



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Date du Jury 25-26 Octobre 2001

**CONDUIRE DES RESTRUCTURATIONS
INTERNES, UN MANAGEMENT STRATÉGIQUE
AU SERVICE DE LA COHÉRENCE ET DE LA
PERTINENCE DES ACTIONS**

PADELLEC Marie Renée

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : LA DEMARCHE DE RECHERCHE.	4
1 La problématique	5
1.1 La question de départ.....	5
1.2 Le cadre conceptuel.....	6
1.2.1 L'approche du fonctionnement hospitalier par la sociologie de l'entreprise.....	6
1.2.2 L'innovation en entreprise hospitalière.....	9
1.2.3 Les utilisateurs de l'innovation.....	14
2 La méthode des études de cas.	19
2.1 Les hypothèses.....	19
2.2 l'analyse comparative.....	20
2.3 Les techniques de recherche.....	20
2.3.1 Le choix de l'échantillon.....	20
2.3.2 Choix des techniques de recueil.....	21
2.4 Les limites de la méthode.....	22
DEUXIEME PARTIE : LA VALIDATION DES HYPOTHESES.	23
1 Deux cas de restructurations hospitalières.....	24
1.1 Le contexte organisationnel.....	24
1.2 Le récit chronologique des événements.....	25
1.3 Les outils du changement.....	27
1.3.1 L'établissement A.....	27
1.3.2 L'établissement B.....	32
2 L'analyse comparative.....	38
2.1 L'anticipation, un des pôles stratégiques de la restructuration.	38
2.2 L'innovation, principe de développement des organisations et des acteurs du projet de restructuration.....	39
2.3 Le processus d'appropriation au service du projet de restructuration.....	40
2.4 Le maintien de la cohérence du fonctionnement par la coordination du projet de restructuration.....	41

2.5	La communication de l'information indispensable à l'avancée du projet de restructuration.....	43
3	<i>Le temps de la synthèse.....</i>	44
	TROISIEME PARTIE : AXES STRATEGIQUES ET PROPOSITIONS D' ACTIONS. ...	47
1	<i>Les axes stratégiques à développer.....</i>	48
2	<i>Le projet d'actions.....</i>	50
2.1	Les forces et les faiblesses de notre structure d'affectation.....	51
2.1.1	Les forces	51
2.1.2	Les faiblesses.....	52
2.2	Des propositions d'actions.....	53
2.2.1	Faciliter la circulation de l'information à l'ensemble de l'institution.....	53
2.2.2	Tirer partie d'une coopération efficace au sein de l'équipe de direction.....	57
2.2.3	Concevoir un management stratégique et opérationnel auprès de l'équipe d'encadrement, capable de s'adapter aux nouveaux enjeux de l'organisation hospitalière.....	59
	CONCLUSION.....	63

Liste des sigles utilisés

A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

D.R.A.S.S. : Direction de l'Action Sanitaire et Sociale.

M.C.O. : Médecine - Chirurgie - Obstétrique.

INTRODUCTION

Le système de santé évolue de manière radicale depuis la loi N° 91-748 portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 et en particulier l'Ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Les quatre perspectives de cette ordonnance amènent à une régulation régionale du système sous la conduite d'agences, à la mise en place d'évaluation et d'accréditation destinées à améliorer la qualité de l'offre hospitalière, à la contractualisation comme mode de gestion externe et interne des établissements hospitaliers et au renforcement de la coopération entre les différents acteurs. Il s'agit d'optimiser la proposition de soins. La recherche de complémentarités, en matière d'activités sanitaires, entre tous les établissements quels qu'ils soient, est l'un des moyens pour y parvenir. Ainsi, la politique de modernisation du tissu hospitalier génère un profond remaniement avec des restructurations inter-établissements à titre de rapprochements entre structures, accompagnées souvent de restructurations internes.

La segmentation actuelle de l'hôpital en services, correspondant aux différentes disciplines médicales, ne répond plus aux besoins de prise en charge pluridisciplinaire des patients. De plus, la nécessité de rationaliser l'offre de soins, de maîtriser les coûts et les dépenses de santé amène les directeurs d'établissement et leurs collaborateurs à rechercher des évolutions structurelles et organisationnelles qui répondent au mieux à ces attentes. Ces démarches introduisent des changements culturels dans les établissements publics de santé. Une culture inter et pluri-professionnelle de fédération et de coopération se substitue à une culture individuelle de service et parfois d'unité de soins. Cette mouvance représente une opportunité de réflexion sur les organisations, centrée sur les besoins de la population soignée et les soins dispensés et s'appuyant sur des valeurs et des principes qui définissent le service public hospitalier. Les démarches d'amélioration de la qualité et d'accréditation confirment cette nécessaire évolution de l'hôpital. Cependant, pour réussir, cette transformation doit tenir compte d'enjeux sociaux et humains. L'intégration des logiques d'acteurs qui exercent à un niveau opérationnel (médecins, soignants) ne peut être évitée. Le renouveau du service public hospitalier implique une modernisation des modes de gestion et des techniques managériales,

notamment par une approche transversale des problématiques, ceci pour limiter les effets délétères sur les individus, les organisations et le fonctionnement de l'entreprise hospitalière.

Au-delà de la recherche proprement dite sur les effets du management des restructurations internes, notre propos cherche à clarifier le positionnement de l'infirmier général. Membre de l'équipe de direction et responsable du service de soins infirmiers, il peut apporter une contribution forte à ces mutations. Pour cela, il paraît important de préciser son identité professionnelle à travers l'historique du métier. Le plus petit dénominateur commun entre tous les infirmiers généraux est évidemment le diplôme d'infirmier. Les années 1970 à 1990 ont permis une « *légitimation indépendante* »¹, par la constitution du service de soins infirmiers et le renforcement de la hiérarchie infirmière avec le corps des infirmiers généraux. Ces derniers ont contribué activement à la production d'un savoir infirmier, la recherche et la professionnalisation de la fonction. Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et le décret du 18 octobre 1989, la fonction d'infirmier général sort du flou. Directeur du service de soins infirmiers et membre de l'équipe de direction, l'accès à la fonction par un concours sur épreuves national accentue sa crédibilité. Son rôle dans les établissements publics de santé traduit, après la recherche légitime d'une zone d'autonomie et même d'indépendance à l'égard du corps médical, une orientation manifeste vers un positionnement d'interdépendance facilitant la parité et le dialogue avec les autres responsables qu'ils soient administratifs ou médicaux. Le profil actuel de l'infirmier général subit ainsi l'influence de « *trois causes originelles* » comme le constate Bruno BELLET² :

- la qualité de la rupture du lien avec le métier d'origine qui l'amène aujourd'hui à « *une fonction de gestionnaire à haute responsabilité dans la structure hospitalière dont l'infirmier général connaît intimement les activités et les missions* » ;

- le positionnement dans l'équipe de direction en tant qu'expert auprès du directeur et directeur du service de soins infirmiers, avec une dimension stratégique dans le cadre de la prise de décision ;

- le stade acquis dans la quête de l'autonomie, valorisant l'interdépendance et la complémentarité de l'action de l'infirmier général avec les autres partenaires hospitaliers autour de l'œuvre de soin.

Cette place privilégiée de l'infirmier général et son passé professionnel lui donnent l'occasion, par une approche collective et non de service ou de direction, de participer à la dynamique de coopération dans l'entreprise hospitalière contemporaine.

¹ FREIDSON E. *La profession médicale*. Édition Payot. PARIS 1984.

² BELLET B. *Et si l'infirmier général devenait directeur de soins*. Mémoire de fin d'étude-Formation des infirmiers généraux 1999.

La réalisation d'un travail de recherche au cours de notre formation nous semble une opportunité pour nous questionner sur ces évolutions structurelles et culturelles.

Dans une première partie, nous tenterons de comprendre le fonctionnement hospitalier au travers de la sociologie de l'entreprise, la logique d'innovation et des acteurs de l'innovation.

Dans une deuxième partie, une étude comparative entre deux établissements ayant réalisé des restructurations nous conduira à dégager des pistes de réflexion pour un management approprié dans la préparation et la conduite de changement, qui seront développées dans la dernière partie.

PREMIERE PARTIE : LA DEMARCHE DE RECHERCHE.

**« UNE ENTREPRISE C'EST AVANT TOUT UNE COMMUNAUTE
CE N'EST NI UNE MACHINE, NI UN OBJET INERTE
C'EST LA COMMUNAUTE DES GENS QUI LA FAIT VIVRE. »**

Ch. HANDI

1 LA PROBLEMATIQUE

1.1 LA QUESTION DE DEPART.

Notre réflexion sur les restructurations internes s'appuie sur les notions de complémentarité, de coopération et de coordination entre les différents acteurs hospitaliers et notamment au sein de l'équipe de direction. La qualité des processus de pilotage et leur articulation au sein de l'hôpital paraissent des facteurs clés de sa modernisation.

Ceci nous a amenés à la question initiale de recherche suivante, dans le contexte mouvant et passionnant des restructurations au sein des établissements de santé :

« Quelles stratégies une équipe de direction peut-elle développer pour une conduite cohérente des restructurations internes ? »

Ce questionnement fait référence à des expériences professionnelles personnelles. Le rapprochement d'activités, l'optimisation du fonctionnement et le souci de diminuer les lits d'hospitalisation conventionnelle amènent à des changements fondamentaux dans les services de soins. Les décideurs et responsables des projets que sont le directeur d'établissement et le président de la commission médicale d'établissement prennent appui sur un projet d'établissement élaboré sur un mode participatif. La préparation et la mise en œuvre sont ensuite confiées à l'équipe de direction. Suivant les modes de management des équipes, le vécu des acteurs et les effets sur le système sont différents.

Dans notre expérience il s'agit d'optimiser la vitalité de l'établissement en rapprochant des activités cohérentes entre elles (plateaux techniques et services de soins) au sein d'un même bâtiment. Des coopérations nouvelles sont souhaitées, organisationnelles, fonctionnelles et humaines. Les décisions d'ordre comptable et organisationnel sont prises en charge par les directions des travaux, des services économiques et logistiques et des ressources humaines en lien avec la direction du service de soins infirmiers. Chaque direction met en œuvre son projet, poursuit son objectif et sollicite à son niveau les mêmes individus. Les différents projets se télescopent au niveau des services de soins ou médico-techniques intéressés qui deviennent le déversoir de démarches non coordonnées. Cela se traduit par une démultiplication de groupes de travail et de réunions pour l'encadrement médical et paramédical. Faute de repères et en regard de l'incertitude ambiante, cet encadrement exprime lassitude et démotivation. La perte de confiance à l'égard des décideurs s'instaure, associée à un sentiment d'insécurité. L'équipe

de direction montre des tensions internes par défaut de communication. Le système cloisonné développé aboutit à un manque de cohérence dans les choix, les actions et le pilotage du projet global. L'intégration des logiques des centres opérationnels s'avère insuffisante dans le processus de décision. La spécialisation forte des directions fonctionnelles participe au défaut de transversalité dans l'approche des problématiques et dans la coordination des différents projets. Cela porte atteinte à la crédibilité des responsables et fragilise la structure. Inertie et résistance au changement se développent.

La fonction d'infirmier général se situe au cœur de cette situation complexe. Par sa position dans l'établissement il a pour mission de participer à la démarche stratégique qui accompagne les mutations hospitalières. Comprendre ces réalités demande un éclaircissement conceptuel.

1.2 LE CADRE CONCEPTUEL

1.2.1. L'approche du fonctionnement hospitalier par la sociologie de l'entreprise.

Le cadre théorique de ce mémoire s'inspire de la sociologie de l'entreprise telle que décrite par Renaud SAINSAULIEU. Il se réfère notamment au développement social en entreprise.

1.2.1.1 Le développement social comme fondement de l'entreprise.

Comme R. SAINSAULIEU le précise en introduction de son ouvrage, "Sociologie de l'entreprise"³, *"pour se développer, accroître ses capacités productives, ses ressources de compétences, ses forces de réaction à la concurrence économique et technique de marché, l'entreprise a toujours dû compter sur la vitalité de l'ensemble humain de ses travailleurs de tout grade"*. De même, l'entreprise *"ne peut éviter de compter avec la structure sociale complexe de ses capacités de production qu'elle cherche à maintenir par une organisation pertinente"*. L'entreprise constitue une forme de communauté humaine plus ou moins ouverte ou contraignante dès lors qu'elle associe les hommes à la réalisation de sa production et qu'elle fait reposer les résultats sur leurs capacités de communication et de collaboration.

Elle est constituée de l'héritage des potentiels et des faiblesses de la vie collective du passé et doit préparer l'avenir pour continuer à prospérer. Chaque période de la vie d'une

³ SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise - Organisation, culture et développement*. Edition Presse de Science Po et Dalloz. Paris 1997, p. 19.

entreprise nécessite compréhension, reconnaissance et traitement pour exercer une réelle cohérence organisationnelle. Le développement social de l'entreprise s'intéresse à la préparation de l'avenir, c'est-à-dire comment intervenir sur la structure sociale issue du passé pour faire s'épanouir initiatives, créativité et réactivité face aux changements qu'ils soient technologiques, architecturaux ou organisationnels?. *"Le concept de développement social désigne une construction permanente de société dans un contexte d'environnement aléatoire et d'exigences économiques contraignantes"*⁴. La qualité de la production est tributaire de la coordination, la solidarité et la créativité entre les acteurs. Elle est donc intimement liée à l'histoire et la culture de ces derniers et ne peut être entretenue et pérennisée que par eux.

1.2.1.2 Les problématiques liées aux transformations de la société du travail.

Le développement social rencontre quatre problématiques témoins des transformations qui s'élaborent dans la société du travail.

La première est le développement de l'autonomie individuelle et collective pour susciter des façons d'agir différentes, plus flexibles, créatrices et adaptées aux pressions de la contingence, qui se traduisent par l'initiative et la participation des agents. D'un point de vue social, il y a nécessité pour l'entreprise de traiter cette complexité humaine où les différences s'expriment plus par l'intégration d'individus dans leur diversité que par l'exclusion de la non conformité ou la sélection des meilleurs.

La seconde problématique est l'intégration des différences par une approche culturelle collective. La modernisation de l'entreprise doit se centrer délibérément sur la gestion de processus d'intégrations collectives avec la reconnaissance des différences culturelles.

La troisième problématique est la permanence du changement social dans la société du travail. Elle oblige l'entreprise à stimuler ses ressources collectives en termes d'autonomie et de créativité. Elle demande également d'adopter des logiques susceptibles d'articuler des obligations de résultats avec la connaissance des organisations et de leurs inter-actions. Les évolutions du management des entreprises passent par la négociation, le dialogue et le compromis entre des logiques divergentes.

La quatrième problématique est d'identifier le rapport entre le travail et la société. La ressource humaine, reconnue comme facteur essentiel au développement de l'entreprise, amène cette dernière à se définir comme un lieu de dialogue et de négociation partenariale entre forces professionnelles et culturelles clairement admises.

⁴ Ibid. 3, p.21.

Le contexte hospitalier contemporain évolue dans le cadre de cette exigence de performance tout en maîtrisant les moyens financiers. La mouvance environnementale induit une situation aléatoire du système en place. Les acteurs du monde hospitalier revendiquent par ailleurs leur participation tant au niveau des actions collectives de production que dans l'élaboration des projets. La bonne organisation ne suffit plus à mobiliser les forces productives et de proposition dans les services. Ce sont les capacités d'implication individuelles et collectives dans les situations de travail qui apportent réactivité, initiative et créativité. La gestion du changement dans les établissements de santé passe par la reconnaissance des différences de comportement au travail et la compréhension des identités collectives qui s'y élaborent. Deux axes d'évolution identitaire peuvent ainsi se développer. Celui de l'intégration amène une préoccupation constante des finalités de l'établissement : le soin de qualité. Celui de la différenciation génère des projets de plus en plus indépendants : la diversité des projets de service qu'ils soient administratifs ou médicaux. L'hôpital et ses dirigeants sont ainsi assujettis à veiller à la nécessaire articulation entre les préoccupations du collectif et celles des individus.

Cette approche sociologique de l'entreprise permet de comprendre le problème du changement social vécu au cœur des organisations par, entre autres, les voies de l'innovation et la recherche d'acteurs de changement.

