de pilotage, d'information, de suivi du projet et du maintien de la cohérence d'ensemble. A cet effet, l'encadrement supérieur a une implication dans le pilotage opérationnel relayé par l'encadrement de proximité dans un rôle d'animation et de coordination des acteurs. Le corps médical assure la coordination de la pertinence des productions.

3.2. Au niveau managérial : le leadership

Les phénomènes de résistance au changement remettent en question la capacité du dirigeant à mettre en œuvre une stratégie qui bouleverse les habitudes et comportements. Il importe d'identifier le phénomène et les raisons qui expliquent le comportement, c'est-à-dire à saisir les enjeux sous jacents. Le changement s'identifie à une crise ou une rupture dans lequel la persuasion, la conviction et la coercition sont les leviers du manager qui doit convaincre de la recevabilité du nouveau modèle organisationnel légitimé.

Dans un premier temps, la mise en œuvre d'un programme de communication par le responsable de pôle explique les raisons du changement et permet les échanges interpersonnels pour réduire les incertitudes des acteurs.

⁴⁷ VALLET Guy. *La responsabilité et missions du directeur de soins*.p.2.

Dans un second temps, les acteurs sont impliqués dans la planification du changement et sa mise en œuvre. Cette conception implique l'engagement de chacun dans la réussite du processus de changement et des apprentissages.

Ce processus itératif emprunte les dimensions verticales et transversales de l'organisation. Ainsi pour J. P. KOTTER, le modèle de conduite de changement propose une démarche en huit étapes.

La conduite du changement de J. P. KOTTER appliquée à l'organisation polaire

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

Ce processus dynamique de changement permet aux acteurs de comprendre leur environnement et de se projeter dans l'avenir au lieu de résister sur le passé. Le rôle du directeur des soins et de l'encadrement est déterminant car il impulse des actions d'amélioration.

Pour mettre en œuvre cette dynamique, la notion de leader est essentielle. Pour N. TICH et M. A. DEVANA⁴⁸ les leaders se définissent comme des hommes de changement capables d'entraîner un groupe en capacité d'assumer des responsabilités et qui véhicule des valeurs partagées. Ils sont visionnaires avec la faculté de projection et savent résister à la pression du groupe.

Cette vision du manager capable de modifier le fonctionnement d'un groupe s'observe chez les personnes dont les compétences s'expriment en termes de relation, de vision et de capacité de mobilisation. Cette caractéristique charismatique du management est majeure chez le leader.

Lors de nos entretiens certains modes de management et d'accompagnement des équipes renvoient à certaines compétences attendues du leader. Il importe pour le directeur des soins de formaliser la stratégie développée, d'évaluer auprès des cadres collaborateurs leurs capacités de leadership, de conforter leur positionnement auprès des équipes, par les leviers de formation et les vecteurs de communication.

3.3. Au niveau opérationnel : la recherche-action

Le champ de la santé au travail est investi par de multiples personnes qui peuvent être selon leur positionnement des ressources, des partenaires, des adversaires. L'ensemble de cette démarche pluridisciplinaire qui inclut les partenaires sociaux peut ainsi se définir comme un parcours réfléchi prospectif favorable aux professionnels. Elle répond à l'aspiration des personnels.

La recherche - action⁴⁹ vise à résoudre un problème concret et positionne les personnels dans une posture d'apprentissage, où ils sont amenés à proposer des solutions et à en discuter. Les échanges et points de vue constituent une trame d'apprentissage qui est vécue comme une construction collective. Ainsi engagée dans une action, les militants deviennent acteurs de leur formation.

Dans les restructurations la part que les équipes consacrent au projet (« *le travail oublié* ») et à l'intensification du travail lié au changement de prises en charge, interpellent sur les conditions de travail des professionnels de proximité.

⁴⁸ Karine EVRARD SAMUEL. *Stratégie de l'entreprise*.p.170.

⁴⁹ L.THERY. *Le travail intenable, la découverte*.p.211.

Il importe de connaître le travail prescrit (ce que l'on demande) mais de connaître également le travail réel (les efforts fournis pour sa réalisation) indispensables pour mettre en œuvre les bons leviers. Les injonctions contradictoires et paradoxales, les consignes inadaptées, les résistances au changement, deviennent des paradoxes lorsque le changement qui vise à l'amélioration des conditions de travail plonge les professionnels dans des situations complexifiées.

Il convient d'évaluer des charges mentales importantes pour l'autonomie nécessaire aux individus dans leur travail mais aussi leur permettre d'être créatifs et d'utiliser leurs potentialités personnelles.

La construction du diagnostic qui s'articule sur la description du travail croisée avec les données de la gestion des ressources humaines (l'absentéisme, les accidents du travail, les maladies professionnelles, le turn-over, la pyramide des âges) permet de déterminer ce qu'il y a lieu d'observer et sur quoi doit porter l'action. C'est dans le dialogue que vont se déconstruire et se reconstruire les représentations. Cela permet d'avoir un autre regard sur le travail et d'avoir une compréhension objective pour entreprendre une action collective.

Le travail d'apprentissage trouve sens dans ce projet dont les participants souhaitent et organisent l'apprentissage. Les acquisitions de savoirs sont organisées dans une interaction constante entre la négociation d'objectifs et l'élaboration d'outils. La mise en évidence d'objectifs pratiques marque la différence avec les formations conventionnelles. L'importance est donnée à l'appropriation de connaissances, de savoir - faire et du lieu d'exercice. L'enjeu de la formation – action est d'accroître la capacité de chacun à analyser, à résoudre, à formaliser des compétences et à les transformer en savoirs communicables. Pour le directeur des soins, la recherche - action peut s'inscrire dans le cadre de la CSIRMT. En effet, après un état des lieux sur les problématiques émergentes liées au travail des professionnels, il importe d'instaurer des groupes de travail pluridisciplinaires en collaboration avec la direction des ressources humaines et les partenaires sociaux. L'intérêt de cette approche est de valoriser l'implication des partenaires sociaux, le dialogue avec les professionnels et de créer un collectif de travail qui permette une évolution des pratiques professionnelles.