1.2.2 L'innovation en entreprise hospitalière.

1.2.2.1 De la logique de l'organisation professionnelle.

1.2.2.1.1 La bureaucratie professionnelle.

Comme le décrit M. CREMADEZ, « l'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur la compétence des professionnels qui la composent »⁵. Un établissement public de santé évolue peu sous le joug d'une pression externe qu'elle soit réglementaire ou technocratique. Bien au contraire, les professionnels qui y exercent peuvent résister à tout changement jugé inutile. Compétence et déontologie professionnelles sont des facteurs d'autonomie considérable.

En référence à H. MINTZBERG⁶, les caractéristiques de l'organisation des hôpitaux français relèvent de la « bureaucratie professionnelle ». En effet, le centre opérationnel regroupe un nombre important d'unités de base qui sont plus ou moins indépendantes les unes des autres dans la réalisation de leurs missions. La spécialisation horizontale y est prépondérante. La formation et la socialisation des personnels du centre opérationnel facilitent l'homogénéisation des comportements et une coordination spontanée. La standardisation des qualifications qui en résulte et l'ajustement mutuel renforcent la liberté du professionnel au sein de l'organisation et favorisent le regroupement d'individus autour d'objectifs de nature corporatiste. La technostructure représentée par l'administration s'intéresse surtout à la dimension économique de l'activité hospitalière. Seule la participation de l'infirmière générale donne une dimension professionnelle à cette structure. Les fonctions de supports logistiques sont fortement présentes du fait des évolutions technologiques constantes. Elles peuvent générer des luttes de pouvoir entre la technostructure et le médical. Enfin le sommet stratégique assume la cohérence réglementaire et les relations avec un environnement externe centré sur la dimension financière de l'organisation.

⁵ CREMADEZ M. Les clés de l'évolution du monde hospitalier. *Cahiers de Gestion Hospitalière*, Mai 1987, N° 266, pp. 285-306.

⁶ MINTZBERG H. *Le Management - Voyage au centre des organisations*. Edition d'organisation. Clamecy, 2000.

1.2.2.1.2 La notion de différenciation à l'hôpital.

Cette dynamique de l'organisation professionnelle hospitalière induit des configurations plus ou moins informelles avec notamment une différenciation exacerbée des objectifs poursuivis dans le contenu du travail suivant le niveau d'organisation à laquelle elle s'adresse. Exerçant des activités jusqu'alors difficilement contrôlables dans une structure hiérarchique morcelée, l'hôpital dote les professionnels d'une relative liberté d'action et leur accorde la possibilité d'une plus grande attention à leurs buts particuliers. Pour les atteindre, ces acteurs usent de leur influence sur le processus interne d'acquisition ou de maintien des ressources qu'elles soient humaines ou matérielles. Ce pouvoir, ils le puisent dans deux sources principales d'après P. HUARD⁷:

- celui de l'expert, pouvoir lié à la capacité pour un individu de contrôler des zones d'incertitude affectant le fonctionnement de l'organisation ;

- celui hiérarchique, pouvoir lié à la fonction de l'individu dans l'organisation.

Le pouvoir de l'expert à l'hôpital émane de la spécialisation et des connaissances techniques détenues. Les activités de l'expert et du hiérarchique sont interdépendantes sans être obligatoirement symétriques. Pour faciliter ces interrelations, développer la collaboration et résoudre les problèmes de coordination, l'institution doit instaurer un climat de confiance fondé sur une plus grande clarté des enjeux et des responsabilités des différents partenaires. Pour instaurer ce climat de confiance, M. CREMADEZ⁸ pense nécessaire de bien appréhender la dynamique de l'organisation actuelle des centres hospitaliers. Il préconise de posséder une vision claire des conséquences de la remise en cause des pratiques antérieures. Il lui paraît important d'envisager le niveau de contribution qui peut être attendu des différents professionnels de l'hôpital dans la construction d'une organisation nouvelle au sein d'un système fait de contraintes et d'opportunités. La culture de l'innovation peut alors intervenir.

⁷ HUARD P. L'hôpital comme organisation formelle. *Techniques hospitalières*, Février 1977, N° 377, pp. 45-53.

⁸ Ibid. 5.

1.2.2.2 A une logique de l'innovation.

1.2.2.2.1 La culture de l'innovation et le changement.

Au XVI^{ème} siècle, MACHIAVEL annonçait qu' « *il n'y a rien de plus difficile à effectuer, ni de plus incertain en terme de succès, ni de plus dangereux à contrôler que d'inaugurer un nouvel ordre des choses. Car le réformateur a des ennemis parmi tous ceux à qui le vieil ordre profitait, et seulement des défenseurs timides parmi ceux à qui le vieil ordre profite* ».

L'innovation est une création permanente de l'esprit humain à la portée de chacun et qui nous concerne tous. Innover c'est créer. Cependant, l'innovation ne s'intéresse pas qu'à l'aspect technologique. Elle va de pair avec l'innovation sociale. Les nouvelles relations sociales, ainsi induites entre les individus, se traduisent par un décloisonnement intérieur favorisant communication et créativité.

Selon J. SCHUMPETER (1935)⁹, l'innovation est une « *destruction créative* » qui comporte trois dimensions : l'élaboration de combinaisons nouvelles, le risque contre la routine et l'opposition à la norme de production. La logique taylorienne complète Norbert ALTER¹⁰, a cédé le pas à des pratiques organisationnelles faisant appel à l'initiative et à la capacité de conception des opérateurs. La complexité croissante du travail et le caractère incertain de ses procédures expliquent la rupture avec la pratique de l'organisation scientifique du travail. Confrontée à des évolutions constantes, l'entreprise doit gérer simultanément deux contraintes contradictoires, d'une part tirer partie des incertitudes de l'environnement et du fonctionnement pour promouvoir les innovations de produits et de procédés, d'autre part assurer une standardisation des procédures pour coordonner le fonctionnement et réduire les incertitudes. Cela se traduit par l'opposition et la négociation entre les acteurs porteurs de l'innovation et ceux porteurs de la rationalisation. L'intégration d'un changement dans l'entreprise n'est jamais durable. Ce qui fait la réussite d'une entreprise n'est pas la mise en œuvre d'une structure particulière mais l'articulation réussie entre les contraintes organisationnelles et d'innovation.

Le changement est donc tributaire de différents facteurs pour arriver au succès. L'innovation sera réussie selon la façon dont seront perçus les avantages en regard du statu-quo en place, c'est à dire suivant la pertinence du changement. L'environnement agira avec une direction « soutenante », des sources de communication efficaces et ce dans une atmosphère de confiance. Les utilisateurs de l'innovation réagiront suivant leur mode d'engagement, sachant qu'un groupe est plus apte à changer qu'un individu seul, si se développe un esprit de coordination.

⁹ ALTER N. Innovation et organisation : deux légitimités en concurrence. *Revue Française de Sociologie*, 1993, pp. 447-468, (citation de seconde main).

¹⁰ Ibid. 9.

Ainsi, soumise à des contraintes d'innovation, l'entreprise arbitre entre les contraintes de différenciation, chaque département ayant un fonctionnement spécifique, et des contraintes d'intégration des spécificités dans un ensemble commun. R. SAINSAULIEU¹¹ confirme que les modèles de comportement au travail montrent deux axes d'évolution identitaire, celui de l'intégration par une préoccupation croissante des finalités de l'entreprise et celui de la différenciation par l'élaboration de projets de plus en plus indépendants. Entre ces deux tendances, le problème de l'entreprise devient celui d'une nécessaire articulation entre les préoccupations du collectif et celles des individus. La problématique consiste à faire naître davantage de régulation sociale d'entreprise pour développer plus d'initiative, de créativité et de risques partagés. Les acteurs de changement doivent faire vivre des dynamiques sociales d'invention, d'autonomie, de transition, de projet, de participation et de développement partenarial.

La culture de l'innovation porte sur trois domaines de représentation : l'acteur qui se transforme, la technique comme moyen de faire évoluer les changements organisationnels et la débureaucratiation possible avec l'engagement vers une autre conception du management plus informelle et communicante. L'innovation apparaît alors comme « *une action collective articulant des règles de comportements internes et externes au groupe, orientées vers un projet dont les contours sont flous mais dispose d'une capacité à fédérer* »¹². Le développement social ne peut être envisagé sans une conception organisationnelle de l'innovation.

L'hôpital s'inscrit de plus en plus dans cette logique d'innovation. Les évolutions et les adaptations auxquelles il est confronté tant en interne qu'en externe l'obligent à faire preuve d'initiative, de créativité et d'autonomie. La mutation est constante. Les évolutions technologiques, les contraintes et les sollicitations externes le poussent à innover. En son sein, les services forment des organisations autonomes prêtes à inventer et l'institution doit trouver les éléments qui permettent de coordonner ces spécificités. De plus, les comportements au travail changent. Les agents deviennent acteurs dans leur service et dans l'institution. Ils recherchent la cohérence dans les objectifs poursuivis et les projets réalisés. Ainsi l'innovation est permanente dans les restructurations internes, et les restructurations internes s'apparentent à l'innovation. Inscrites dans un cadre réglementaire et initiées par des injonctions externes, elles répondent aux problématiques de l'innovation et génèrent des effets humains, organisationnels et sociaux.

¹¹ Ibid. 3, p. 302.

¹² Ibid. 3, p. 361.

1.2.2.2.2 *Le principe d'intégration comme vecteur de coordination.*

Selon LAWRENCE et LORSCH¹³ la différenciation établit une distance entre les parties de l'organisation qui ont des différences culturelles et des sollicitations diverses. Chacun a naturellement tendance à cultiver sa différence. La performance d'une unité dépend de l'adéquation de ses caractéristiques organisationnelles aux spécificités du secteur ou des secteurs avec lesquels elle entretient des relations privilégiées. La différenciation renforce les barrières naturelles de la communication et rend difficile la collaboration entre les différentes unités. Pour répondre à ce phénomène, l'institution peut mettre en place un mécanisme d'intégration qui consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs pour l'entreprise.

Michel CREMADEZ¹⁴ souligne que pour être performant dans un environnement incertain et hétérogène, il ne faut pas chercher à réduire la différenciation mais à la compenser par une intégration de force égale. Cinq grandes catégories de modes d'intégration peuvent être envisagées :

- la voie hiérarchique accompagnée de systèmes formels tels que les procédures,
- les liaisons directes entre individus par l'ajustement mutuel,
- l'homme de liaison qui met en communication les différents responsables pour provoquer une réflexion commune,
- le groupe d'intégration sous forme de comité institué pour répondre à un problème de coordination permanente,
- un processus complexe d'intégration mettant en jeu plusieurs modes d'intégration, de manière coordonnée.

En milieu hospitalier, le constat montre que l'intégration par la voie hiérarchique est peu efficace du fait de l'écart important qui existe entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Elle peut cependant s'exprimer dans le corps infirmier qui possède une hiérarchie interne. Elle ne permet pas toujours la mise en œuvre de travaux novateurs et communs aux différents services. L'intégration par ajustement mutuel sous forme de simple communication informelle est couramment utilisée dans les services de soins. Elle facilite la coordination dans le quotidien de l'hôpital par la qualité des relations établies entre les différents responsables. L'intégration dans les comités ou les commissions permanents, comme le comité de direction, exclut une partie des acteurs du monde hospitalier. Dans le cadre de commissions ad hoc pour

¹³ CREMADEZ M.- GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*, 2ème édition. Edition LEMASSON. Paris 1997, p. 22, (citation de seconde main).

¹⁴ Ibid. 5.

instruire des problèmes ou des projets ponctuels ou complexes, la représentation des différentes logiques peut être envisagée par le privilège d'une vision transversale. La forme d'intégration choisie pour compenser la force de la différenciation détermine le contexte du pouvoir et le niveau de manipulation de l'organisation.

Ainsi, l'introduction d'une cohérence entre projets est particulièrement difficile dans le cadre d'une organisation dispersée et cloisonnée. Le processus stratégique ne s'appuie alors ni sur une vision d'ensemble de la structure, ni sur un consensus sur les objectifs à moyen terme. Par contre, une organisation qui s'articule autour d'un projet négocié avec les différents niveaux de la structure grâce à des systèmes de coordination efficaces capitalise les chances d'une intégration durable. La collaboration entre les différents acteurs de l'hôpital doit être construite sur des orientations fondamentales claires et partagées par les acteurs concernés.

1.2.3 Les utilisateurs de l'innovation.

1.2.3.1 Les logiques d'acteurs.

L'innovation n'est possible que par la présence d'acteurs au sein de l'entreprise fonctionnant suivant des orientations différentes.

N. ALTER dessine une innovation organisationnelle « *toujours conflictuelle et jamais achevée* ». Les acteurs qui y participent, partagent des valeurs et des stratégies contradictoires. Bien que soucieux de la réussite de l'entreprise et de son efficacité, ils ne donnent pas à ces préoccupations le même sens. « *Pour les uns l'innovation permet seulement de moderniser le processus de production. Pour les autres, elle représente aussi l'occasion de participer à la définition du sens de l'entreprise* »¹⁵. Le processus d'innovation repose sur un jeu social opposant trois logiques : l'innovation, la règle et la direction.

1.2.3.1.1 La fonction de direction.

La direction de l'entreprise précise les cibles de l'innovation, les objectifs et les moyens pour les atteindre. Malgré son pouvoir étendu, elle ne peut définir et contrôler les sources de l'innovation. La transformation de l'organisation s'inscrit dans l'articulation entre la volonté des dirigeants et le pouvoir laissé au reste de l'entreprise. Ce pouvoir se déclinera de façon contrastée suivant les représentations liées à la position et l'expérience des différents acteurs. La clarté s'obtient à l'occasion de la rencontre entre la logique du dirigeant et de l'opérateur après tâtonnements et oppositions. « *Ces situations de flux et de reflux des capacités des uns et des autres montrent que l'apparente stabilité des institutions cache souvent un désordre intérieur considérable* ». Ainsi les entreprises se confrontent avec leurs acteurs à « *deux*

*tendances antagonistes : la socialisation et la stabilité d'une part, la déviance et l'innovation d'autre part »*¹⁶.

Pour répondre à cet état, la logique de la direction cherche à développer une stratégie d'institutionnalisation des innovations proposées par la base opérationnelle. L'enjeu est d'assurer un contrôle social sur l'activité inventive des membres de l'organisation. Ainsi la direction agit sur deux tableaux. D'une part elle soutient le jeu des professionnels, porteurs de rationalité créatrice. D'autre part, elle maintient et renforce les positionnements légalistes afin de réduire le désordre lié à l'innovation.

Pour réguler les activités de transformation des organisations, la logique dirigeante agit suivant quatre phases souvent tendues socialement. La première étape, suivant N. ALTER, est « *l'incitation* »¹⁷. En effet au premier abord, la mise en œuvre du changement induit la méfiance des professionnels. La direction y répond par une politique volontariste avec une démarche d'information et de négociation qui rend « transparent » le projet. Elle sollicite l'appropriation de celui-ci par les acteurs et laisse à ces derniers une liberté d'initiative. A ce stade, la direction soutient les innovateurs au détriment des légalistes. Vient ensuite la phase du « *laisser-faire* » où les dirigeants laissent agir les groupes et les professionnels innovants. Ces derniers deviennent les porteurs du changement et de l'innovation. Le troisième volet est « *l'institutionnalisation régressive* » qui permet un retour à l'ordre. La direction intègre les innovations de la base dans la gestion institutionnelle. Elle transforme en droit interne ce qui relevait de l'informel. Pour cela, elle s'appuie sur le côté légaliste de l'entreprise. A ce niveau, l'équipe dirigeante développe ce que N. ALTER appelle « *la régulation du système d'innovation* ». La dernière phase est celle du « *désordre* ». La règle modernisée peut s'avérer insuffisante. En effet, les innovateurs ont fait l'apprentissage de l'influence qu'ils ont sur la structure par la créativité dont ils ont su faire preuve. Les légalistes sont confortés dans leur rôle d'intégrateur de l'innovation. Ceci amène les dirigeants à arbitrer en permanence entre ces deux tendances, l'innovation et l'institution.

Suivant les établissements publics de santé, l'équipe dirigeante se situe au sommet stratégique. Suivant les établissements, le directeur s'entoure de conseillers et collabore plus ou moins activement avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement et le directeur du Service de Soins infirmiers. Il se trouve confronté à des logiques antagonistes majorées par le nombre de segments intermédiaires qui existent entre le sommet et la base et par la complexité du système qui génère de multiples spécificités et décisions.

¹⁵ ALTER N. *La gestion du désordre en entreprise*. Edition L'Harmattan. Paris 1991.

¹⁶ Ibid. 15,p. 8.