Conclusion

Aujourd'hui l'hôpital est confronté à de multiples injonctions et contraintes qui l'obligent à reconfigurer l'offre de soins dans un territoire de santé. L'évolution des technologies médicales influe sur l'organisation de l'offre de santé et les modalités de prise en charge des patients. Les professionnels de santé sont confrontés en permanence à des ajustements de leurs pratiques, de leurs représentations et de leurs comportements attendus et légitimes. Cette superposition de changements sollicite en permanence leur adaptabilité et leur mobilité. Ces phénomènes se traduisent par une intensification du travail prescrit et réel qui génère un climat social fragile. Les restructurations hospitalières redimensionnent les rôles, les places, les enjeux des différents protagonistes. L'organisation polaire dont la nouvelle entité, le pôle, met en place de nouveaux gestionnaires, responsables de pôle. Ce transfert de pouvoir limité introduit la délégation de gestion et la contractualisation.

Dans ce contexte les établissements se proposent d'élaborer des stratégies qui accompagnent les transformations de l'hôpital. Le directeur des soins en collaboration avec les directions fonctionnelles propose une stratégie d'accompagnement des équipes. Cette stratégie en lien avec le projet d'établissement, le projet de soins et le projet social dont l'enjeu est le management des équipes doit prendre en compte la sociologie de l'organisation.

L'étude auprès des deux CHU confirme que les restructurations structurelles et organisationnelles qui engendrent les modifications dans l'organisation du travail, dans la constitution des équipes et dans les pratiques professionnelles génèrent de nombreuses inquiétudes et déstabilisent les équipes. Celles-ci sont amenées à reconfigurer leur mode de représentations, leurs valeurs professionnelles et identitaires et à se projeter dans la nouvelle organisation polaire. Cette organisation qui se doit d'adapter ses moyens et ses ressources à son activité introduit la mobilité des équipes dans les nouvelles règles de fonctionnement. La mutualisation n'est pas intégrée dans les apprentissages et représente un frein plus ou moins exprimé dans le processus de restructuration.

Dans leurs stratégies d'accompagnement le directeur des soins et le directeur des ressources humaines axent leurs managements sur des dispositifs de redéploiement des ressources de communication et d'information. Le changement conduit à la déstructuration puis à la restructuration et impose une prise en compte de la dimension culturelle et identitaire des acteurs.

La contribution stratégique du directeur des soins s'observe à plusieurs niveaux dans sa responsabilité de la qualité de la prise en charge des patients et dans l'organisation des soins, ce qui lui confère une expertise dans sa participation au processus décisionnel du projet. De plus ses missions de soutien et d'appui auprès des équipes en terme de méthodologie et de management lui permettent d'analyser avec les cadres supérieurs de santé et les cadres le projet d'accompagnement. L'intégration du changement dans la pratique quotidienne des équipes qui permet aux acteurs de retrouver une certaine stabilité dans le nouvel environnement engage des dispositifs et des actions complémentaires.

Les propositions d'évolution et d'intégration du changement intègrent l'aspect sociologique, social et managérial de la restructuration. Les stratégies d'accompagnement proposées s'inscrivent dans la lignée du projet d'établissement et du projet de soins dans lesquelles la communication est d'une importance capitale. Elles relèvent d'un travail de collaboration et de partenariat avec la direction de ressources humaines, l'équipe gestionnaire de pôle et l'encadrement, les acteurs et les partenaires sociaux. Dans le cadre du plan hôpital 2012 qui assure la continuité des restructurations entreprises, l'élargissement du sujet à la collaboration public - privé pourrait faire l'objet de nouveaux questionnements qui soulèvent d'autres confrontations culturelles et identitaires.

Bibliographie

- ? ALTER N. *Sociologie du monde du travail*. Vendôme : Editions Presses Universitaires de France, 2006, 356p.
- ? AMOUROUS C. *Que faire de l'hôpital ?* Condé-sur-Noireau : Edition l'harmattan, 2004, 369p.
- ? BERNOUX P. *La sociologie des organisations. initiation théorique suivie de 12 cas pratiques*. cinquième édition revue et corrigée. Paris : Edition du seuil, 1985, 382 p.
- ? CLAVERANNE.J-P, PASCAL.C, *Représenter les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*. Paris : Ed.Médica, 2004, 262p.
- ? CONTANDRIOPoulos D, CONTANDRIOPoulos A-P, DENIS J-L, VALETTE A. *L'hôpital en restructuration, regards croisés sur la France et le Quebec*. Montréal : Presses de l'université de Montréal, Boucherville, 2006, 300p.
- ? CONTANDRIOPoulos A-P, Y SOUBEYRAND. *L'hôpital stratège*. Paris : John Libbey eurotext, 1996, 317 pages.
- ? CROZIER M., FRIEDBERG E, *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977. 500 p. (169)
- ? CROZIER M, Le phénomène bureaucratique. Paris, Editions le seuil, 1963,382 p.
- ? DENIS J-L. *Histoire et bilan d'une innovation*: les agences régionales d'hospitalisation, 2001, p
- ? DERENNE.O, LUCAS.A, *Le développement des ressources humaines*. volume 2. Dijon-Quétigny : Editions ENSP, 2005, 445p.
- ? DUBAR C. La crise des identités. Vendôme : PUF, Vendôme 2003, 239p.
- ? EVRARD SAMUEL.K, *Stratégie de l'entreprise*. Grenoble : Editions Presses Universitaires de Grenoble, 2006, 256p.
- ? FRIEDBERG E. *L'analyse sociologique des organisations*. Paris, Editions L'Harmattan, 1988. 126 p.
- ? GONNET F. LUCAS S., *L'hôpital en question, la gestion des ressources humaines*, Sagim-Canale à Country : Editions LAMARRE, 2003, 272 p.
- ? HELFER J-P, KALIKA M, ORSONI J, *Management stratégie et organisation*. Mercuès : Edition Vuibert 6ème édition, 2006, 482p.
- ? LAROUSSE. Dictionnaire étymologique de la langue française, 988 p.
- ? LAROUSS. *Dictionnaire 2005*. Marchecourt, 2004, 776 p.
- ? MORIN E, *Introduction à la pensée complexe*, éditions ESFLorai, 1994, 158 p.
- ? Edgard MORIN. *Science avec conscience*. Editions : Fayard, 1987. 218.p.
- ? NOEL.A, *Perspectives et management stratégique*, tome I:1992 /1993. France : Editions Economica, 1992, 431p.