¹⁷ Ibid. 15,p.104.

Cependant, dans le cadre de restructurations internes, la direction de l'hôpital peut développer une culture de l'innovation en incitant le niveau opérationnel au changement. Elle laisse alors un champ d'initiative et de créativité qui facilite l'appropriation du projet. Elle prend appui ensuite sur les directions fonctionnelles et les cadres intermédiaires pour intégrer les innovations dans le fonctionnement global de l'établissement.

1.2.3.1.2 Les innovateurs.

Les innovateurs se trouvent à tous les niveaux du fonctionnement de l'entreprise. Leur logique repose sur un investissement stratégique et économique. Elle passe par la structuration d'alliances permettant de prendre du champ à l'égard de la règle. Les règles de fonctionnement retenues sont celles jugées pertinentes pour le service. La logique d'innovation demande également une conduite professionnelle. La réunion d'opérateurs (cadres ou non) et de fonctionnels dans ce contexte montre l'existence d'un système social peu sensible au cloisonnement et peu bureaucratique. Cette communauté de travail s'appuie sur le partage de valeurs communes et la notion d'esprit d'équipe et d'efficacité.

La logique d'action des innovateurs, d'après N. ALTER¹⁸, est influencée par différents facteurs. Tout d'abord, ils contrôlent les incertitudes liées à la technique, l'organisation et la production. Ensuite, l'action innovante leur permet de conquérir l'autonomie, l'influence et la reconnaissance sociale. Ils disposent de ressources fortes liées à leur compétence technique et leur appartenance au système. La pérennité de leur action tient au poids de leurs alliances mais est aussi limitée par la contrainte réglementaire. La professionnalisation qui les habite tend à transformer l'ordre établi quelle que soit sa nature. Les innovateurs optimisent le système technique ou l'organisation pour majorer leur influence sur le fonctionnement. Le champ de l'innovation amène un jeu d'acteurs plus nombreux que dans l'univers bureaucratique.

L'hôpital détient des innovateurs. Ils se trouvent au niveau des services qu'ils soient administratifs, soignants ou logistiques. Dans le cadre de restructurations internes, les innovateurs sont de plus en plus sollicités dans le cadre de leur participation à l'évolution de leur outil de travail et de l'organisation. Les cadres de proximité animent leurs équipes avec conviction et cherchent à faire émerger la créativité de l'ensemble pour que l'outil corresponde au mieux aux besoins des patients et des soignants. Le cadre et son équipe peuvent créer alors des alliances avec d'autres services, l'équipe médicale et éventuellement les directions

¹⁸ Ibid. 15, p.94.

fonctionnelles. Il en est de même du corps médical. Quant aux directions fonctionnelles, elles peuvent favoriser l'innovation à titre individuel ou collectif. Elles cherchent parfois à se substituer à l'action de la direction ou investissent la logique de la règle.

1.2.3.1.3 Les légalistes.

A la logique de l'innovation s'oppose la logique de la règle. Les légalistes représentent souvent des acteurs ayant un statut social affirmé. Ils se reconnaissent comme légataires de l'application des éléments réglementaires de l'organisation. L'exercice de la règle possède un caractère stratégique avec comme enjeu majeur de formaliser les fonctions et les rôles en simultanéité avec le développement de l'innovation. La collaboration directe avec la direction et la délégation qui en résulte permet aux détenteurs de la règle de contrôler partiellement l'innovation. Ils sont les alliés de la direction dans l'institutionnalisation des innovations qu'ils transforment en règles, mœurs et valeurs dominantes.

Les directions fonctionnelles, dont la direction du service de soins infirmiers, et les cadres intermédiaires, comme les surveillants-chefs, participent à l'exercice de la règle dans les établissements hospitaliers.

Dans le cadre de restructurations internes hospitalières, les acteurs interagissent qu'ils soient du corps médical, non médical ou de la direction. La transformation du système dépend alors des « *stratégies mises en œuvre à l'intérieur de l'hôpital par les différents acteurs* »¹⁹ :

- "*la stratégie de coopération*" permet une adhésion consensuelle aux projets,
- "*la stratégie d'opportunisme*" utilise les opportunités notamment liées aux contingences extérieures,
- "*la stratégie d'autorité*" est dominée par un acteur dans la définition et la mise en œuvre d'un projet, soit d'origine technocratique (autorité politico-administrative), soit d'origine professionnelle (autorité médicale),
- "*la stratégie d'affrontement concurrentiel*" recherche un rôle dominant dans la définition et la mise en œuvre des projets pour acquérir ou contrôler des ressources.

Cependant, investir le champ de l'innovation si la gestion du désordre n'est pas coordonnée peut provoquer des effets délétères chez les individus.

¹⁹ CONTANDRIOPOULOS A.P., SOUTEYRAND Y. et al. *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*. Edition J.L. (Ministère du travail et des Affaires Sociales). Paris 1996, p.93.

1.2.3.2 Le dur métier d'acteur.

Le prix à payer pour participer au système social porté par l'innovation est l'auto-surmenage. Le pouvoir s'acquiert par des investissements répétés. L'accumulation des conflits entame la capacité à participer des opérateurs. L'innovation représente un investissement personnel élevé. L'instabilité des régulations de stratégies d'acteurs amène un dérèglement interne. La lassitude d'entreprendre devient une source de fragilité pour l'institution. Selon N. ALTER²⁰, l'acteur fatigué par la logique d'innovation non régulée et maîtrisée, recherche une porte de sortie. Celle-ci se traduit par l'apathie, le légalisme, la fermeture du métier ou le départ. L'apathie ou l'apesanteur sociale induit chez l'acteur des vellétés plutôt qu'une volonté opératoire. Il limite ses engagements tout en restant dans le même groupe d'appartenance. La lassitude d'entreprendre peut amener également l'acteur à diminuer son activité et intégrer le groupe des légalistes plus confortable. La position d'innovateur s'avérant trop coûteuse psychosocialement, la fermeture du métier permet de limiter les coûts de l'innovation. S'appuyant sur le professionnalisme, l'acteur développe une déontologie défensive et corporatiste. Enfin le départ lui évite de se battre et permet de participer à des situations innovantes dans d'autres lieux.

N. ALTER démontre que « *la capacité collective à innover s'opère trop souvent à un coût élevé pour l'acteur* ». L'absence d'organisation et de valeurs communes reflète l'indétermination des règles et entretient les situations conflictuelles. La fragilité des entreprises repose alors sur « *une double incapacité du management : celle d'accepter de gérer explicitement son désordre, celle de tirer partie de sa déviance en la soutenant* »²¹

Les acteurs en milieu hospitalier peuvent vivre cette lassitude par manque de cohérence dans l'équipe de direction. Chacun doit trouver son compte dans les changements proposés. L'arbitrage et la clarté des règles facilitent l'équité au sein de l'institution. La reconnaissance concrète et pratique de la valeur et du travail de chacun est un facteur de cohésion sociale important. Reconnaître l'expertise des opérateurs, ouvrir le débat sur les évolutions du système local de soins permettent à chacun d'avancer ses suggestions et libèrent les potentialités d'innovation. Cependant, les stratégies des différents acteurs hospitaliers ne sont pas spontanément coopératives car les intérêts défendus divergent. Les stratégies sectorielles et individuelles demandent à être coordonnées pour éviter des zones d'influence multiples et partager les finalités.

²⁰ Ibid. 15, p. 147.

²¹ ALTER N. La lassitude de l'acteur de l'innovation. *Sociologie du travail*. 1993. Pp. 447-467.

2 LA METHODE DES ETUDES DE CAS.

2.1 LES HYPOTHESES.

L'hôpital est une entreprise complexe qui implique la participation et la coopération la plus large des personnels au fonctionnement et à l'évolution des services et de l'institution. L'approche théorique nous montre l'importance de la place des acteurs dans l'évolution des structures. Respecter les différences et susciter l'innovation confortent le développement social au sein de l'hôpital mais nécessitent une intégration institutionnelle par une approche collective du changement. D'après Laurence BARANSKI²², ce processus d'intégration, pour une action cohérente, passe par différentes étapes que sont la compréhension, l'adhésion et l'appropriation par un maximum d'acteurs de l'établissement. La compréhension se situe au niveau cognitif de l'individu, l'adhésion conduit à l'acceptation du projet de changement et l'appropriation permet d'aboutir à l'élaboration de plans d'action et à l'adaptation des actions. L'infirmier général par sa position à l'articulation des différentes logiques (médicale, administrative et soignante) peut apporter une plus-value.

Nos expériences, en lien avec le cadre conceptuel, permettent de constater les effets d'un écart entre l'attendu d'un projet de restructuration interne hospitalière et les modalités de conduite et de mise en œuvre. Cet écart amène une perte de cohérence dans la guidance du changement, par définition déstabilisant, notamment pour les acteurs proches des centres opérationnels. Suivant les stratégies d'accompagnement choisies, les effets sur les acteurs et les organisations seront totalement différents.

Ainsi, trois hypothèses découlent de l'ensemble de cette réflexion :

« Dans le cadre de la gestion d'une restructuration, l'appropriation par les différents acteurs de la conception et de l'élaboration du projet est le gage de l'optimisation de celui-ci ».

« Dans ce contexte, l'infirmier général participe activement à la convergence des actions vers des objectifs communs au sein de l'équipe de direction ».

« En développant un mode de management approprié, l'infirmier général favorise la cohérence dans la préparation et la conduite de changement ».

²²BARANSKI L. *Le manager éclairé: piloter le changement*. Editions d'Organisation. PARIS 2000, p.132.
Marie-Renée PADELLEC – Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2001

Cette troisième hypothèse relève davantage du plan d'action développé en dernière partie du travail de recherche.

2.2 L'ANALYSE COMPARATIVE.

La méthode que nous avons retenue est celle des études de cas. Il s'agit d'une analyse comparative entre deux établissements qui ont chacun conçu et mis en œuvre des restructurations sur un secteur de chirurgie avec plateau technique associé. Elle vise à « *rechercher les différences et les ressemblances existant entre les situations qui font l'objet de la comparaison, en interprétant la signification de ces ressemblances et de ces différences et en essayant de découvrir à travers elle des régularités* »²³. Ceci suppose qu'il y ait un certain degré d'analogie entre les situations choisies que ce soit au niveau de la structure (deux établissements publics) ou du contexte (les restructurations internes). Les outils de recherche sont d'une part l'observation initiale des sites, d'autre part l'analyse documentaire au sein des établissements et enfin des entretiens susceptibles de confirmer l'analyse comparative effectuée.

Le choix de cette méthode répond à une de nos préoccupations au cours de la formation qui est d'exploiter au mieux l'expérience professionnelle antérieure pour qu'elle puisse être une référence utilisable dans l'exercice futur.

2.3 LES TECHNIQUES DE RECHERCHE.

2.3.1 Le choix de l'échantillon.

Pour confronter nos hypothèses à la réalité du terrain, nous avons choisi d'étudier deux centres hospitaliers situés dans deux régions différentes qui ont mené un projet de regroupement de services sur un nouveau site. Chaque établissement recherchait une rationalisation et une optimisation des activités des plateaux techniques, une diminution des lits d'hospitalisation chirurgicaux. Les deux projets sont actuellement finalisés en termes d'élaboration et de mise en œuvre. Dans chacun des sites, le niveau opérationnel s'est impliqué

²³ LOUBET DEL BAYLE J.L. *Introduction aux méthodes des sciences sociales*. Edition Privat. Paris.

dans la démarche avec un champ d'innovation possible notamment dans la conception architecturale et organisationnelle.

Le but de cette enquête est de dégager au travers de l'expérience de ces établissements, les effets organisationnels et humains obtenus suivant la démarche d'accompagnement développée par l'équipe de direction.

2.3.2 Choix des techniques de recueil.

Les techniques de recueil choisies sont en lien avec la méthode retenue et les informations recherchées. L'objectif étant de comparer deux situations, deux méthodes ont été utilisées :

- la description monographique,
- l'entretien.

La description permet de construire une représentation aussi exacte que possible de la réalité. Elle complète l'observation. Pour cela, elle doit être « *valide* »²⁴, c'est-à-dire représenter exactement les faits et « *opératoire* » pour faciliter les étapes du processus de recherche suivantes. La technique monographique donne une « *description approfondie d'un objet social réduit* »²⁵, c'est-à-dire qu'il est limité et concret et est décrit de manière aussi exhaustive que possible dans sa singularité et ses particularités.

L'entretien vient compléter les données. Il permet de tenir compte de la singularité de l'individu et de la situation. Il s'est intéressé aux acteurs des centres opérationnels (cadres supérieurs infirmiers et médecins-chef de service) et aux membres de l'équipe de direction sensés coordonner le projet (directeur fonctionnel et infirmier général). Un guide d'entretien a servi de fil conducteur à nos rencontres. Il a été identique pour tous les acteurs interviewés. Le propos était de s'interroger :

- au niveau opérationnel de la structure, sur la place de l'innovation dans l'appropriation du projet, celle de l'appropriation dans l'optimisation de ce dernier et sur les limites ;
- au niveau de l'institution, sur les modes de facilitation de convergence dans la démarche initiée ;
- sur le rôle de l'infirmier général au sein de l'équipe de direction et dans la préparation et la conduite de changement.

²⁴ Ibid. 23, p.125.

²⁵ Ibid. 23, p.126.

2.4 LES LIMITES DE LA METHODE.

L'échantillon des établissements et de la population enquêtés limite la généralisation de l'analyse. Cependant, il s'avère également significatif des situations vécues dans les hôpitaux. La description monographique est étroitement liée à la qualité des informations conservées dans les établissements. La consultation documentaire tend à montrer un manque de rigueur dans la formalisation méthodologique et l'évaluation de la démarche d'accompagnement. C'est pourquoi les entretiens se sont avérés intéressants, la tradition orale apportant des précisions et des compléments à l'approche écrite. Cependant, la technique de l'entretien amène toujours la question de l'objectivité de l'enquêteur et de l'enquêté, chacun ayant tendance à avoir sa représentation de la situation. Par contre, aucun blocage n'est apparu chez les professionnels interviewés. Nous pouvons regretter l'impossibilité d'exploiter d'entretien des infirmiers généraux, la comparaison n'étant pas possible du fait de l'absence de l'un d'eux.

DEUXIEME PARTIE : LA VALIDATION DES HYPOTHESES.

**« VOULOIR L'ORDRE SANS LE DESORDRE, C'EST MONTRER QUE
L'ON NE COMPREND RIEN AUX LOIS DE L'UNIVERS, C'EST REVER
UN CIEL SANS TERRE. »**

TCHOUANG TSUI.

1 DEUX CAS DE RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES.

1.1 LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL.

	ETABLISSEMENT A	ETABLISSEMENT B
CONTEXTE GLOBAL		
POPULATION SOIGNEE	Centre hospitalier de proximité drainant sa clientèle au niveau du département. Concurrence privée existe pour la chirurgie et la gynécobstétrique	Centre hospitalier universitaire et de proximité drainant sa clientèle majoritairement au niveau du département. Concurrence privée existe pour la chirurgie et la gynécobstétrique
TOTAL DES LITS	739 lits M.C.O., moyen et long séjour.	1446 lits M.C.O., moyen et long séjour.
EFFECTIF TOTAL	1197,50 postes non médicaux ; 96 postes médicaux et pharmaceutiques.	3658,60 postes non médicaux ; 327 postes médicaux et pharmaceutiques.

LA STRUCTURE CONCERNEE PAR LA RESTRUCTURATION

SPECIALITES ET NOMBRE DE LITS	Chirurgie générale (urologie et viscérale) : 70 lits. Orthopédie-traumatologie : 35 lits. Réanimation polyvalente : 10 lits. Bloc opératoire : 6 salles d'opération et 12 places en salle de surveillance post-interventionnelle. Diminution des lits de chirurgie et augmentation des lits de réanimation.	Urologie : 22 lits. Orthopédie-traumatologie : 78 lits. Réanimation médicale : 34 lits. Réanimation chirurgicale : 12 lits. Bloc opératoire : 10 salles d'opération et 19 places en salle de surveillance post-interventionnelle. Diminution des lits de chirurgie et augmentation des
-------------------------------	---	---

		lits de réanimation.
EFFECTIFS CONCERNES	155 postes.	195 postes
PERSONNEL CONCERNE	Infirmiers, aide-soignants, agents des services hospitaliers, cadres infirmiers et cadres supérieurs. Médecins, chirurgiens. Directeurs fonctionnels dont des travaux, des services économiques, des ressources humaines, des usagers et du service de soins infirmiers.	Infirmiers, aide-soignants, agents des services hospitaliers, cadres infirmiers et cadres supérieurs. Médecins, chirurgiens. Directeurs fonctionnels dont des travaux, des services économiques, des ressources humaines, et du service de soins infirmiers.

1.2 LE RECIT CHRONOLOGIQUE DES EVENEMENTS.

	ETABLISSEMENT A	ETABLISSEMENT B
ORIGINE DU PROJET DE RESTRUCTURATION	Répondre à la précarité des locaux. Rationaliser le fonctionnement en diminuant le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle..	Limiter l'éclatement des plateaux techniques. Regrouper des activités chirurgicales et de réanimation pour développer les complémentarités. Diminuer le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle. Répondre à la précarité de certains locaux.
NIVEAU STRATEGIQUE DU PROJET	<u>1987</u> : Une nouvelle équipe de direction. Une décision antérieure à la présence de cette équipe. Référence à un plan directeur et un programme d'établissement après avis des instances.	<u>1993</u> : Une décision s'appuyant sur un projet médical et un projet d'établissement. Référence à un plan directeur et un programme d'établissement après avis des instances. <u>Entre 1994 et 1996</u> :

	<p><u>1988</u> :</p> <p>Un projet d'établissement concomitant sous forme de charte d'établissement déclinée dans chaque direction, au niveau de l'encadrement et des services.</p> <p><u>Entre 1989 et 1991</u> :</p> <p>Négociation des moyens avec la tutelle D.R.A.S.S.</p>	<p>Elaboration d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'aide d'un groupe projet.</p> <p>Négociation d'un contrat d'objectifs et de moyens avec la tutelle D.R.A.S.S. puis A.R.H.</p> <p>Des changements d'orientation des activités restructurées en cours de mise en œuvre du projet.</p> <p><u>2001</u> :</p> <p>Décision d' « opérations-tiroirs » avec installation provisoire de services non concernés par la restructuration dans les nouveaux locaux.</p>
NIVEAU FONCTIONNEL DU PROJET	<p><u>1987</u> :</p> <p>Installation d'une cellule « Mission ouverture » préalable à la mise en service de la nouvelle structure.</p> <p><u>1988</u> :</p> <p>Arrivée de l'infirmier général : premier poste pour l'établissement et pour le candidat.</p> <p><u>1991</u> :</p> <p>Déménagement dans le nouveau site.</p> <p><u>1992</u> :</p> <p>Dissolution de la « Mission ouverture ».</p>	<p><u>1994</u> :</p> <p>Elaboration et mise en œuvre du projet architectural par la direction des travaux en lien avec les utilisateurs.</p> <p><u>1999</u> :</p> <p>Initiation d'une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences par la direction des ressources humaines en lien avec le personnel.</p> <p><u>2000</u> :</p> <p>Réflexion sur les équipements avec la direction des services économiques et logistiques.</p>
NIVEAU OPERATIONNEL	<u>Entre 1988 et 1991</u> :	<u>Entre 1994 et 2001</u> :

DU PROJET	Fonctionnement de groupes de travail jusqu'à l'ouverture de la nouvelle structure soit au sein des services, soit au niveau institutionnel.	Organisation de chaque service pour travailler sur le projet. Entretien de groupes de travail depuis 1994 pour certains services. Abandon de la démarche en 1999 pour d'autres. Inscription la même année pour les derniers en fonction des changements d'orientation.
-----------	---	---

1.3 LES OUTILS DU CHANGEMENT.

1.3.1 L'établissement A.

1.3.1.1 L'organisation du changement.

La conception et la mise en œuvre du projet de restructuration une fois validé, se sont déroulées sur cinq années. Il n'y a pas de comité de pilotage, mais l'installation d'une « Mission ouverture ». La méthodologie est définie par le directeur d'établissement. Il s'agit d'une structure provisoire, composée de quatre personnes, chargée d'assurer la coordination de l'ensemble des études préparatoires portant sur l'équipement et les conditions de fonctionnement des services transférés et des parties communes du bâtiment. Groupe interprofessionnel, il exerce sous la responsabilité d'un directeur adjoint. Il comporte un cadre paramédical, un cadre administratif issu de l'entreprise privée et une secrétaire, tous détachés de leur service et activités antérieures. Il a compétence sur l'ensemble des questions posées par l'aménagement et le fonctionnement des nouveaux bâtiments, à la seule exclusion des études d'effectifs de personnel qui relèvent de la direction des ressources humaines et de celle du service de soins infirmiers. A titre indicatif, on peut citer comme attributions les problèmes de circuits, le recueil d'avis des utilisateurs sur certains équipements, l'organisation et le pilotage de l'aménagement et du transfert des services.

Mission d'étude et de coordination, la « Mission ouverture » est appelée à travailler sous les directives des responsables des domaines concernés au niveau des directions

fonctionnelles, en faisant appel à des groupes d'utilisateurs dont elle recueille les conclusions. Elle s'appuie également sur les travaux réalisés au sein de l'établissement. Elle est considérée comme prestataire de service vis-à-vis des différentes directions et est directement rattachée au Directeur.

Des groupes de travail sont mis en place, animés ou coordonnés par le cadre infirmier de la « Mission ouverture », sur l'organisation du brancardage et l'accompagnement des malades entre les unités d'hospitalisation et le plateau technique, la création d'une équipe d'entretien, l'organisation des circuits. Des études transversales sont également menées par les membres de la « Mission ouverture » suivant une méthodologie définie et avec des propositions d'évolutions possibles.

En parallèle les services initient des groupes de réflexion sur les besoins du patient, les fonctions et les organisations. La direction des ressources humaines et la direction du service de soins infirmiers travaillent avec chaque cadre supérieur sur les effectifs et cherchent à mettre en place le « temps choisi ». La « Mission ouverture » coordonne ensuite les propositions, facilite l'intégration d'innovations comme la mise en place d'un service infirmier de compensation et de suppléance dans certains services ou l'argumentation des effectifs, auprès d'un représentant de la D.R.A.S.S., par les cadres après présentation au Comité Technique d'Etablissement. Elle met en relation les services concernés par les mêmes problématiques. Elle organise des rencontres entre tous les services restructurés. Elle participe à des réunions de coordination avec l'équipe de direction et fait le lien entre les directions fonctionnelles.

1.3.1.2 Le vécu des acteurs.

Les acteurs rencontrés sont un médecin, deux cadres supérieurs infirmiers et un directeur. Le directeur du service de soins infirmiers ayant participé au projet ne fait plus partie de l'établissement et n'a pu être entendu.

1.3.1.2.1 Place de l'innovation dans l'appropriation du projet.

Pour le directeur, son implication au début du projet a été difficile car il redoutait que « *la « Mission ouverture » empiète sur son domaine de compétences* ». « *Auparavant, l'organisation fonctionnait sans cette nouveauté et chaque directeur pouvait susciter l'innovation dans les services* ». A l'usage, il peut dire que la cellule s'est avérée un bon relais entre tous les acteurs touchés par la restructuration. Peu de dysfonctionnements se sont révélés dans l'aménagement de la nouvelle structure et pour sa part il a eu l'opportunité de négocier directement avec les services.

Le médecin chef de service exprime un scepticisme initial sur l'utilité et l'intérêt de la démarche « Mission ouverture ». Ayant l'habitude de traiter les problèmes sur le mode de l'urgence, son sentiment était une perte de temps en réunions. Par la suite, il a apprécié le

travail de cette structure qui a permis de « *prendre en compte les propositions de chacun* ». Au niveau des choix d'aménagement architectural chacun dans le service a pu apporter son idée. Il en a été de même pour le matériel et les équipements malgré les contraintes financières. « *Un espace nous était donné, à nous d'en organiser sa fonctionnalité* ».

Pour un des cadres, l'appropriation du projet passe par le champ d'action et de proposition laissé aux services « *à condition que la démagogie ne soit pas de mise* ». Elle nécessite la clarté des règles, de ce qui est attendu et des limites. « *Chaque groupe peut produire mais la production doit s'intégrer dans la politique de l'établissement* ». L'adhésion à un projet global s'est avérée difficile dans son expérience. Cependant, la possibilité de produire, voire d'innover a permis d'avancer et de s'approprier le projet devenu « *l'affaire de tous* ».

Pour l'autre cadre, la conception architecturale de son secteur a eu lieu avant son arrivée. Aussi, a-t-elle plutôt investi le champ de la mise en œuvre. La collaboration avec la « Mission ouverture » se situe aux niveaux de la logistique, des circuits, de l'articulation avec les plateaux techniques et de la pérennisation du système. Les équipements sont négociés directement avec les directions. Le travail avec les équipes recherche leur implication et l'intégration des nouveaux personnels. Il concerne surtout l'organisation, le fonctionnement et l'aménagement du service. « *Il ne s'agissait pas de transposer l'existant mais de démontrer les bénéfices du changement. Or les acteurs cherchent la sécurité et sont peu innovants naturellement* ». Des lignes directrices affichées dès le début lui paraissent nécessaires et lui ont manqué. L'appropriation par l'innovation existe mais cette dernière « *mérite d'être bornée pour limiter les désillusions au moment des choix* ».

1.3.1.2.2 Place de l'appropriation dans l'optimisation du projet.

Pour le directeur, l'optimisation du projet est liée à la fois à l'appropriation du niveau opérationnel et à la capacité de prévision de l'établissement. Au moment de l'aménagement, il n'y a pas eu de problèmes majeurs. « *Les réflexions préalables ont permis de les éviter* ».

Pour le médecin, l'appropriation des changements relève en priorité de l'engagement des équipes des services de soins. C'est ce qui rend performant le système. Par ailleurs, les points forts de l'établissement lui semblent être le partage de l'information, même si elle n'a pas toujours circulé au bon moment, et l'accompagnement dans le temps de la « Mission ouverture » qui rythmait les échéances.

Pour un des cadres, l'optimisation du projet repose sur la coordination et son pilotage. On ne peut pas « *laisser chaque direction faire* ». « *Chacun doit y voir clair* ». Pour cela, « *les retours d'information sont essentiels et se fondent sur la confiance* ». Durant les cinq années d'élaboration et de mise en œuvre de la restructuration, il y a eu « *peu de temps morts* ». La « Mission ouverture » reprenait régulièrement les éléments insuffisamment clarifiés. L'écoute et le soutien, les actions entreprises ont « *sécurisé le système et donné de la cohérence* ».

L'autre cadre y voit des limites. Même si l'appropriation, notamment des locaux, optimise le système, la durée de réalisation du projet est une contrainte. « *La maîtrise du temps en regard de la multitude d'acteurs* » se révèle difficile. Le budget et la résistance des acteurs par défaut de communication sont aussi des freins.

1.3.1.2.3 *Les modes de facilitation de convergences des actions dans la démarche suivie.*

Pour le directeur, la « Mission ouverture » a été un bon moyen de combiner les objectifs des différents services et ceux de l'institution. Il se questionne sur l'intérêt de la participation de ses membres aux réunions de direction. Un comité de pilotage était peut-être plus à même de recueillir les observations de la cellule. Cependant, cela a permis une actualisation des connaissances sur les avancées de la restructuration pour l'ensemble de l'équipe de direction.

Pour le médecin également, la « Mission ouverture » a favorisé la cohérence et le suivi du projet. Mais le travail de l'encadrement infirmier a aussi fortement fait avancer la réflexion auprès des équipes.

Pour les cadres supérieurs infirmiers, la « Mission ouverture » et le directeur du service de soins infirmiers ont été des éléments fédérateurs. Chaque service a eu sa part de créativité mais dans un cadre connu. « *Nous avons eu de l'autonomie et du soutien* », la « Mission ouverture » facilitant les démarches, la direction du service de soins infirmiers apportant son aide méthodologique. Pourtant, la notion de transversalité portée par la cellule « *nous paraissait peu familière* ». La laisser travailler les éléments communs ne convenait pas obligatoirement. Par la suite, « *nous avons vu l'importance de comparer les points de vue, de mettre à plat les différences pour avancer ensemble* ». La cohésion du groupe des cadres s'est renforcée à cette période.

Un des cadres précise que cette coordination permet de suivre l'état d'avancement du projet. Il pense que des référents thématiques au sein du service de soins infirmiers peuvent aussi apporter une plus-value à la démarche. Ils quêtent l'information et favorisent le décloisonnement. Il lui paraît surtout important de « *combiner au mieux la mission d'ouverture et la gestion du quotidien* ».

1.3.1.2.4 Le rôle de l'infirmier général au sein de l'équipe de direction et au niveau des services dans le cadre de la préparation et de la conduite du changement.

Pour le directeur, le rôle de l'infirmier général est difficile à définir. Lors de la restructuration, il s'est surtout situé dans la négociation des effectifs et la réflexion sur la charte d'établissement. « *Il s'agissait de son premier poste, il fallait qu'il trouve sa place à la fois dans l'équipe de direction et dans la gestion du service de soins infirmiers* ». Cependant, il pense qu'il a été plutôt facilitateur dans la mise en œuvre du projet.

Pour le médecin, l'infirmier général a apporté une « *dimension soignante* » à l'équipe de direction tout comme le cadre infirmier à la « *Mission ouverture* ». Il a plus participé aux réflexions sur les effectifs que sur les organisations, mais il semblait disponible pour aider les cadres dans leurs travaux.

Pour les cadres supérieurs infirmiers, la place de l'infirmier général s'est traduite au niveau de l'équipe de direction par un engagement et un partage de connaissances et d'informations. Il leur paraît important qu'il soit une force de proposition. Au niveau du service de soins infirmiers il doit être garant de la cohérence et de la méthode dans la préparation et la conduite du changement même si la « *Mission ouverture* » travaille avec lui. Il est à la fois « *garde-fou* » et impulsion dans le projet de restructuration. Arrivé en cours de projet, l'infirmier général tout en cherchant à asseoir sa place « *signalait sa présence par son écoute et son soutien* ». Un des cadres souhaite que l'infirmier général soit intégré précocement dans la « *Mission ouverture* » avec « *un mandat défini pour qu'il partage la totalité de l'avancement du projet et en maîtrise la connaissance* ». Dans l'équipe de direction, il doit « *faire valoir qu'il est un interlocuteur privilégié des directions fonctionnelles et du corps médical dans le domaine du soin* ». Avec les services de soins, il doit être « *vigilant à l'égard du découragement des équipes* » car des contraintes limitent souvent l'innovation exprimée et nécessitent d'être annoncées.

1.3.2 L'établissement B.

1.3.2.1 L'organisation du changement.

Le projet validé, l'élaboration et la mise en œuvre se sont déroulées sur sept années. Dans un premier temps, le directeur des travaux prend le pilotage du projet et organise des réunions préparatoires avec les utilisateurs notamment les chefs de service concernés, à qui il propose d'associer, s'ils le souhaitent, des collaborateurs médicaux et paramédicaux. Ces rencontres permettent d'étudier les moyens financiers nécessaires au fonctionnement de la nouvelle structure, en termes de travaux. Il propose la nomination de correspondants avec un correspondant paramédical permanent issu de la direction du service de soins infirmiers, un correspondant médical issu des services concernés par la restructuration. Il n'y a pas de correspondant pour la direction des ressources humaines ni pour la direction des services économiques et logistiques. Infirmier général dans un premier temps, le correspondant paramédical est représenté successivement, en cinq années, par quatre personnes. La direction du service de soins infirmiers, instable au niveau de ses responsables, ne peut assurer de suivi qui n'existe que depuis deux ans. Un cadre supérieur infirmier a, entre autres, pour mission d'accompagner la démarche, sans avoir été présent à son origine. Le correspondant médical, médecin-chef de service intégrant la nouvelle structure, s'intéresse surtout à l'évolution de son futur service. La direction des ressources humaines a un rôle purement administratif jusqu'en 1999 où un projet de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est envisagé. Animé par l'équipe de la direction des ressources humaines, non convaincue dans son ensemble de sa pertinence, le projet avorte un an après avec le départ du directeur. Il a permis une réflexion sur les profils des métiers, les évolutions envisagées et mis en évidence la nécessité de travailler les circuits, le transport des patients et l'entretien des locaux communs. Au niveau de la direction des services économiques et logistiques, les interfaces entre les besoins d'équipement et les travaux réalisés n'existent quasiment pas. Cependant, des réunions de chantier ont lieu permettant de coordonner le service des équipements médicaux, la téléphonie et les prestataires externes.