- ? SAINSAULIEU R., *L'identité professionnelle*. Mayenne : Editions Presse de science Po, 1996, 476 p.
- ? THERY.L, *Le travail intenable*. Mesnil-sur-l'estrée : Editions la découverte, 2006, 237p. (211)

Rapports

- ? Avis et rapports du Conseil Economique et Social, EDOUARD.F, *Conséquences sur l'emploi et le travail des stratégies d'externalisation d'activités*, Editions des Journaux Officiels, 2005, 95p.
- ? Rapport de recherche réalisé pour la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE) - L.E.S.T.-CNRS-UMR 6123, Université de Provence et Université de la Méditerranée, MOSSE.P, GERVASONI.N, KERLAU.M, *Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies*. Aix en Provence, 1999, 84p.

Revues

- ? DREES, Etudes et Résultats n° 546. *L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle*. décembre 2006.8 pages.
- ? DUMONTAUX N, LE RHUN B. *Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005*. DRESS, Etudes et Résultats, n°576, juin 2007.p4.
- ? DUMOND J-P, LEGENDRE MC, VILLERET S. *Les professionnels à l'épreuve des fusions d'établissements et de services hospitaliers*. Revue sciences sociales et santé, vol. 24, n°4 décembre 2006, 97-125 pages.
- ? FERONI I. *Evolutions institutionnelles de l'activité : le contexte des restructurations hospitalières des années quatre vingt dix*. Revue sciences sociales et santé, vol. 24, n°4 décembre 2006. 8 p.
- ? MOSSE P, STROBEL P. *Restructurations hospitalières*. Revue française des affaires sociales n°2-avril-juin 2001,6p.
- ? RAVEYRE M. *Le travail dans le management des restructurations : entre déni et omission*. Revue de l'IRES N°47-2005/1.2p.
- ? GEORGES M. *Intensification du travail et inégalités de santé*. Revue ATTAC, France 25/12/2000, 6 p.
- ? VALLET G. *la responsabilité du directeur des soins* Revue soins, n°48.4p.

Mémoires

- ? AUFRRET C. *La contribution stratégique du directeur de soins face aux évolutions des métiers liées aux restructurations hospitalières*, mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique-2006, 66p.

Communications

- ? BERTRAND.X. Conférence nationale sur *L'investissement hospitalier du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012*. Paris, février 2007.19p.
- ? Xavier BERTRAND. *Journée des directeurs de soins*, discours du Ministre de la santé et des solidarités, 21 mars 2006. 2p.
- ? Jeanne MALLET, *L'entreprise apprenante*, de l'organisation formatrice à l'organisation apprenante en passant par les théories de la complexité, sciences de l'éducation en question, université de Provence, département des sciences de l'éducation, 14 p.
- ? Conférence nationale sur l'investissement hospitalier du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012, mardi 13 février 2007.19p.

Sites Internet

- ? <http://www.cee-recherche.fr>
 - JOUNIN N, WOLFF L. *Entre fonctions, statuts les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*. Rapport de recherche du Centre d'Etudes de l'Emploi N°32, Noisy-le-Grand, 2006, 59p.
- ? <http://www.geocities.com/CognitiveCapitalism/querrien1.html>
 - QUERRIEN.A, ROSSO.F, *Nouveau millénaire, défis libertaires, biopolitique contre biopouvoir : Lutte des professionnels de santé et ratés de l'externalisation hospitalière*. Paris, 2006, 4p.
- ? <http://www.sante.gouv.fr>
 - Direction des Hôpitaux et de l'Organisation Sanitaire, *Hôpital 2007*, La lettre d'information de la DHOS, n°1, juin 2003, 6 pages.
 - Direction des Hôpitaux et de l'Organisation Sanitaire, Guide méthodologique *Encadrement et nouvelle gouvernance à l'hôpital*. 66 pages.
 - Direction des Hôpitaux et de l'Organisation Sanitaire. *Eléments stratégiques à prendre en compte dans l'élaboration d'un projet de construction ou de modernisation d'un établissement de santé*. Guide. 68p.
- ? <http://www.ifross.com>
 - David PIOVESAN, *De la restructuration à l'innovation, regard sur les mutations passées et actuelles des cliniques privées*. Graphos, Nantes, décembre 2002.13p.

? <http://www.legifrance.gouv.fr>

- Décret N°2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière, 9 pages.
- Circulaire DHOS/0/2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Décret du 4 mai 2005 portant diverses propositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005, relatif aux conseils de pôle d'activité et à la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique.

Liste des annexes

Annexe I

- Grille d'entretien N°1

Equipe de direction « Niveau stratégique »

- Grille d'entretien N°2

Equipe d'encadrement : « Niveau managérial »

- Grille d'entretien N°3

Equipe opérationnelle : « Niveau opérationnel »

Annexe II

Grille de lecture

Annexe III

Synthèse des entretiens semi-directifs

ANNEXE I

Grille d'entretien N°1
Equipe de direction « Niveau stratégique »

Présentation, cursus, fonction, ancienneté dans l'établissement.

1°Que pouvez-vous me dire des projets de restructurations que vous avez vécu sur le CHU ?

? Le processus de restructuration (la décision, la stratégie, le management)

2°Quel a été le niveau d'articulation des acteurs?

? Le niveau d'implication (freins, opportunités)

3°Quelle a été la stratégie d'accompagnement des équipes ?

? Ses conséquences

4°Dans le cadre d'un futur projet quelles préconisations émettez-vous ?

Grille d'entretien N°2
Equipe d'encadrement : « Niveau managérial »

Présentation, cursus, fonction, ancienneté dans l'établissement.

1° Que pouvez-vous me dire des projets de restructurations que vous avez vécu au sein du CHU ?

? Les types de restructurations connues

2° Comment avez-vous été associé au processus de restructuration?

? Le niveau d'implication au projet (niveau de préparation)

3° Comment ont été accompagnées vos équipes ?

? Le niveau d'adhésion du personnel et les bénéfices

4° Dans le cadre d'une éventuelle restructuration, quelles préconisations ou souhaits émettez-vous ?

Grille d'entretien N°3
Equipe opérationnelle : « Niveau opérationnel »

Présentation, cursus, fonction, ancienneté dans l'établissement.

1° Que pouvez-vous dire des restructurations que vous avez vécu au sein du CHU ?

? Le vécu et le ressenti par rapport aux restructurations

2° Comment avez-vous été impliqué au projet ?

? Le niveau de participation

3° Avez-vous bénéficié d'un accompagnement ou d'un suivi particulier, à quel moment?

? Travail d'investissement et d'appropriation.

4° Pour une future restructuration, quels souhaits émettez-vous ?

ANNEXE II

GRILLE DE LECTURE

Thèmes abordés	Fonctions	CHU1	CHU2	Lectures
La politique de restructurations hospitalière				
Les perceptions des acteurs				
L'articulation des acteurs				
L'accompagnement des équipes				
Les préconisations				

ANNEXE III

SYNTHESE DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

1. Les points de vue par rapport à la politique de restructuration

Pour le CHU1

• Pour l'équipe de direction

Pour le **DH**, la politique de restructuration est une mise en conformité des réformes liées au plan hôpital 2007, déclinée au niveau du projet d'établissement. La stratégie de recomposition de l'offre répond aux besoins de la population par un recentrage des activités au centre ville et un plan de retour à l'équilibre financier. Le projet est conforme au processus initié par la démarche projet. C'est une approche processus participative avec les différentes directions de sites. Après la validation des instances et des tutelles, le projet est conduit par le DH de site. En aval le CGS et la DRH après une analyse la situation proposent un accompagnement social. «*Nous avons à faire à des logiques différentes de celles des patients, des médecins et des finances* ».

Pour le **CGS** qui participe à la stratégie (membre du conseil exécutif et assiste au conseil d'administration), l'organisation polaire a généré une redistribution des missions au sein de la direction des soins. Les DS sont en transversalité et référent de pôle. Cette organisation débutante qui génère une grande insécurité auprès des CSS, car ils n'ont «*pas de préparation, ils ne savent pas faire, pas lâcher et prennent tout; même problématique pour le DS* ». La problématique est de «*garder les liens avec les pôles* ».

Pour le **DS** cette mission est «*un rôle d'accompagnement des CSS jusqu'à l'autonomie et le transfert des charges, la restructuration c'est l'affaire des CSS* ».

• Pour l'équipe gestionnaire de pôle

Pour le **MRP**, les restructurations actuelles constituent une «*réforme de fond* » du mode de fonctionnement en lien avec le projet d'établissement. L'ampleur de la tâche à accomplir est surdimensionnée par une complexité inhérente aux CHU, à leur taille, à la multiplicité sites et à la multiplicité des intervenants. Les projets se déroulent sur des durées importantes avec des changements de directions, des modes de financements et d'interlocuteurs. Ce qui traduit la portée de l'investissement et de la motivation des acteurs de terrain. Pour lui «*c'est un projet très long et très lourd* ». Le trinôme souligne le

décalage entre l'état d'avancement du pôle et la délégation de gestion non aboutie qui fait obstacle à leurs missions.

Le **CSS** pour qui la fonction a été imposée et qui représente « *un très gros investissement* », a mené un travail de réflexion sur son nouveau positionnement. Dans l'équipe il règne « *une bonne entente* », notamment entre le CSS et l'**AG** qui « *roule pour le pôle* » et dont la ligne de conduite est : « *Le fonctionnement et la compréhension du terrain font remonter les problématiques de l'activité médicale* ». Cette nouvelle fonction innovante le confronte à des difficultés de positionnement entre le responsable de pôle, et le contrôle de gestion. Pour le triumvirat l'enjeu est médico - économique.

- Pour l'équipe opérationnelle

Elle a connu une restructuration avec fermeture, déménagement et réorganisation du travail avec succès. L'expérience vécue a été valorisée au sein du CHU en terme d'exemplarité.

Le **CS** a été l'interlocuteur privilégié de la direction (participation au COPIL) et a traité directement avec les services techniques. Il a bénéficié d'un soutien et d'un accompagnement méthodologique de la part du DS. La restructuration a permis « *d'améliorer la prise en charge des patients, l'organisation du travail, de redistribuer le travail en rapport de la réglementation, de mettre aux normes et de diminuer les coûts* ».

Pour l'**IDE**, l'**AS** et l'**ASHQ**, leur participation active dans des groupes de travail, la réorganisation des tâches et l'organisation du déménagement a ressoudé l'équipe autour du travail collectif. Le cheminement de l'équipe a nécessité un accompagnement pédagogique de la part du CS à la hauteur des enjeux attendus. Malgré des inquiétudes liées au lieu de travail : « *Le lieu d'habitation était à proximité, on n'avait pas envie de partir* ».

« *Le déménagement a été source de beaucoup de tensions, de frictions (deuil). Tout le monde n'était pas prêt en même temps (ouvriers/ménage). On n'avait peur de ne pas y arriver. Finalement il y a eu une bonne adaptation et un accueil des patients OK.* »

Pour le CHU2

- Pour l'équipe de direction

L'organisation polaire est actuellement en phase intermédiaire avant l'étape de décentralisation qui nécessite un travail important de gestion des ressources humaines (CGS et DRH) et de logistique médicale.

Pour le **DH1**, le rôle du directeur dans le processus de déconcentration est crucial. La stratégie de détermination et de prudence, évolue au fur et à mesure, sans schéma pré-établi : « *c'est un redimensionnement des activités* ». La réflexion sur la mise en place des pôles a débuté en 2000 et ils sont en place de puis deux ans. Pour débuter la démarche un accompagnement des directions fonctionnelles (DRH et CGS) a été entrepris par un consultant afin de repositionner les places et rôles de chacun. Actuellement « *nous sommes au milieu du guet* ». Le CHU vit actuellement une période d'inter phasage, d'intérim de direction. Par ailleurs un projet de reconstruction d'hôpital de 700 lits est en cours qui a fait l'objet d'une réflexion anthropologique. Le changement se définit comme un évènement stratégique avec un accompagnement pragmatique, c'est une mosaïque.

Pour le **DH2** la restructuration est un processus naturel d'évolution permanente et incessante nécessitant des capacités d'adaptation « *c'est une mini révolution à l'échelle d'une entité et non d'un territoire* » où la notion d'insécurité est permanente : « *Les équipes ont peur de bouger* ». Actuellement les équipes de direction gèrent le changement à travers les pôles où cohabitent des rythmes très différents ce qui constituent un réel paradoxe : « *La capacité d'accompagner le changement est contradictoire par rapport aux réformes, c'est pousser et freiner* ». Pour lui, cette problématique de vitesse et d'homogénéité, n'admet pas la diversité : « *accepter qu'un hôpital ne se gère pas de la même façon partout* ». Le management actuel n'est pas adapté aux changements trop directifs qui incitent au participatif avec des outils et une connaissance de la culture.