Pour sa part, le plateau technique, constitué des services de réanimation et du bloc opératoire, a été consulté dès le début de la réflexion. Une guidance a eu lieu sur la conception architecturale coordonnée par le directeur des travaux. Chaque service a travaillé son projet, organisé des réunions de travail en son sein. Les responsables en ont défini la méthodologie de conduite et recherché l'implication d'une majorité d'acteurs. Des propositions novatrices ont été faites et retenues. Les unités d'hospitalisation ayant subi des changements d'orientation, les services qui travaillent sur la mise en œuvre du projet ne sont pas ceux qui l'ont élaboré. Suite à

des « opérations-tiroirs » récemment définies, d'autres services investiront provisoirement les nouveaux locaux avant qu'ils ne les aient eux-mêmes intégrés.

1.3.2.2 Le vécu des acteurs.

Les acteurs rencontrés sont un médecin, trois cadres supérieurs infirmiers, un directeur et le directeur du service de soins infirmiers, ce dernier de façon informelle (n'ayant pu joindre celui de l'établissement A).

1.3.2.2.1 Place de l'innovation dans l'appropriation du projet.

Pour le directeur, chaque service a eu sa part de liberté d'initiative et de créativité pour faire évoluer le système notamment au niveau de la conception architecturale. Cependant, les changements d'orientation de spécialités pour les unités d'hospitalisation limitent l'implication des personnels. L'étude des organisations et des effectifs se fait à posteriori. Pour les blocs opératoires il n'y a pas eu d'étude préalable de l'organisation. Par contre, les services de réanimation ont induit un réel engagement de leurs membres et une maîtrise du projet qui ont facilité les négociations.

Pour le directeur du service de soins infirmiers, l'appropriation du projet passe obligatoirement par la participation des acteurs. Cependant, au vu des difficultés de suivi du projet par sa direction, elle reconnaît pouvoir répondre difficilement à cette question.

Pour le médecin chef de service, il y a eu deux phases dans le projet. La première phase, d'élaboration architecturale, s'est faite avec la guidance de la direction des travaux et une possibilité d'innovation dans la conception interne du service. La deuxième phase, de mise en œuvre, est « *moins performante* » avec un sentiment de non-anticipation des directions. « *Le discours est « on verra plus tard » et ce depuis quatre ans, avec des changements de directeur et un vide laissé à chaque fois* ». Cependant, « *la participation de tout le personnel a été une force et un répondant pertinent et intelligent malgré les changements d'individus au sein des équipes* ». Chacun a eu la possibilité d'apporter sa pierre à l'édifice du service.

Pour un des cadres supérieurs infirmiers, la liberté d'initiative et de créativité laissée aux personnels des centres opérationnels a permis l'évolution de l'organisation des soins et des moyens matériels correspondants. « *La responsabilisation de chaque acteur a été facilitée et a facilité ces évolutions* ». La conception architecturale du service est intimement liée à la conception de la prise en charge des patients accueillis malgré des réajustements en cours. L'impact du champ d'innovation pris par le service est surtout perceptible au niveau de l'architecture et le matériel, moins sur la gestion des ressources humaines. A son avis, cet espace innovant pris par le service est surtout lié à la volonté des responsables des services, médicaux et non médicaux. L'appropriation du projet par le personnel est réelle au sein du service mais pas au sein de l'institution. « *L'implication institutionnelle n'est pas reconnue par*

les équipes soignantes et ne reconnaît pas le travail réalisé ». Les propositions faites par les services se réalisent au niveau opérationnel mais sans une réelle intégration au sein de l'institution. Cette situation s'avère une « *source de fatigue* » notamment pour l'encadrement. « *Depuis six ans, il faut de l'endurance* ». Les équipes ont besoin d'une « *matérialisation de leurs réflexions* ».

Un autre cadre a pris le projet en route. La réflexion initiale concernait une spécialité médicale et non chirurgicale. Son service n'a pu participer à la conception originelle et se trouve ainsi limité dans l'innovation qu'elle soit architecturale ou matérielle. Son sentiment est « *qu'une grande part de l'innovation a été laissée au secteur initialement prévu sur le nouveau site* ». Aussi, « *si on limite le champ d'innovation, on limite le champ d'appropriation* ». L'encadrement infirmier représente l'acteur le plus impliqué actuellement, les médecins restant sur leur réserve. Les équipes sont sollicitées pour des aménagements dans l'organisation et l'équipement mais de façon restreinte. Pour ce cadre infirmier, ce qui facilite l'appropriation est « *de participer à la construction du projet dès le départ, de limiter la durée de sa réalisation et de donner les bonnes informations* ». A ce jour, l'appropriation est partielle suivant les axes travaillés par chacun.

Le troisième cadre confirme que l'innovation s'est faite au travers de la sollicitation et la participation des équipes, mais « *il a manqué le cadrage, et les changements fréquents d'interlocuteurs ont amputé le suivi* ». L'appropriation lui semble variable, certaines équipes ayant eu trop de temps et d'autres pas assez et un intérêt différent. « *Les moins impliqués sont ceux qui formulent le plus de critiques actuellement* ». Elle dépend aussi de l'équipe médicale. L'inscription des médecins suscite une motivation différente des équipes et des cadres.

1.3.2.2.2 *Place de l'appropriation dans l'optimisation du projet.*

Pour le directeur, l'optimisation du projet s'est trouvée perturbée par le manque d'anticipation et d'information de la part de l'équipe de direction. Il estime que la maîtrise des calendriers entre les différentes directions n'existe pas et ne permet donc pas le suivi des avancées du bâtiment. Ce manque induit un choix du matériel tardif et un surcoût financier.

Pour le médecin, l'optimisation du système est recherchée notamment par le niveau opérationnel et ce par nécessité. Le calendrier de la conduite du projet a été défini par le service et assuré par l'encadrement avec le souci d'améliorer l'hébergement des patients et les conditions de travail. Il lui manque cependant un cadre de référence institutionnel et il ressent la nécessité d'un accompagnement dans la durée.

Pour un des cadres supérieurs infirmiers, l'optimisation du projet passe par son appropriation mais demande un accompagnement des équipes ce qui fait défaut dans l'institution qui n'a pas de cellule projet. Il lui paraît important de savoir qui décide et d'identifier la marge de manœuvre concédée. « *L'évolution de la restructuration est peu suivie du fait de la*

trop grande fragmentation des directeurs et leur méconnaissance du projet dans sa globalité ». D'autre part, dans ce contexte, se pose le problème de la durée. « *Un projet endurant fait perdre le fil aux acteurs et engendre de l'épuisement* ». Il lui semble manquer de plans d'action intermédiaires avec la visualisation des étapes réalisées. Le service qu'il gère comporte quinze mouvements de personnel en moyenne par an pour 120 agents en place ce qui majore l'importance d'une cohérence interne de l'encadrement médico-paramédical.

Pour un autre cadre, l'appropriation du projet paraît un élément essentiel de l'optimisation d'une restructuration. Dans son expérience, certains éléments ont modéré cette optimisation, comme le fait de ne pas être à l'initiative du projet et de ne pas avoir eu le choix dans l'administration des locaux. De même, la multitude des interlocuteurs, le manque de structure et de coordination amènent une perte de sens pour les services.

Le dernier cadre pense que la performance serait augmentée par l'approfondissement de la complémentarité des services à l'égard du circuit du patient et non en les juxtaposant les uns à côté des autres. Mais, « *l'histoire veut que l'on réfléchisse par service et non au nom de l'établissement* ».

1.3.2.2.3 Les modes de facilitation de convergence des actions dans la démarche suivie.

Pour le directeur, le fait de ne pas avoir de chef de projet nommé pour coordonner les aspects financiers, architecturaux, matériels et humains ne participe pas à la cohérence des actions. Le manque de continuité au niveau de la direction du service de soins infirmiers est également un facteur défavorable.

Pour le médecin, aucune démarche n'a été initiée. « *Pour converger, il faut être deux* ». Les services ont du « *combler le néant car il n'y a pas eu d'aide institutionnelle* ». L'absence de méthodologie de travail est ressentie comme une « *carence institutionnelle* ». Avoir un conseil à certains moments et quelqu'un pour répartir les rôles lui paraissent intéressant tout comme exploiter les expériences antérieures de restructurations. « *Les procédures et la méthodologie utilisées pourraient être formalisées pour l'usage de ceux qui suivront* ». Des échanges ont eu lieu à la phase architecturale mais ensuite, il n'y a pas eu d'interlocuteur privilégié. Le service a peu travaillé avec la direction des services économiques et logistiques et aucunement avec la direction des ressources humaines. Avoir une démarche projet commune en respectant les propositions des services semble le mode de fonctionnement approprié. Elle passe par « *l'anticipation pour que le patient et le soignant s'y retrouvent au final* ». Elle a besoin d'un comité de pilotage pour avoir un interlocuteur identifiable, « *il faut un responsable* ». Elle doit avoir le souci de « *faire tourner la structure autour du patient* » et de « *diminuer l'écart entre le discours et la réalité* ». Les arrangements entre les services existent mais finissent par générer des dysfonctionnements.

Pour les cadres infirmiers, aucune démarche n'a été initiée dans l'établissement. Le sentiment est qu'il n'y a pas de pilote, pas d'élément ni de structure fédératrice. Chacun voit son domaine et son budget, agit à son niveau avec des décisions par direction et non d'établissement. Aucune méthode n'a été annoncée. L'organisation médicale est peu débattue et le travail des cadres manque de cadrage. Il n'y a pas de conduite de projet. La méthode a été définie par le service et non l'institution. « *Les propositions des services sont retenues par la force des choses* ». Par ailleurs, « *il manque aujourd'hui le partage des projets entre les cadres* » ce qui conduit par exemple à une incohérence dans les choix de matériel. De même ils déplorent les non-réflexions sur les circuits et sur ce qui était ressorti des travaux de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. « *Il n'y a pas de cohérence entre les directions, il s'agit d'une gestion à l'emporte-pièce, en fonction de l'urgence* ». Les organisations des services évoluent, pas celles des services prestataires ou des directions fonctionnelles et « *il faut sans cesse recommencer pour être entendu* ». Les mêmes dossiers sont retravaillés et remis en cause. « *Les directions s'affolent au dernier moment pour avoir une part de ruban dans la dernière ligne droite* » et « *l'encadrement de proximité se fatigue* ». Le processus d'information fonctionne mal. La négociation est ressentie souvent comme inexistante. Les liens sont faibles avec les directions et quasiment nuls avec la direction du service de soins infirmiers. La mise en place d'un groupe projet avec des rôles définis pour chacun de ses membres leur aurait paru intéressant. Mais, pour un des cadres, il faut faire la différence entre coordinateur et correspondant. Le correspondant « *prend des décisions souvent sans consultation, avec pour conséquence des doublons et une perte de temps et d'information, tout ceci majoré par un rôle mal défini* ». Le coordinateur prend en compte les données du terrain et peut être « *un vecteur des innovations et des évolutions des services au sein de l'institution* ». Structurer la conduite du projet et définir le rôle de chacun lui paraissent incontournables. Actuellement, les réunions servent à résoudre les problèmes et non à mesurer l'avancée des projets. « *La reconnaissance de chacun passe par une politique clairement affichée et une communication appropriée* ».

Le troisième cadre sent actuellement une lassitude et une démotivation des équipes majorées par les « opérations tiroirs » et le défaut de communication. « *Tout cela ne coulera pas le projet, mais l'appropriation sera celle du service et non celle du bâtiment* ». A son avis, plus on sollicite les acteurs, plus il y a besoin de coordonner. Les difficultés dans l'établissement relèvent du « *passage de modes de fonctionnement antérieurs autoritaires à l'ouverture large à la consultation pour faire des choix, et qui se fait dans le désordre* ». Coordination et régulation lui apparaissent fortement nécessaires dans la prise de décision.

1.3.2.2.4 *Le rôle de l'infirmier général au sein de l'équipe de direction et au niveau des services dans la préparation et la conduite du changement.*

Pour le directeur, le manque de continuité de la direction du service de soins infirmiers ne permet pas d'identifier le rôle de l'infirmier général. « *Au début, il avait toute sa place. Au fil du temps il a été oublié dans les convocations* ».

Pour le médecin, la non-permanence de l'infirmier général est « *une grosse erreur* ». Son rôle lui paraît « *essentiel s'il conserve une vision soignante qui manque fréquemment dans l'équipe de direction* ». Les activités transversales (ménage, circuits, transports) peuvent être coordonnées au sein d'un groupe restreint par l'infirmier général.

Pour les cadres supérieurs infirmiers, le rôle de l'infirmier général, dans cette expérience, est inexistant avec une méconnaissance totale du dossier et entraîne « *un défaut de soutien* » dans les actions des services et « *un gros poids sur les épaules des cadres supérieurs* ». Pourtant, il est « *garant de la plus-value que le service infirmier peut apporter aux soins et ses évolutions* ». Il doit « *améliorer la communication car actuellement, les seules informations reçues passent par l'interdiction et parlent peu de ce que la restructuration apporte au système* ». L'infirmier général a à travailler au départ avec l'encadrement pour définir certaines conduites au sein des services comme par exemple l'hygiène ou les équipements communs. Il peut faciliter les liens avec les directions et apporter « *aide, écoute et ouverture sur l'extérieur* ». Dans l'accompagnement du changement, il a la possibilité de « *favoriser le suivi par un intervenant extérieur* » auprès des équipes et en soutien de l'encadrement.

Un des cadres insiste sur le rôle primordial de l'infirmier général en lien avec le patient et le soignant. « *Participer à la conduite d'un projet de restructuration est une activité de proximité nécessaire pour une meilleure connaissance des services* ». La réalité est une « *délégation par défaut* » qui manque de clarté et d'échanges. Au sein de l'équipe de direction, « *il apporte un éclairage sur le fonctionnement des soignants et est l'interlocuteur dans le domaine des organisations autour du malade, du service infirmier et dans le cadre de la complémentarité médico-paramédicale* ». Dans la préparation et la conduite de restructurations, « *il a tout intérêt à reprendre les axes du projet de soins et des projets de service et de s'y consacrer à temps plein* ».

2 L'ANALYSE COMPARATIVE.

La description des deux situations de restructuration montre des éléments communs mais aussi des différences révélatrices des modes de management utilisés.

La décision initiale relève du pôle stratégique dans les deux établissements avec le soutien des instances. Les stratégies développées à ce niveau sont une stratégie d'opportunisme liée aux contingences extérieures, c'est-à-dire le besoin de rationaliser le système, et en interne une stratégie de coopération, notamment avec le président de la Commission Médicale d'Établissement. Suivant les structures, les stratégies au niveau fonctionnel varient. L'établissement A s'inscrit plutôt dans une stratégie de coopération entre directions et avec les services. L'établissement B recherche plus une stratégie d'affrontement concurrentiel, chaque direction ayant tendance à vouloir obtenir un rôle dominant. Dans les centres opérationnels, les stratégies sont à la fois de coopération entre les services et avec certaines directions et d'opportunité suivant les situations notamment dans l'établissement B. A partir de cette approche stratégique, certains éléments forts ressortent tant au niveau de la méthode que du vécu des acteurs. Nous les avons regroupés suivant cinq axes :

- l'anticipation, un des pôles stratégiques de la restructuration,
- l'innovation, principe de développement des organisations et des acteurs du projet de restructuration,
- le processus d'appropriation au service du projet de restructuration,
- le maintien de la cohérence du fonctionnement par la coordination du projet de restructuration,
- la communication de l'information indispensable à l'avancée du projet de restructuration.

2.1 L'ANTICIPATION, UN DES POLES STRATEGIQUES DE LA RESTRUCTURATION.

Une attitude essentielle pour tout établissement hospitalier dans le cadre de la gestion de son évolution consiste à se positionner par rapport à son environnement, en fonction de son potentiel propre et des opportunités. Il s'agit de faire de la prospective. Cette approche est en lien direct avec l'analyse de l'existant en raison de l'interaction importante qui existe entre l'état actuel et les ambitions pour le devenir de l'établissement.

L'établissement A tente cette approche stratégique en essayant d'anticiper les problématiques. L'installation de la « Mission ouverture » dès le début de la démarche d'élaboration et de mise en œuvre du projet permet, par l'information véhiculée, de percevoir les signaux porteurs de sens sur les forces et les faiblesses du système. L'anticipation se traduit

aux différents niveaux de la structure et en particulier de l'équipe de direction et semble favoriser la rapidité d'action. L'analyse de l'existant existe et permet d'interagir entre les objectifs et le potentiel réel de l'institution, entre le vouloir et le pouvoir, même si certains témoins ressentent une forme de démagogie. Les échéances sont respectées et l'aménagement se déroule sans difficultés et sans désordre majeurs.