La **CGS** est impliquée pendant tout le processus, la direction générale l'associe au plus haut niveau en permanence : projet d'établissement, collaboration DRH et cadrage de l'encadrement,

Pour le **DS** qui déplore des insuffisances en la matière, le rôle de la coordination générale auprès des équipes consiste à accompagner, à communiquer et à informer. Malgré un séminaire sur l'organisation en pôles, le résultat n'est pas probant : « *c'est flou dans la tête des gens, cela leur est tombé dessus, sans tenant ni aboutissant* ». Cette nouvelle configuration de l'hôpital a conduit la direction générale à positionner la direction des soins en transversalité. Ce nouveau positionnement a généré une grande déstabilisation des directions de sites, des CSS et des CS jusqu'aux professionnels de proximité. « *Les directions fonctionnelles ont été déboussolées. La CGS a reçu les équipes de direction, ils ne savent plus à qui s'adresser, il manque un maillon dans la chaîne de décision* ». Les activités de gestion des ressources humaines de site ont été transférées à un CSS en mission transversale. La transversalité est vécue par certains comme un abandon et ne permet plus de contact et génère des opacités de pratiques: « *Personne ne connaît*

parfaitement bien tous les acteurs ». Cette position semble plus facile pour les médico-techniques que les soignants car le positionnement transversal est intégré à la fonction. Au niveau du climat social, il n'y a pas de franche opposition seulement quelques tracts : « *mutualiser les moyens sans moyens* ». Les syndicats sont attentistes « *le CS se prend pour le chef d'entreprise* ».

- Pour l'équipe de gestionnaire

Pour le **MRP**, la notion de service persiste, l'appartenance se situe à cet l'échelon. Le dysfonctionnement du transversal recentre les personnes sur leur service, leur lieu d'appartenance légitime. Il exprime un décalage entre l'administration et le service qui induit des comportements de désintérêt des personnes qui ne se reconnaissent pas dans le pôle : « *Dès qu'il y a changement : pas de changement, pas d'économie, pas de qualité.* » Ces attitudes décrivent « *une crise du management* ». La phase actuelle est assimilée à un dysfonctionnement de l'interface direction. Pour lui, le changement des managers devient nécessaire au profit du modèle de l'entreprise.

Pour le **CSS**, qui apprécie les nouveaux bâtiments qui facilitent les conditions de travail, répondent aux normes, améliorent les conditions d'exercice. Le projet de restructuration en cours bénéficie d'une grande implication de la part de tous les médecins et paramédicaux. Une stratégie de travail établie sur le management de terrain est conduite par les binômes de CSS/CS. Tous les acteurs ont été associés aux visites de travaux et de matériels. Cependant on ne peut avoir la même dynamique avec les pôles transversaux comme le regroupement des blocs opératoires. Il nécessite un travail de consensus plus important et une aide extérieure (consultant, formation action) pour l'élaboration des règles de fonctionnement, l'harmonisation des procédures et des pratiques et l'apprentissage de la mutualisation. « *C'est un travail quotidien de démarches, de rencontres d'équipes, de responsables médicaux.* »

L'**AG** fait parti des nouveaux métiers qui accompagnent le changement au même titre que les techniciens en informatique médicale. « *Ils cherchent un positionnement* ».

- Pour l'équipe opérationnelle

Pour le **CS** dont le service fonctionnait en fédération, l'organisation polaire est un challenge. Il a toutefois bénéficié d'un accompagnement lors d'un séminaire pluridisciplinaire (regroupement par pôles, réunions de travail, présentation de la nouvelle gouvernance). « *L'organisation polaire a instauré un travail de collaboration important entre les médecins, les CSS et les CS. Cette collaboration fructueuse motive les acteurs à*

travers les projets de pôle, de qualité, de pratiques professionnelles et participe à leur reconnaissance. »

Pour l'**IDE**, le fonctionnement polaire est le continuum de la fédération. « *Au quotidien rien n'a changé.* » En plus de la charge habituelle des travaux de groupe sur des thèmes particuliers se mettent en place (gestion du matériel, transmissions ciblées, dossier de soins). Le CS a des missions transversales supplémentaires ce qui diminue sa présence au sein de l'unité. Pour lui, l'activité a augmenté depuis quelques mois à l'arrivée d'un nouveau praticien. Celui-ci exerce avec de nouveaux modes de prise en charge qui diminuent de la durée de séjour et accroissent le turn-over des patients. On constate une augmentation des charges administratives au détriment du patient.

Pour l'**AS**, la restructuration est imposée. Il la résume à un regroupement de services avec une mobilité du personnel sur des services ciblés uniquement « *Les effectifs sont certifiés rester à l'identique en nombre IDE et AS* ». Une réflexion sur les pratiques est engagée au niveau des équipes, cependant l'objectif de la démarche qualité ne semble pas bien compris. Pour lui le pôle entraîne une restructuration administrative, un remaniement des CSS et un repositionnement des CS. Il ressent de la frustration pour n'avoir pu participer au projet et déplore l'urgence des restructurations, sans communication avec perte de poste : « *à mon retour on m'a dit vous allez au service d'à côté* ». Il exprime une grande déception du mode de gestion du personnel.

Pour l'**ASHQ**, la restructuration prochaine évoque de grandes inquiétudes, craintes et peurs qui vont bousculer les pratiques, l'équipe et son organisation personnelle et souhaite : « *Que l'équipe reste identique, car il y règne une bonne entente.* » L'information est faite au fur et à mesure, mais cela n'empêche pas et des bruits de couloirs sur la réduction des effectifs. Son incertitude est d'autant plus grande car n'a pas d'affectation au service et ponctuellement fait fonction d'AS car a travaillé en maison de retraite et connaît bien la fonction : « *Nous sommes adaptés à un service, à une équipe, à un CS, il va falloir remettre en question les pratiques et en apprendre de nouvelles. Nous allons fusionner avec plusieurs services, on ne sait pas lesquels.* » Pour se rassurer il se remémore l'ancien projet de restructuration réussi : « *Un projet de restructuration, c'est un nouveau départ* »

2. Le point de vue de l'articulation des acteurs

Pour le CHU1

- Pour l'équipe de direction

Il y a une participation collégiale à la stratégie et à la décision.

Pour le **DH1** : « *C'est une gestion difficile avec des conflits d'intérêts, de circuits, un non-respect institutionnel.* » Le décloisonnement des structures n'est pas tangible, la notion de service persiste répondant aux besoins d'appartenance des médecins et des équipes. Le climat social ne traduit pas une franche opposition à la politique institutionnelle de restructuration car les partenaires sociaux se sont murés dans la publication de tracts à l'égard de la rationalisation : « *Les syndicats sont dépassés, Nous sommes transparents vis-à-vis des partenaires sociaux, ils sont centrés sur eux-mêmes. L'externalisation est problématique* ».

Pour le **DH2**, l'organisation polaire à conduit à centraliser puis à décentraliser au niveau du pôle lors de la contractualisation et de la délégation de gestion : « *Le pôle fait sa propre restructuration : retour à l'activité avec redéploiement des ressources, lits d'aval, externalisations* ». L'entre deux phases engendre des relations parfois tendues entre les anciens et les futurs gestionnaires. : « *C'est une approche processus participative avec les différentes directions de sites, la CGS et les médicaux décloisonnent par un nouveau découpage.* »

Le **CGS** à l'égard des DS pratique un management participatif alliant la concertation collective et la prise de décision partagée « *pour obtenir un certain équilibre.* »

Pour le **DS**, depuis le nouveau positionnement en transversalité, un sentiment de frustration émane du discours : « *Aujourd'hui la difficulté c'est de se faire entendre dans le pouvoir décisionnel, intégrer l'équipe de direction pour les projets.* »

- Pour l'équipe gestionnaire

Pour le **MRP**, l'articulation avec les directions nécessite l'identification du bon interlocuteur et un cadrage plus pointu par rapport aux enjeux, à la taille de la structure et aux réformes. Pour lui, l'administration fonctionne encore dans une logique service, car les informations ne sont pas renvoyées au MRP, ce qui prouve son cloisonnement. Il a l'impression que la réforme « *patine* », l'hôpital n'est pas prêt à travailler en transversalité, à mettre en place une culture de l'échange pour s'informer et créer de la cohérence. « *Il existe encore des chefs de services qui ferment leurs lits sans avertir le coordonnateur de pôle. Pour les agents la mutualisation c'est une révolution.* »

Pour le **CSS** ce retour à l'équilibre implique de « *miser sur l'activité et la politique de mobilité* ». Cette politique de la mobilité se développe au niveau de l'accueil, du management participatif, des locaux, des profils de postes et du respect mutuel et réciproque de tous les corps de métiers. Elle s'exerce sur le mode du volontariat et de

l'équité afin d'éviter le burn - out. Pour le CCS, cette logique de soins et d'équipe se veut innovante dans les fonctions transversales.

Pour l'**AG**, alors que les liens hiérarchiques sont abolis au bénéfice de la fonctionnalité du pôle, il reste le statut de la Fonction Publique Hospitalière qui parasite la nature des échanges et des relations notamment pour les nouveaux métiers : « *Hiérarchiquement il dépend du MRP, travaille en collaboration avec le CSS, est en interface avec le contrôle de gestion la direction des finances, des achats et le DIM. Pour chaque direction fonctionnelle il est un assistant de gestion référent.* »

- Pour l'équipe opérationnelle

Pour le **CS**, lors d'une restructuration antérieure les relations directes établies avec l'ensemble des protagonistes, DS, directions fonctionnelles et les services techniques ont été une « *richesse professionnelle* ». Pour rassurer le personnel le CS a mis en place une stratégie de communication régulière sur l'état d'avancée des travaux avec plans à l'appui et une prise en compte des ressentis et lors du changement d'organisation une montée en charge progressive de l'activité.

Pour les **IDE**, les **AS** et les **ASHQ**, le travail d'équipe partagé et le vécu ont contribué à renforcer les liens collectifs.

Pour le CHU2

- Pour l'équipe de direction

Pour le **DH1**, les missions des directeurs ont changé. Le directeur général a une mission d'arbitrage et les directions de site ont un impact plus important que les directions fonctionnelles. Elles ont un impact au niveau des équipes et reposent certaines missions.

L'accompagnement du changement constitue une relation privilégiée entre les médecins et l'administration. La gestion polaire est un positionnement à trois qui implique un cadrage des positions. L'AG accompagne la gestion, sa place demande à être clarifiée par rapport au paramédical car le projet est mouvant. Notamment la gestion du tableau des emplois permanents qui donne une plus grande latitude mais une appropriation difficile. Cette évolution indubitable du mode de financement dont les effets sont attendus dans trois ans repose sur une démarche pragmatique des acteurs clés. Pour lui, c'est le management de l'incertitude.

Pour le **DH2**, le changement actuel géré par les équipes de direction est la coordination des pôles d'activités. Il demeure toujours les mêmes enjeux de pouvoir : « *je vais imprimer ma marque* ». L'aspect positif c'est l'avancement, l'évolution. Pour les équipes,

même si cela demeure « *une mini révolution* » avec une insécurité permanente, c'est une dynamique qui permet aux acteurs d'évoluer grâce à l'apprentissage : « *être capable d'avancer* ».

Pour le **DS**, les relations avec les médecins sont relativement bonnes avec des confrontations plus ou moins difficiles, car ils sont toujours dans une logique de moyens : « *On doit embaucher des IDE* ». Aux niveaux des paramédicaux, il regrette l'absence de liens entre les projets et notamment avec le projet de soins, qui résulte d'un cloisonnement et du formatage de service. La logique analytique ne permet pas l'approche systémique qui permet de voir le processus dans sa globalité. Le projet de restructuration est l'occasion notamment lors du COPIL de créer des liens à partir de chaque thématique de travailler en pluridisciplinarité. Pour lui, le cloisonnement entre les différentes directions fonctionnelles et la coordination générale des soins est pesant. La logique de chacun n'autorise pas la culture de l'échange et de la coordination : « *On a l'impression qu'il n'y a pas de définition, pas de pilote qui coordonne* ». Les conditions d'exercice sont rendues difficiles par les ordres de grandeurs et de volumes et de tailles de l'hôpital qui induisent des comportements de résistance passive et le sentiment d'appartenance.