L'établissement B pratique peu l'anticipation stratégique. Les contours futurs des besoins des clients et de l'institution manquent de clarté. L'information subit peu d'interprétation et se transforme difficilement en décision puis en action. Les expériences antérieures ne sont pas exploitées malgré le souhait du centre opérationnel. La non-anticipation des choix et de leurs conséquences prévaut, ce qui porte atteinte à la crédibilité des responsables. Le sentiment dominant est le manque de pilotage du projet

2.2 L'INNOVATION, PRINCIPE DE DEVELOPPEMENT DES ORGANISATIONS ET DES ACTEURS DU PROJET DE RESTRUCTURATION.

Pour vivre et se développer, les organisations ont besoin d'une part de créativité et d'innovation. La conduite de projet ouvre un espace propice à l'innovation. Se révéler créatif, s'autoriser l'invention, le non-conformisme, l'imagination, se donner droit à l'erreur, procéder par tâtonnements, tout cela participe au développement de la personne, à sa transformation, lui révèle un potentiel insoupçonné de créativité par la confrontation avec d'autres, la stimulation mutuelle. L'individu-acteur inscrit ainsi dans l'organisation sa marge de liberté, y exprime d'autres visions. Le changement nécessaire est l'affaire de tous les individus qui la souhaitent et ont conscience de sa nécessité.

Dans les deux établissements, les membres du centre opérationnel peuvent innover. Le champ de créativité octroyé concerne en particulier les volets organisationnels et architecturaux, les moyens en équipement et en personnel étant davantage soumis aux contraintes budgétaires. Cette possibilité de participation satisfait les professionnels et fait évoluer l'organisation des soins. La prise de responsabilité et l'affirmation d'une autonomie des services par la prise de multiples décisions permettent une appropriation du projet de restructuration par la majorité des acteurs des services de soins.

Cependant, accepter en son sein une variété d'éléments hétérogènes apporte contradictions, tensions et déséquilibre. Aussi le système doit-il intégrer ces informations de son environnement dans un processus de transformation qui recherche un nouvel équilibre et développe ses possibilités d'existence. Une direction qui s'inscrit dans cette perspective garantit des modes d'organisation qui permettent l'adaptabilité, conserve la capacité à l'ordre et intègre le désordre, l'énergie vitale du milieu opérationnel.

L'établissement A, la « Mission ouverture » et les réunions de travail internes aux services ont permis l'inscription des innovations dans le système global. Le directeur de cet établissement, en définissant le rôle de cette instance dès sa création, imprime par ce biais une méthodologie d'élaboration et de mise en œuvre du projet, même si pour certains cadres le bornage aurait pu être plus précis. Réglementer assure une bonne intégration, mais que fait-on alors de la différenciation stimulante et source d'innovation créatrice ? . Dans ce cas, il nous semble que la direction montre de l'ouverture pour faire évoluer son institution.

Dans l'établissement B, l'ensemble des professionnels interviewés souffre du manque d'implication institutionnelle dans la régulation de l'innovation. L'encadrement médico-paramédical est capable d'innover et de vivre sous ce mode non-conformiste, mais il est aussi raisonnable et socialisé. En effet, il cherche à transgresser mais aussi à s'intégrer dans le système. L'innovation représente un investissement personnel élevé et les remarques des cadres et du médecin montrent que le fonctionnement des directions fonctionnelles et l'absence de règles entraînent une certaine lassitude avec des signes d'épuisement et de démotivation. Le peu de reconnaissance de la valeur du travail de chacun amène le repli sur soi, génère des conflits et déstabilise la cohésion sociale. Contrôler le déroulement du processus de transformation d'une structure, réguler les écarts dans tous les domaines de la gestion et de la production impliquent pour l'équipe de direction conscience et méthodologie au niveau des objectifs et des moyens du fait de la complexité du système.

2.3 LE PROCESSUS D'APPROPRIATION AU SERVICE DU PROJET DE RESTRUCTURATION.

Le processus d'appropriation privilégie la confrontation et l'interaction d'idées et laisse une place importante à l'expression. Il demande de comprendre au préalable le projet, d'y adhérer pour accepter le changement et dépasser les désaccords, les craintes et les inquiétudes. L'appropriation vient ensuite et nécessite une réflexion concrète, collective pour aboutir à la mise en œuvre, l'adaptation et la cohérence des actions. Elle s'appuie sur une libre participation à la discussion, augmente le degré d'implication et favorise l'adoption de nouvelles normes partagées. Elle peut constituer un véritable levier de performance de l'institution.

Les deux établissements observés sont persuadés de l'importance de l'appropriation du projet et de la place de l'innovation dans le processus. Les groupes de travail internes aux services, animés par les cadres, ont été des lieux d'expression individuelle enrichissants pour la déclinaison de la nouvelle organisation et sources de mobilisation des acteurs dans la démarche de changement. La « Mission ouverture » dans l'établissement A participe à la généralisation de l'appropriation au niveau institutionnel. Elle contribue à optimiser le projet en développant une approche transversale. Par cette transversalité, elle tend à réaliser une

communication maximale aux différents niveaux de la structure et dans différents sens (formel, informel, hiérarchique, fonctionnel) et facilite le partage de l'information.

Dans l'établissement B, l'appropriation du projet se situe quasiment exclusivement au niveau du service et non sur l'ensemble du projet de restructuration. Pour les unités qui prennent le projet en cours, l'appropriation est partielle car il manque les étapes de la compréhension et de l'adhésion. Elles s'adaptent mais les désaccords et les inquiétudes se perpétuent. Elles cherchent surtout à se prémunir des effets de l'évolution plus ou moins turbulente de leur environnement. L'appropriation sous ce mode ne suffit pas à l'optimisation du projet par manque d'accompagnement institutionnel, d'information partagée et du fait de la fragmentation des directions fonctionnelles. Entretenir uniquement la différenciation de l'organisation interne permet à chaque entité de s'adapter à ses contraintes mais provoque aussi la balkanisation, le cloisonnement, renforce le caractère vertical du fonctionnement de l'hôpital et limite la qualité des relations horizontales entre services. D'autre part, pour les deux établissements, la durée de mise en œuvre est un handicap à un projet de changement, tout comme les contraintes budgétaires. Mais ces deux éléments dysfonctionnels ne sont-ils pas liés à un défaut de clarification, dès l'origine du projet, des limites du champ d'action des acteurs ? .

2.4 LE MAINTIEN DE LA COHERENCE DU FONCTIONNEMENT PAR LA COORDINATION DU PROJET DE RESTRUCTURATION.

L'institution hospitalière, système en lien avec son environnement, est un réseau d'éléments et d'individus en interaction dans des configurations aux multiples circuits imbriqués les uns dans les autres et qui s'influencent mutuellement. Face à cette complexité, son système formel ou légaliste peut organiser deux types de logiques complémentaires, le hiérarchique et le fonctionnel. Le hiérarchique se rapporte aux décisions, au contrôle, au rendre compte. Le fonctionnel concerne tout ce qui est régulation, élaboration, traitement de l'information, l'informel constituant le désordre à réguler. Pour favoriser l'innovation, l'organisation peut mettre en place des coordinateurs, agents de liaison, intégrateurs des différents points de vue, capables de regrouper les travaux de disciplines diverses dans des groupes de projets.

D'emblée, nous pouvons constater que la démarche proposée par l'établissement A répond aux attentes des acteurs. La mise en place de la « Mission ouverture » a permis de développer la cohérence pour tout ce qui touche aux activités et fonctionnements transversaux d'un établissement. Malgré la méfiance des personnes en place, plus enclins à la stabilité qu'au changement, elle a rallié l'ensemble des professionnels par son efficacité. Elle intervient à distance et dispose de plus de temps pour la réflexion que les directions fonctionnelles. Elle s'articule avec tous les acteurs et collabore à tous les niveaux de l'infrastructure hospitalière. Cela nécessite de déterminer les frontières d'exercice avec l'ensemble des partenaires,

notamment les directions fonctionnelles, pour éviter les conflits de pouvoir. Chaque service concerné par le déménagement définit le mode de prise en charge des patients dans la nouvelle organisation. La « Mission ouverture » coordonne les différents projets et modes de fonctionnement entre les services et avec les directions. Elle actualise les divergences dans le processus de transformation et participe à la cohésion du milieu de vie de l'organisation. Les informations circulent mieux et plus rapidement. Les conséquences des décisions de l'un sont a priori connues de tous.

Dans l'établissement B, l'intégration des logiques des centres opérationnels s'avère insuffisante dans le processus de décision. La spécialisation trop forte des directions fonctionnelles et leur cloisonnement participent au défaut d'approche transversale des problématiques et de coordination des différents projets. Les acteurs ne perçoivent pas clairement leur rôle, ni le type de missions qu'ils doivent mener. Cependant, l'ajustement mutuel permet au projet de restructuration de poursuivre sa progression. La décision devant être collective et son exécution supposant l'intervention de plusieurs personnes, les intéressés se consultent et tentent de s'adapter les uns aux autres par une communication informelle. L'échange de savoir-faire se fait sans contrôle hiérarchique.

La vie individuelle et collective de l'institution a tout intérêt à mettre en commun tous les efforts des équipes pluridisciplinaires compétentes. Les professionnels hospitaliers qualifiés, soucieux de l'élargissement de leurs connaissances sont conscients en général de ne pas être les seuls à construire et décider. Nous avons la conviction, dans le cadre d'un projet de restructuration, que la coordination doit être prévue pour ajuster les éléments de la structure et maintenir ensemble les différentes parties et les différents acteurs du système. Tout est question d'équilibre entre la différenciation qui stimule, dynamise, ouvre les portes de la responsabilité et génère du désordre et l'intégration qui raffermi, recentre, montre la voie de l'unité et gère le désordre.

2.5 LA COMMUNICATION DE L'INFORMATION INDISPENSABLE A L'AVANCEE DU PROJET DE RESTRUCTURATION.

L'échange d'information, au sein d'un système en démarche prospective, permet à chacun de connaître l'état d'avancement du projet et ses difficultés. Ces échanges autorisent le développement de synergies positives capables d'innover et de résoudre les multiples problèmes qui se posent lors de la gestion d'une restructuration.

L'établissement A a poursuivi une politique de communication sur son projet. Sans garantir l'adhésion de tous, les modes de circulation de l'information mis en place semblent avoir favorisé des comportements engagés et un contexte responsabilisant et mobilisateur. La « Mission ouverture », les groupes de travail, les réunions de coordination et les instances ont participé à la circulation de l'information, tant dans la dimension opérationnelle que dans la dimension motivationnelle sur l'avancée du projet. L'ensemble des partenaires contribuant à la mise en œuvre de la restructuration reconnaissent la plus-value apportée par la communication de l'information.

L'établissement B lie le défaut de passage de l'information à l'épuisement et la lassitude du centre opérationnel. La motivation à la tâche n'est pas entretenue par l'institution. Le silence ressenti par le médecin et les cadres sur l'avancée du projet crée un malaise, fait l'objet de commentaires et d'interprétations et amène un climat défavorable. La mauvaise communication institutionnelle stimule les craintes et alimente les suspicions des professionnels. Or être informé dans une démarche de restructuration n'est pas d'avoir l'information sur tout mais pouvoir par ce biais être intégré, exister. « *Informer dans une organisation par projet, c'est donner du sens à l'action des contributeurs, c'est dynamiser le groupe pour lui permettre d'atteindre les objectifs* »²⁶. Le rôle de l'équipe de direction à ce niveau paraît important dans la communication de proximité. L'exigence de transparence dans l'information, le besoin d'être accompagné et la demande d'une cohérence de l'équipe de direction font partie des facteurs à prendre en compte pour réussir les opérations de restructurations.

²⁶ BARJOU B. *Manager par projet*. ESF Editeur. PARIS 1999.

3 LE TEMPS DE LA SYNTHÈSE.

L'analyse des deux situations de rénovation de la prestation de soins témoigne que la construction d'une restructuration est un véritable travail d'anticipation et de conduite de projet. Les conditions de la réussite sont d'amener les acteurs à travailler autrement, à modifier leurs habitudes et à y trouver des bénéfices individuels et collectifs. Cela demande une phase stratégique appropriée et formalisée par l'équipe de direction et une phase organisationnelle, porte d'entrée du changement, soutenue par une démarche de communication qui allie production et appropriation. L'encadrement de proximité dans ce contexte poursuit un double objectif : gérer le quotidien en maintenant ses perspectives et parallèlement mettre en place la nouvelle organisation. Il a besoin pour cela d'outils et d'informations utiles pour accompagner la transformation de l'organisation et l'évolution des comportements et des compétences.

Le champ d'innovation laissé aux services de soins donne du sens au changement. Lorsqu'il est reconnu, il implique les acteurs puisqu'il fait référence à la création volontaire d'une nouvelle donnée organisationnelle. Cette possibilité de créativité et d'expression de tout professionnel-acteur mobilise les ressources humaines et œuvre au développement de l'organisation. Une fois les objectifs de l'institution et le rôle de chacun compris, l'étude réalisée montre que tout professionnel bien informé et régulé s'inscrit dans un processus d'appropriation. La qualité d'accompagnement de ce processus encourage la performance du projet de restructuration. L'appropriation concerne alors le projet dans sa globalité et ne se limite pas à celle des services. Par le biais de l'innovation, elle intervient aux stades de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet et entretient les effets au-delà de l'aménagement dans la nouvelle structure. Les acteurs du changement, que sont entre autres les personnels soignants et médicaux, se sentent impliqués, se mobilisent et peuvent développer des stratégies de coopération.

L'hypothèse de notre travail selon laquelle « ***l'appropriation par les différents acteurs de la conception et de l'élaboration du projet est le gage de l'optimisation de celui-ci*** » semble se confirmer sous réserve que l'équipe dirigeante développe l'anticipation et trouve le juste équilibre entre la gestion de l'ordre et du désordre, entre la continuité et le changement et digère ces flux de variables dynamisants.

La place de l'infirmier général dans cette démarche complexe offre un intérêt non négligeable comme élément intégrateur. Elle est peu investie, dans les deux établissements observés, par les protagonistes.

Or, « *l'intégration est nécessaire pour maintenir une unité et une cohérence au fonctionnement de l'entreprise. Elle permet de prendre en compte le caractère transversal des*

relations entre services »²⁷. Interface entre la structure administrative et le secteur médical et infirmier des services, source de cohésion au sein du service de soins infirmiers, l'infirmier général peut jouer un rôle de conciliateur. Il contribue alors à la coordination des réflexions spécifiques et participe à la cohérence des éléments communs et transversaux abordés dans la restructuration.

L'évolution de la profession, nous l'avons vu en introduction, invite l'infirmier général qui en a la volonté à agir autour de l'œuvre de soins en interdépendance et en complémentarité avec les autres partenaires hospitaliers et à s'impliquer dans une dynamique de coopération. Les témoignages dans notre étude confirment cette attente. Dans les deux établissements, médecins et directeurs insistent sur son expérience porteuse de la culture et de la connaissance des services dans l'équipe de direction. Ils estiment sa position facilitatrice dans l'organisation du projet. Les cadres attendent une implication plus forte de l'infirmier général dans le partage, l'avancement et la maîtrise du projet et le considèrent comme un interlocuteur privilégié dans le groupe dirigeant. Conduire le changement c'est à la fois suivre un dossier de proximité sur tous ses paramètres (effectifs, circuits, organisations transversales) et mener un travail de proximité permettant une meilleure connaissance des services et leur valorisation.

De notre point de vue, l'infirmier général est amené à prendre plusieurs « casquettes ». Au-delà de sa culture technique, il déploie :

- le volet stratégique du décideur au sein du service de soins infirmiers en tant que garant des objectifs fixés par le projet de soins,
- le volet intégrateur de logiques contradictoires, d'intérêts et d'enjeux divergents émergeant tout au long du projet du fait de la multitude d'intervenants,
- et le volet organisateur qui permet la coordination des moyens et le suivi des résultats.