- Pour l'équipe gestionnaire

Pour le **MRP**, qui est dans une relation conflictuelle avec la direction, il propose de réduire toutes les fonctions d'interface qui empêchent la communication et les relations simples.

Pour le **CSS** qui au début a rencontré de la résistance à la mutualisation sur un site et qui n'a pas cédé aux pressions, la mutualisation et les changements d'horaires ont produit des gains économiques par la suppression d'astreintes et de postes de nuit. Pour lui, ces comportements sont liés à des logiques corporatistes propres au fonctionnement des services de blocs opératoires. Depuis les nombreux travaux fait en collaboration, il constate une amélioration des rapports avec les médecins.

Pour l'**AG**, qui est dépendant de par sa fonction, ses relations dans le triumvirat sont très aléatoires. Il doit créer sa mission, ses prérogatives par rapport aux besoins, au terrain, aux personnalités qui résident au niveau du contrôle de gestion et au partenariat du pôle pour le recensement des activités et le contrôle des ressources. Pour lui, son positionnement relève d'une certaine fragilité.

- Pour l'équipe opérationnelle

Pour l'**IDE** nouvellement diplômé, sa représentation du travail est en décalage avec la réalité. La charge de travail est variable avec un effectif insuffisant. La charge administrative représente 80% du travail effectué. Pour lui, les deux secteurs bénéficient d'une bonne synergie d'équipe (IDE/AS/ASH) malgré la lourdeur en soins et le turn-over des malades.

3. Le point de vue de l'accompagnement des équipes

Pour le CHU1

- Pour l'équipe de direction

Pour le **DH1**, l'accompagnement relève des missions de la coordination générale des soins en collaboration avec la DRH par rapport à l'impact culturel. Pour le DH1 : « *Le poste de restructuration est en lien hiérarchique avec le CGS par rapport à la culture professionnelle soignante.* » Le projet social qui décline une projection des ressources humaines présente un plan d'accompagnement mis en œuvre est piloté par la direction des ressources humaines en collaboration avec la coordination générale des soins.

- Pour l'équipe gestionnaire de pôle

Pour le **MRP**, l'accompagnement à réaliser auprès des équipes est un apprentissage de la mobilité : « *Il faut que les équipes prennent l'habitude de bouger, c'est ça l'accompagnement à faire.* » Cependant trop de mobilité nuit à la prise en charge, en particulier à sa synthèse et à la continuité des projets d'équipes qui sont une dynamique incontournable. Il pointe les risques potentiels de désinvestissement, d'usures et de résistances au changement. Pour lui, la mobilité n'est pas une flexibilité d'entreprise, elle nécessite un « *besoin de maturation, besoins de travailler en groupe, car derrière ces positions il y a des patients des familles* ».

Pour le **CSS** qui n'a pas bénéficié d'accompagnement, il souligne la part importante d'investissement qu'il a fallu faire : « *J'ai eu une journée complète de réflexion avec le CS pour établir un nouveau mode de fonctionnement car il y a un gros impact sur les fonctions CS et CSS, notamment la répartition des tâches (accueil, tutorat, fidélisation du personnel). Puis j'ai expliqué aux médecins et aux IFSI la nouvelle configuration. Il n'y a pas eu de réflexion institutionnelle mais une visite des sites expérimentaux.* » L'accompagnement des équipes nécessite de prime abord un positionnement clair vis-à-vis du CS, puis une stratégie de gestion des ressources humaines fondée sur les valeurs professionnelles du soin et de la personne soignée avec un management participatif.

Pour le **CS**, l'accompagnement relève de ses missions liées au management participatif et pédagogique. Les outils tels que la formation pluridisciplinaire et la communication pluridisciplinaire donnent sens et cohérence au projet de soins qui intègre les zones de collaboration et les risques inhérents à la structure. Ils permettent de créer une réelle dynamique à partir d'une réorganisation complète du travail fondé sur la réflexion de thématiques professionnelles, la réglementation, les dysfonctionnements, la sectorisation en binôme et la traçabilité. Cette d'appropriation de valeurs par les anciens et les nouveaux (consensus) est confortée par la reconnaissance des personnes. « *Une méthodologie pointue, un investissement important ont fédéré les équipes qui ont accepté le changement ce qui était un bouleversement.*»

Pour l'**IDE**, la préparation du déménagement a été l'occasion de nombreux questionnements sur l'agencement des locaux, des matériaux, des fonctionnements, de la prise en charge des patients.

Pour l'**AS** et **ASHQ** qui ont bénéficié de réunions d'information, la prise en compte de leurs ressentis par rapport à l'organisation du travail a permis une meilleure acceptation du changement : « *Le changement d'organisation a été progressif* »

Pour le CHU2

- Pour l'équipe de direction

Pour le **DH1**, l'accompagnement n'est pas écrit. Il relève d'une démarche pragmatique reposant sur les acteurs clés. Un travail de fond est effectué par chaque direction. La coordination générale des soins est impliquée de bout en bout. La direction générale l'associe au plus haut niveau en permanence dans l'élaboration du projet d'établissement, la collaboration avec la direction des ressources humaines et le cadrage de l'encadrement.

Pour le **DH2**, le processus d'accompagnement s'effectue avec les CS qui ont été associés. La tendance est à la situation idéale où il est fait table rase lors du déménagement, alors que le changement doit s'installer progressivement en fonction de la structure et de l'histoire. Son cadrage réduit les incertitudes, mais déstabilise et démotive car il entraîne une perte de repères et de bon sens par un futur idéalisé. Actuellement alors que les chefs de service sont responsables de pôles et que la délégation de gestion n'est pas aboutie, les CS bénéficient d'une formation d'accompagnement sur le changement qu'ils intègrent rapidement. Les équipes ont une capacité différente d'intégration et génèrent des climats sociaux : « *on se sait pas faire, on communique uniquement* ». Accompagner les équipes relève de valeurs culturelles fortes : « *Ils ont besoin de reconnaissance car ils ont un corporatisme fort, c'est un*

domaine réservé pour la CGS, c'est leur corps de métier, la proximité de terrain ». L'accompagnement est encore trop institutionnalisé, il accorde peu de place à la participation des équipes. Pour le DH2, qui possède peu de connaissances de terrain, l'interface avec le CS peu être perçu comme un filtre et s'apparenter à une forme de résistance. Ainsi pour le DH2, la démarche projet s'oppose aux phases de l'apprentissage cognitif qui est un processus naturel d'évolution, le changement consiste à désapprendre pour réapprendre. « *Les équipes ont peur de bouger, l'insécurité est ailleurs. Il y a une notion d'insécurité permanente. D'un autre côté les choses ont bougé trop vite par rapport au projet, les équipes ne sont pas sur ces rythmes.* »