Le volet intégrateur passe par la communication avec l'ensemble des acteurs et demande écoute, ouverture d'esprit, affirmation de soi et capacités de négociation. Suivant sa connaissance et sa compréhension de l'établissement par les relations instaurées dans les services, son appartenance au monde soignant, le partage d'un langage commun avec la communauté médicale, sa sensibilité et son attention à l'écoute des besoins des patients et des soignants, l'infirmier général peut affirmer son rôle de traducteur des différentes logiques et les mettre en relation les unes avec les autres. Dans une période de mise en œuvre de changement, cette position s'avère déterminante pour repérer les éléments permettant la compréhension des événements et éclairer les partenaires sur les activités et les difficultés du niveau opérationnel.

²⁷ HELFER J.P.-KALIKA M.-ORSONI J. *Management : stratégie et organisation*. Edition Vuilbert. TOURNAI 2000.

L'infirmier général a ainsi l'opportunité de « **participer activement à la convergence des actions vers des objectifs communs au sein de l'équipe de direction** ». Cependant, cette hypothèse, pour être confirmée, suppose que la direction soit donnée clairement par le pôle stratégique. Ceci est du rôle de la direction générale : organiser la coordination des efforts pour l'atteinte de buts collectifs présume une définition des modalités de participation des collaborateurs avec un statut et des missions claires qui limitent les conflits de territoire. Obtenir la coopération du groupe de direction paraît plus efficace que sa cohésion. En effet vouloir une cohésion à partir d'un somme d'individualités fortes, d'expertises, de logiques, de points de vue différents et parfois divergents serait illusoire. Une équipe de direction couvre des compétences complémentaires nécessaires à la réalisation d'un projet, mais elle doit avoir une volonté partagée de le mener à bien, centrée sur la réussite collective et non les intérêts personnels. Nous l'avons démontré, c'est dans la différence et la complémentarité que réside la richesse d'une équipe.

L'infirmier général, dans les projets de recomposition, participe à l'application des décisions stratégiques, intervient comme "contributeur" dans l'organisation des soins et doit développer un mode de management approprié dans la préparation et la conduite du changement. A la lumière de l'analyse des expériences étudiées et en référence au cadre conceptuel abordé, nous traiterons ce rôle managérial dans la dernière partie de ce travail qui s'intéresse aux axes stratégiques qu'un infirmier général, responsable d'un secteur soumis à des phases successives de restructurations internes, peut développer.

**TROISIEME PARTIE : AXES STRATEGIQUES ET
PROPOSITIONS D' ACTIONS**

**« AUCUN PROBLEME NE PEUT ETRE RESOLU SANS CHANGER
L' ETAT D' ESPRIT QUI L' A ENGENDRE. »**

A. EINSTEIN.

1 LES AXES STRATEGIQUES A DEVELOPPER

Dans la mutation moderne des institutions sanitaires, en raison des niveaux de complexité, des progrès technologiques et des évolutions structurelles exigées, l'hôpital n'est ni stable, ni tranquille, ni permanent, ni uniforme. Aussi, les managers sont aujourd'hui confrontés à des situations difficiles où l'ordre et le désordre forment un curieux mélange. Favoriser l'expression des autres, permettre l'autonomie, la déstructuration des comportements, des normes habituelles pour une meilleure participation de tous au projet commun nécessitent de réfléchir aux limites de la tolérance pour ne pas épuiser les acteurs de l'innovation et de la règle. Le savoir-faire des professionnels est seul capable de créer la dynamique de changement dont les organisations ont besoin. Mais le sommet stratégique doit penser les processus de régulation pour y faire face et rationaliser l'efficacité de la structure. Mettre de l'ordre et offrir à chacun la possibilité de rechercher sa place facilite une marge de liberté individuelle au service de la collectivité, les individus ne pouvant être totalement modelés par l'institution.

L'exploration théorique et l'analyse des établissements observés confirment la complexité des situations de changement et ce qu'elles suscitent au niveau des relations et de l'ambiance au travail, suivant la façon dont elles sont conduites. Ces éléments déterminants auront forcément des répercussions sur la personne soignée puisqu'ils sont a priori pensés pour elle. Sa position d'acteur dans le projet variera selon le champ d'autonomie et de créativité laissé aux acteurs du changement. Cette dernière partie envisage la conduite et l'accompagnement du changement par l'infirmier général, dans le cadre de projets de réorganisation, d'optimisation et d'évolution structurelles. Cette démarche s'appuie sur un management en trois dimensions développé par Laurence BARANSKI²⁸. Il s'applique à agir sur :

- la dimension globale qui se rapporte aux valeurs, aux finalités et aux orientations stratégiques de l'entreprise et contribue à entretenir la dynamique de changement,
- la dimension collective qui insiste sur la performance de l'équipe et sa mobilisation,
- la dimension personnalisée qui recentre le management sur la personne et réunit les conditions de la motivation des collaborateurs.

Ces trois dimensions entremêlées, indissociables interagissent en permanence et amènent à se poser la question de l'objectif poursuivi et du "comment s'y prendre pour l'atteindre". Le "quoi" du processus de changement exprime le contenu, l'approche technique, analytique,

²⁸ Ibid. 22, p.17.

rationnelle et économique de l'organisation. Le "comment" correspond à la manière de mettre en œuvre le changement et relève d'une approche humaine de l'institution.

L'infirmier général, mandaté par le directeur, fait partie de l'équipe responsable du projet de restructuration constituée par l'équipe de direction ou par une équipe spécifiquement dédiée. Il y peut favoriser la coopération à la réalisation de travaux transversaux et spécifiques à l'organisation des soins.

Pour cela, l'infirmier général doit être à l'aise dans sa pratique du management hiérarchique (gérer son activité quotidienne) et fonctionnel (être leader ou contribuer aux projets de changement). Il favorise le processus d'appropriation des orientations, la circulation de l'information utile à la mission et la prise de décision de chacun et des relations constructives. Pour aboutir à la mobilisation de l'équipe des collaborateurs que sont les cadres, il veille à obtenir et donner un milieu de travail structurant et encourage la créativité. Enfin, pour être un élément actif de la dynamique globale de changement et catalyser les énergies mobilisatrices des équipes, il promeut une approche personnalisée visant à réunir, pour chacun, les conditions de la motivation et à libérer leur potentiel. Cette gestion individuelle fixe des objectifs moteurs et réalistes, met en place des délégations efficaces et évalue les résultats obtenus. Pour construire le futur, il respecte l'identité de chacun et leur permet d'exister. Il reconnaît le résultat de leurs actions indispensable au maintien de leur implication et s'appuie sur l'écoute. Ces capacités supposent une réflexion personnelle sur la manière d'exercer le pouvoir.

2 LE PROJET D'ACTIONS.

En référence à ces principes de management nous proposons, après avoir pris en compte les forces et les faiblesses du lieu de notre futur exercice, d'aborder trois axes opérationnels dans le vaste domaine du management des démarches de restructurations internes :

- faciliter la circulation de l'information à l'ensemble de l'institution : l'analyse des situations des établissements hospitaliers montre en quoi le défaut de communication interne porte préjudice aux avancées du projet et produit une certaine lassitude notamment de la part de l'encadrement de proximité. Ce dernier tient pourtant une place primordiale dans la mise en œuvre du changement;
- tirer partie d'une coopération efficace au sein de l'équipe de direction : il s'agit de dépasser les rivalités et les rapports de force nés du cloisonnement entre les différentes directions et de coopérer à la réalisation de démarches transversales constructives. Contribuer à une dynamique de la confiance interpersonnelle, malgré les différentes logiques et disciplines impliquées, facilite l'intégration, la complémentarité et la collaboration des actions;
- concevoir un management stratégique et opérationnel auprès de l'équipe d'encadrement, capable de s'adapter aux nouveaux enjeux de l'organisation hospitalière : tout acteur participant au fonctionnement de l'hôpital et à la prise en charge du patient souhaite, nous l'avons démontré, un espace propice à l'innovation, à l'expérimentation de méthodes créatives, gages de l'adhésion et de l'appropriation du projet. Cependant, le développement professionnel des cadres et de leurs équipes exige de l'infirmier général la clarté des objectifs à atteindre et la reconnaissance de la performance de chacun. Gérer des personnes passe par la construction de relations de travail efficaces, la prise en compte des problèmes difficiles, la prudence et l'équité dans les dispositions prises.

2.1 LES FORCES ET LES FAIBLESSES DE NOTRE STRUCTURE D'AFFECTATION.

2.1.1 Les forces

2.1.1.1 Le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens.

Les restructurations successives sont inscrites dans le projet d'établissement deuxième génération, en lien avec le précédent et en anticipant le suivant. Elles concernent des rapprochements géographiques d'activités, la mise en place de fédérations de services et des réaménagements architecturaux. Elles ont été validées par les instances et acceptées par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Le projet médical a été élaboré à partir d'une réelle consultation pluridisciplinaire en cherchant à éviter les écueils d'une superposition de projets de chefs de services. Le contrat d'objectif et de moyens est en cours de négociation avec l'agence. La majorité des acteurs de l'institution entend la nécessité des réorganisations pour une réponse plus adaptée aux besoins de la population et sans moyens supplémentaires à priori.

2.1.1.2 L'accréditation.

La démarche d'accréditation réalisée dans l'établissement confirme son dynamisme et la politique d'amélioration continue de la qualité. La procédure d'auto-évaluation a permis un bon diagnostic du processus de prise en charge des patients.

2.1.1.3 La composition des réunions de l'équipe de direction.

Tous les directeurs et les directeurs adjoints sont conviés aux réunions de l'équipe de direction animées par le directeur général, une fois par semaine. Leur fonctionnement sera observé lors de notre prise de fonction.

2.1.1.4 Le projet de soins.

L'existence d'un projet de soins construit dans une logique paramédicale multidisciplinaire s'avère une ressource non négligeable. Le réexamen de l'environnement interne et externe accrédite la compréhension des forces et des faiblesses du service infirmier. Les structures d'organisation et les capacités managériales s'articulent autour du soigné et du soignant pour la continuité d'une prise en charge sécurisée et de qualité.

2.1.1.5 Un service de soins infirmiers structuré et dynamique.

Le service de soins infirmiers comprend un poste de directeur pourvu depuis plusieurs années, des postes d'infirmiers généraux partiellement occupés, des cadres supérieurs et des cadres infirmiers certifiés. L'organisation privilégie des infirmiers généraux de secteur de 500 à 600 lits et une répartition des cadres supérieurs par fédération. Ces derniers animent une équipe de cadres de proximité et assument en général une mission transverse. Leur groupe est homogène, dynamique et solidaire. Des séminaires réguliers sont animés par le directeur du service de soins infirmiers. L'encadrement de proximité est valorisé quantitativement et couvre la quasi-totalité des unités de soins. Il est régulièrement sollicité et participe aux groupes de travail pluridisciplinaires.

2.1.2 Les faiblesses.

2.1.2.1 Une culture pavillonnaire.

L'appartenance au service et le cloisonnement des directions restent prégnants. L'ouverture générée par l'auto-évaluation dans le cadre de la démarche d'accréditation n'est pas pérenne. La démarche continue de la qualité se développe par secteur et ne parvient pas à se généraliser.

2.1.2.2 Une direction du service de soins infirmiers non stabilisée.

L'équipe d'infirmiers généraux sera complète à notre arrivée. Depuis plusieurs années, l'équipe se renouvelle sans avoir été en nombre. La gestion du service de soins infirmiers a manqué à priori de suivi, et des modes de coopérations et d'exclusion se sont développés. Cette situation constitue un élément à prendre en compte dans la gestion et l'animation du secteur de responsabilité et dans la collaboration avec l'ensemble des partenaires.

2.1.2.3 Un groupe de cadres fatigués.

A l'instar du mouvement national, les cadres de l'établissement se sont fortement mobilisés et ont boycotté une partie des réflexions institutionnelles en cours. Des rencontres d'expression libre ont été instaurées par le directeur du service de soins infirmiers. Il en ressort

une réelle difficulté à coordonner les besoins des patients, l'épuisement de certaines équipes, l'exigence médicale et l'obligation administrative.

2.2 DES PROPOSITIONS D'ACTIONS.

2.2.1 Faciliter la circulation de l'information à l'ensemble de l'institution.

Comme le souligne Laurence BARANSKI²⁹, « *la communication a pour but de générer l'action et se transforme elle-même en action* ». La communication-information vise à donner le cadre de l'action mais se lit et s'intègre partiellement. Elle doit être complétée par la communication-action ou de proximité pour préciser les points de repère nécessaires à la compréhension des objectifs de l'institution et du rôle que les acteurs du changement peuvent y jouer. Pratiquer la communication-action favorise l'engagement. Elle s'adresse directement à ceux dont on attend une implication dans la mise en œuvre pour répondre le plus précisément possible à leurs interrogations, leurs inquiétudes et pour écouter leurs remarques. Communiquer exige de l'humilité face à la distorsion d'information entre le message diffusé et ce qui reste à l'auditeur, et de l'empathie pour optimiser le degré d'impact du message et de l'action. L'individu retient 10% de ce qu'il entend, 20% de ce qu'il entend et voit, 50% de ce qu'il entend, voit et fait et 80% de ce qu'il entend, voit, fait et le motive.

Pour cela nous aurons à définir une stratégie de communication pour communiquer pendant le projet, avec chaque acteur et sérier les moyens de communication.

²⁹Ibid. 22, p.130.

2.2.1.1 Communiquer pendant le projet.

La communication est responsabilisante. Elle invite les acteurs du projet à prendre position dans un cadre défini et à développer des synergies positives afin d'innover et de résoudre les multiples difficultés qui jalonnent le processus. Nous l'avons constaté au cours de notre enquête, il nous faut communiquer sur l'avancée du projet, les intentions, les orientations et les actions choisies. Cela suppose de prendre en compte trois dimensions : - la communication stratégique avec les instances permanentes et de pilotage pour des points d'étapes, des validations, des demandes d'informations,

- la communication promotionnelle auprès des relais hiérarchiques ou fonctionnels et de l'ensemble du personnel pour des explications, de l'information pure,

- la communication opérationnelle qui s'intéresse à la pédagogie du projet, recherche la consultation, rend compte des résultats.

Les actions de communication interviendront à ces différents niveaux, les situant dans le cadre du service de soins infirmiers et des activités transversales qui en découlent.

Cependant, elles devront satisfaire à plusieurs critères. Tout d'abord donner du sens et être concret demandent de s'adapter au niveau d'information du public concerné. Ensuite, il paraît important de pas viser l'exhaustivité mais la pertinence de l'information en fonction de la cible. Exprimer ses difficultés, expliciter et argumenter les choix d'ajustements répondent au besoin de clarification des services. Cette communication, pour avoir valeur d'exemplarité, doit être préparée dans le respect des interlocuteurs. Informer c'est aussi s'informer, c'est-à-dire écouter, questionner pour obtenir les réactions sur le projet, les reconnaître, faciliter leur expression, les prendre en compte et mesurer le niveau d'appropriation. La circulation de l'information est alors interactive et valorise les contributions, les critiques et les suggestions.

Explicatrice et mobilisatrice, la communication possède une vertu pédagogique si nous avons la capacité à l'adapter aux différents publics. Une des particularités des restructurations internes est l'interdisciplinarité des groupes de travail. Il faut communiquer avec des personnes ayant des normes différentes, parfois un vocabulaire spécifique ce qui implique une capacité à expliquer son point de vue et à comprendre celui des autres en développant l'écoute.

Enfin, la communication doit être régulière et respecter les engagements pris quelles que soient les contraintes. Elle n'est pas seulement une action de lancement du projet mais l'accompagne. L'état d'avancement du projet, les retards, les modifications apportées, les problèmes ou solutions techniques nécessitant des réajustements organisationnels ou structurels doivent être assidûment connus des collaborateurs et des partenaires. La pression opérationnelle conduit souvent à négliger la communication en phase de réalisation. Ce désengagement participe à la perte de crédibilité du projet. Entretenir notre présence sur le

terrain permettra de soutenir le projet. La position d'infirmier général de secteur en donne la possibilité.