Pour le **DS**, il déplore les insuffisances des mécanismes d'accompagnement qui intègrent un partage des échanges, une culture de la transparence et de la communication. Notamment lors du repositionnement de la coordination générale de soins : « *On n'a pas été assez bon dans les mécanismes d'accompagnement.* » *Ce nouveau positionnement transversal a été vécu comme un abandon* : « *il n'y a pas de relève* »

- Pour l'équipe gestionnaire

Pour le **CSS**, la mutualisation et les changements d'horaires de travail (suppression des astreintes et des postes de nuit) ont produit des gains économiques. La stratégie du CSS est de favoriser la mobilité par les progressions de carrière dans le cadre d'un projet de carrière. Pour lui, le combat « politique » est un quotidien soutenu par le positionnement du CGS.

- Pour l'équipe opérationnelle

Pour l'**AS**, en voie de déménagement il a assisté à une réunion d'information du CS sur le projet de fusion avec les autres services et sur la programmation des travaux (objectifs, gestion du quotidien, l'absentéisme). Il est emprunt de nombreux questionnements auxquels les anciens collègues du service répliquent « *on ne bouge pas le personnel* »

Pour l'**IDE**, L'information a été faite dans chaque service, il y a quelques mois (définition des pôles, mutualisation de moyens). Le fonctionnement du service en fédération est semblable à l'organisation polaire qui est liée à une promesse de mobilité limitée à la chirurgie.

Pour le **CS**, qui a bénéficié d'une formation sur l'organisation polaire, sa mise en œuvre représente un challenge dont l'enjeu est la réussite. Le projet d'organisation polaire succède à l'audit des pratiques. En qualité de CS il a saisi l'opportunité du redimensionnement des équipes pour créer d'un poste d'IDE d'accueil à moyens

constants. Dans ce climat d'insatisfaction des personnels, il persiste une forte inquiétude sur l'avenir. Un programme de formation en interne de référents en soins a permis le passage de l'information. Un noyau d'anciens infirmiers a véhiculé les valeurs, puis a complété par un travail de fond avec une forte implication a entraîné les équipes et ont permis la transmission du savoir. Depuis 2000, le service était statique, la mise en place des pôles d'activité « *les a bouleversé* ». C'est un changement culturel important, car il remet en question les pratiques, il y a des sollicitations pour répondre à des objectifs de performance et de qualité, de prise en charge : « *Notre challenge a abouti.* »

4. Les préconisations

CHU1

- Pour l'équipe de direction

Le **DH1** et **DH2** préconisent d'avantage la communication, le décloisonnement et la transparence.

Pour le **CGS**, il importe de garder les liens avec les pôles au travers des projets.

Pour le **DS**, son positionnement est lié à la cohérence des projets et une participation plus accrue dans le partage des décisions avec l'ensemble de l'équipe de direction. Sinon il considère que son positionnement relève de l'opérationnalité.

- Pour l'équipe gestionnaire

Pour le **MRP**, Il est indispensable d'avoir une communication d'échange et de transparence afin de mieux fonctionner ensemble. Pour favoriser la mobilité inter pôles, il préconise d'apprendre aux personnels la mobilité et à l'intégrer dans son mode de fonctionnement.

Pour le **CSS** et l'**AG**, il importe d'avoir les outils nécessaires pour répondre aux objectifs de la mission.

- Pour l'équipe opérationnelle

Pour les **IDE**, les **AS**, les **ASHQ**, les conditions de travail sont très importantes. Ils attendent impatiemment la construction d'un parking de stationnement pour lesquels ils ont fait intervenir les partenaires sociaux auprès de la direction et ont une promesse de réalisation.

CHU2

- Pour l'équipe direction

Le **DH1** conseille de valoriser d'avantage, toujours plus. Pour lui, les CHU manquent de réactivité. Une attitude attentionnée aux décisions doit être engagée et assumée : « *être attentif aux décisions qu'on assume sans les prendre car elles entraînent des dommages* »

collatéraux sous-estimés, notamment pour les personnes ». Il est important de mesurer les ambiguïtés du management de l'humain, « *Etre humain, travailler en équipe, ne pas oublier les gens.* » Les emplois précaires (CDD) sont liés aux contraintes budgétaires, des salaires peu attractifs, des CDD renouvelés, pour plus de flexibilité. La mobilité, la transparence, favorisent l'adaptation des profils aux emplois.

Pour le DH2, il importe d'apprendre par la connaissance le « Knowledge management ».

Pour le **DS**, il n'y a pas de franche opposition à la restructuration. On dit que cela ne marche pas, cela balbutie. On est dans une phase d'installation « on patauge ». Les syndicats sont attentistes (tracts), le responsable de pôle « *s'il pouvait guillotiner selon son bon vouloir* ». Les responsables de pôle sont tout puissants. Un décloisonnement plus important est nécessaire pour développer une culture du partage et de l'échange.

- Pour l'équipe gestionnaire

Pour le **MRP**, le modèle actuel de l'hôpital ne s'adapte pas à ce type de fonctionnement, il faut le remplacer par le modèle hôpital entreprise. Celui-ci dynamise et motive le personnel. Il faut créer, innover, responsabiliser le personnel et rompre avec les « *réunionites* » .

Pour le **CSS**, le passage à l'acte est important et par voie de conséquence le transfert des outils de gestion.

- Pour l'équipe opérationnelle

Pour le **CS**, il croit au challenge et dans un contrat avec le personnel « gagnant-gagnant ».

Pour l'**IDE**, qui souffre d'un surcroît de tâches administratives et de travail, notamment lors du projet de mise en place des pôles, l'arrivée d'une IDE dédiée aux charges administratives serait bienvenue.

Pour l'**AS**, il souhaite une participation plus accrue dans les projets institutionnels.

Pour l'**ASHQ**, la restructuration présente une remise en question où la peur de l'inconnu est exacerbée. Il souhaite conserver le même encadrement et la même équipe de soins car il règne une bonne entente.