2.2.1.2 Communiquer avec chaque acteur.

Il demeure important d'identifier tous les acteurs du projet que sont les cadres, le personnel, le corps médical, l'équipe de direction, la direction générale, les partenaires sociaux, les instances, les usagers et leurs représentants. A chacune des étapes de la restructuration et pour chacun des acteurs, seront précisés l'objectif général de la communication et ce qui est attendu d'eux. En effet, idéalement nous souhaiterions que la direction générale fixe les objectifs prioritaires et qu'elle valide les choix d'action. Chez les cadres supérieurs, qu'ils accordent une priorité au projet et s'engagent à organiser la disponibilité de leurs collaborateurs. Chez les cadres infirmiers, qu'ils s'impliquent dans sa réalisation, par des groupes de travail, en facilitant leur existence et leur activité. Chez le personnel qu'il comprenne l'intérêt du projet et soit source d'innovation. Chez le corps médical, qu'il participe aux groupes de travail et soit force de proposition. Chez les instances, qu'elles réagissent et fasse des propositions constructives. Cependant, si ces attentes demandent d'anticiper, elles n'augurent pas d'une adhésion complète. Elles permettent d'élaborer le plan de communication et de préparer les réunions. Communiquer étant une action interactive, ces rencontres seront l'occasion d'une réciprocité sur les attentes et les souhaits des partenaires.

Le calendrier de communication s'appuie sur le planning du projet. Il met en évidence les dates clés de la restructuration et anticipe les temps forts. Chaque action étant un sous projet, elle fait l'objet d'un plan d'action intermédiaire attendu des acteurs du milieu opérationnel.

2.2.1.3 Les moyens de la communication.

Le choix des moyens de communication demande de prendre en compte quelques principes. Communiquer "dans tous les sens" paraît fondamental. La communication ascendante permet de s'informer des réactions et de s'organiser pour que chacun puisse s'informer s'il le souhaite. C'est par exemple mettre en place des dispositifs pour que chaque cadre puisse suivre l'évolution générale du projet et la mise en œuvre dans sa propre unité. La communication descendante favorise l'information sur l'avancement du projet, ses ajustements et ses impacts. La communication transversale autorise le partage d'expériences, les confrontations des points de vue. Préférer le contact direct et privilégier des réseaux informels complètent la richesse de l'information;

Les outils et supports de communication à notre disposition sont variés. Nous en retiendrons trois :

- les supports institutionnels : le journal interne de l'hôpital généralise l'information et entretient la connaissance de l'existence du projet pour l'ensemble de l'institution. Ce mode de rédaction pourra être exploité, tout comme la messagerie par l'outil informatique, en restant vigilant sur le "trop d'informations";

- les supports formels spécifiques au projet : élaborer une lettre thématique du projet informera régulièrement les acteurs concernés par l'avancée de la restructuration, participera à la construction d'une identité du projet et renforcera sa crédibilité. Elle pourra être à l'initiative du groupe projet s'il existe, de l'équipe de direction ou des acteurs du terrain. Tout cela sera à définir en fonction de la méthodologie retenue par l'établissement. L'écrit étant un moyen pratique et économique pour transmettre des idées et garder une trace du déroulement du projet, préserver le "reporting" de ce dernier permettra d'informer les participants, la hiérarchie et éventuellement les usagers sur l'état d'avancement. Il assurera également sa traçabilité et limitera les effets de la rétention d'information. Cependant, pour faire un "reporting" efficace, il est essentiel d'identifier les destinataires et leurs préoccupations pour rédiger des rapports courts et rendre rapide leur lecture. Privilégier des entretiens avec les collaborateurs et partenaires, comme le corps médical, améliorera le recueil et la transmission d'informations et modèrera le désengagement. Réunir pour informer et susciter des interactions entre les individus parachèvera notre démarche notamment auprès de l'équipe d'encadrement. Ces réunions pourront être l'occasion d'effectuer des arbitrages pour déterminer certaines orientations conditionnant les tâches à venir. Il s'agira de réunions d'avancement du projet, en fonction du phasage, où chacun s'exprimera ou de réunions de "points en suspens" en cas de non-résolution de difficultés ou de problèmes et même de réunion de fin de projet, à l'issue du déménagement, pour valoriser la participation et connaître les résultats;

- les réseaux informels : pauses-café, repas partagés, clôture du projet par une fête simplifieront la communication-relation.

Cependant, faciliter la communication à l'ensemble de l'institution ne relève pas uniquement de l'action de l'infirmier général. La direction générale et l'équipe de direction en ont aussi la responsabilité. Elle ne sera que plus efficace si chaque membre possède une vision commune des finalités du projet et est prêt à partager des méthodes de travail collectif.

2.2.2 Tirer partie d'une coopération efficace au sein de l'équipe de direction.

L'esprit de coopération d'une équipe de direction permet à chaque membre de relayer l'impulsion et soutenir le changement dans son domaine d'action. Porteur de changement tout au long du processus, chacun en assure la crédibilité par le poids de la valeur de l'exemple et la cohérence de son discours avec celui de ses collègues.

2.2.2.1 Les facteurs nécessaires à la coopération.

En premier lieu, il est essentiel que les membres d'une équipe partagent une même perception des enjeux et de la nature du changement. Cela requiert d'échanger sur la vision des transformations à mettre en œuvre, les convictions de leur nécessité ou tout au moins de leur intangibilité, les conséquences pour chaque direction et sa mission propre dans le cadre du projet.

L'écoute et la reconnaissance des contraintes et des difficultés des uns et des autres ne signifient pas que chacun aura compris ou suivra automatiquement le mouvement parce que sa fonction l'y engage mais plutôt considérer que, tout professionnel que nous soyons, le processus d'appropriation doit laisser une place à l'expression individuelle. Il semble important de sortir du schéma de réunion où les échanges sont bilatéraux pour privilégier un lieu de confrontation et d'interactions d'idées.

Manque de coopération entre responsables, cloisonnement, rétention d'information, focalisation sur son domaine de responsabilité sont autant d'obstacles à l'esprit d'équipe et la cohérence de l'action. Nous souhaiterions contribuer à voir la méfiance laisser place à la confiance et privilégier l'intérêt collectif au-delà des intérêts individuels.

2.2.2.2 La sûreté de la coopération.

La coopération sera préservée si la participation des membres est formalisée par un statut et des missions claires. Organiser et diriger un projet implique la désignation d'un chef de projet secondé par ses collègues ou des collaborateurs. Lettres ou contrats de mission assureront la répartition des activités. L'élaboration de règles du jeu communes simplifiera le fonctionnement.

Selon les auteurs de l'ouvrage "La dynamique de la confiance"³⁰, la sûreté de la coopération est un "vecteur à quatre composantes : fiabilité, maintenabilité, disponibilité et sécurité". La fiabilité réside dans une logique de coopération mutuelle en dépit des dilemmes successifs rencontrés pendant la durée du projet. Elle augmente la confiance des acteurs dans le système et le projet commun. La maintenance de la coopération demande à se doter d'une méthode de résolution de conflit acceptée. Obtenir le concours de tous à tout moment jugé important joue sur la disponibilité et la capacité à se re-mobiliser en équipe. Garantir la sécurité, c'est compter sur la coopération de tous aux moments dangereux du projet.

Nous sommes conscients que cette coopération ne peut se décréter et qu'elle n'existera que si le directeur d'établissement et les acteurs de l'équipe de direction en ont la volonté. Pour notre part, nous souhaiterions vivement collaborer dans une équipe qui véhicule des différences mais sache travailler ensemble. La coopération est pour nous source d'efficacité sur le long terme. En effet, en se référant à l'organisation des soins, l'infirmier général doit se poser la question : "qu'est-ce que nous avons à faire ensemble pour faire évoluer le système?". Il sera possible d'agir en partenariat avec le directeur des ressources humaines dans la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences déjà initiée. Nous participerons à la réflexion sur les redéploiements éventuels (redéfinition des postes, nouvelle répartition des effectifs et des qualifications par service, reconversions professionnelles). De même, nous rechercherons la cohérence de l'organisation des soins dans les conceptions architecturales. Une étude commune et transversale avec la direction des services économiques et de la logistique et les services de soins aidera à la rationalisation de l'équipement et de l'aménagement. La coopération amorcée et le soutien de la direction du service de soins infirmiers épauleront le management de l'équipe d'encadrement des services de soins.

³⁰ LE CARDINAL G.- GUYONNET J.F.- POUZOULLIC B. *La dynamique de la confiance : construire la coopération dans les projets complexes*. Edition Dunod. PARIS 1997.

2.2.3 Concevoir un management stratégique et opérationnel auprès de l'équipe d'encadrement, capable de s'adapter aux nouveaux enjeux de l'organisation hospitalière.

L'hôpital est un système complexe qui évolue de façon continue dans un univers complexe. Identifiés collectivement, les besoins d'évolution sont vite assimilés et engendrent une révision rapide des conduites opérationnelles. L'anticipation et la concertation optimisent ainsi la vitesse d'adaptation. Une gestion stratégique des compétences individuelles et collectives et une culture de l'initiative et de l'innovation menées par l'infirmier général éveillent chez les collaborateurs que sont les cadres, une logique de contribution à la démarche de restructuration. Pour y parvenir, nous recourons au projet de soins existant qui a pris le temps de réexaminer l'environnement externe et l'organisation des soins en place, tout comme aux projets médical, social et logistique qui influenceront inévitablement les choix. Dans un second temps, quatre étapes sont à nos yeux incontournables :

- s'accorder sur la stratégie,
- planifier, mettre en œuvre et contrôler,
- gérer les activités, les personnes, les ressources,
- évaluer et améliorer les performances.

2.2.3.1 S'accorder sur la stratégie.

Mettre en œuvre un processus de changement avec l'encadrement infirmier, leurs équipes et les collaborateurs que sont les médecins, demande à définir et faire connaître notre vision et notre mission. Encourager la créativité et l'innovation et la prise de risque justifiée exige de clarifier la mission des cadres et leur niveau de responsabilité. Cela suppose de notre part cohérence et réalisme lors de la consultation des parties prenantes. Restructurer un secteur d'activités passe par une mise à plat du fonctionnement actuel et des propositions d'évolution. Il est important de confirmer aux interlocuteurs qu'il ne s'agit pas de transposer l'existant.

2.2.3.2 Planifier mettre en œuvre et contrôler.

Pour que les objectifs se réalisent nous aurons besoin de développer des plans d'action, de les mettre en œuvre avec les cadres et d'en contrôler les résultats. Le but général de la planification est de concevoir et de mettre en place les dispositifs d'ordonnancement des actions et les outils de contrôle de l'avancement du projet. Elle permet de manier le temps de façon coordonnée pour optimiser la gestion des ressources, tenir les délais et négocier les

ajustements nécessaires. Un plan d'action pourra être défini par l'infirmier général avec chaque direction et l'encadrement infirmier. Seront ainsi déterminés le phasage, les actions à prévoir, le calendrier et le compte à rebours sur deux ou trois ans. La planification réclame du bon sens, de l'anticipation et de la flexibilité pour organiser le temps, positionner et motiver les cadres et cerner les ressources. Elle devra avoir le soutien des décideurs et répondre aux exigences éthiques et légales, ces dernières pouvant être contraignantes dans le cadre de l'hygiène ou des vigilances par exemple. Elle s'adressera à l'ensemble des partenaires, et pas uniquement la filière infirmière, et maintiendra le partage de l'information.

L'assimilation du résultat par la structure sera d'autant plus aisée que les personnes concernées auront été associées le plus en amont possible à la définition et la mise en œuvre du projet. Aussi, nous assumerons la délégation d'une partie de la responsabilité et de l'autorité aux collaborateurs que sont les cadres supérieurs infirmiers. Déléguer c'est confier la réalisation d'une tâche en donnant une autonomie sur les choix, la mise en œuvre des méthodes et des moyens pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre de contraintes définies. Cela sous-entend de se tenir à disposition du collaborateur en fonction de son besoin d'informations, de conseils ou de soutien. Concrètement, cela pourra se traduire auprès des cadres supérieurs par deux approches managériales complémentaires. D'une part, organiser des temps de rencontre réguliers sur les avancées du projet et les difficultés rencontrées, et des réunions thématiques incluant des personnes concernées ou expertes (sur le thème de l'ergonomie par exemple), participerait à la démystification du changement et à la qualité des informations ascendantes. D'autre part, désigner des cadres supérieurs en binôme pour étudier une problématique commune et faire des propositions, entretiendrait une collaboration étroite entre l'infirmier général et les cadres mais aussi les différentes directions. En effet, en travaillant sur des thèmes transversaux comme l'hôtellerie, l'organisation des postes de soins, le circuit et le transport des patients, ces cadres deviendraient l'interlocuteur des directions concernées.

Par ailleurs, les cadres infirmiers de proximité sont également engagés dans le processus de changement, non seulement comme animateur de leur équipe et responsables de groupes de travail, mais aussi comme relais auprès des médecins. Installer un dispositif d'assistance à l'appropriation assurerait notre soutien à la mise en œuvre au plus près des unités. Les cadres seraient chargés de recenser les problèmes posés. Les visites de chantier régulières, formelles ou informelles faciliteraient l'appropriation des lieux et le suivi de la mise en œuvre. La formation est également un excellent levier. Elle favorise le partage d'une même réalité entre les acteurs. Nous prioriserons la négociation de stages de découverte et de comparaison avec des établissements ayant connu des démarches similaires, le développement de la formation-action à l'accompagnement du changement en associant dans la mesure du possible l'équipe paramédicale et médicale.

2.2.3.3 Gérer les activités, les personnes et les ressources.

Gérer les activités demande en tout premier lieu à l'infirmier général de maintenir et de promouvoir une activité capable de satisfaire les demandes et les besoins des patients. Le projet d'établissement donne les orientations. Les nouvelles organisations seront conçues selon des opérations centrées sur la personne soignée et la qualité du service rendu. Son feed-back sera sollicité par l'intermédiaire des enquêtes de satisfaction réalisées par l'établissement et engagerons les actions correctrices nécessaires. Nous retenons aussi la réflexion du médecin de l'établissement B, qui regrettait la non prise en compte des expériences antérieures. Nous examinerons les évaluations faites lors des précédents changements si elles existent. Par ailleurs, entretenir la démarche-qualité portée par l'établissement s'inscrit également dans la gestion des activités. L'analyse du processus de prise en charge du patient pourrait être un moyen de faire évoluer la culture de l'amélioration permanente et de rendre plus performantes les réorganisations.

La gestion des personnes se trouve relayée très largement au niveau des secteurs, des services et des unités animés par les cadres. Les profils de poste et les descriptifs, les entretiens d'évaluation existent. Nous collaborerons à identifier les ressources humaines requises pour atteindre les objectifs, au programme d'intégration des nouveaux membres, au développement des équipes et des personnes et à la préparation et à l'accompagnement de l'évolution des compétences. Le plan de formation servira d'appui à cette politique. Nous rechercherons les occasions de donner un retour aux équipes et aux personnes sur leurs performances.

Enfin, gérer les ressources matérielles se fera sur le mode du partage et de la négociation, leur attribution étant dépendante des autres directions fonctionnelles. Nous tendrons cependant à améliorer continuellement leur utilisation.

2.2.3.4 Evaluer et améliorer les performances.

Le bilan qualitatif du projet s'inscrit dans la logique d'une démarche-qualité qui donne lieu à une analyse des points forts et faibles des actions engagées, en vue d'en dégager des règles, de corriger dans l'avenir les erreurs ou de généraliser dans les pratiques quotidiennes "ce qui a marché". Evincer le temps d'évaluation prive la structure d'un levier de renforcement de la dynamique globale de changement.

Les restructurations internes envisagées dans l'établissement et le secteur d'affectation, se dérouleront sur plusieurs années. Des évaluations intermédiaires permettront de valoriser les expériences réussies et de positiver l'inéluctable changement, tout en appréciant les succès et les échecs.

Le processus d'évaluation s'intéressera à la réussite de la restructuration en tant que conduite de projet et à ses effets sur les pratiques. Il sera développé en direction :

- du mode de management développé et des dispositifs proposés : délégation, planification, dispositif de formation, modalités de transfert de la structure, plan de communication, reconnaissance des contributions, etc.,
- de l'implication des personnels et de leur satisfaction : maîtrise de l'environnement, accompagnement au changement, décloisonnement, etc.,
- des relations avec les différents partenaires et les niveaux de collaboration,
- de la satisfaction de l'utilisateur : enquêtes et questionnaires de satisfaction, retours de la commission de conciliation.

La toile d'araignée ainsi tissée permettra de balayer l'ensemble du projet de restructuration et de faire remonter une information pertinente. Soutenir et prendre appui sur l'équipe d'encadrement seront des priorités incontournables, car elle intervient à toutes les phases du projet, de la sensibilisation à l'accompagnement en passant par la préparation organisationnelle et technique. Encourager leur collaboration et la diversité des styles de travail, intégrer leurs propositions pourront susciter leur implication et limiter leur désenchantement et leur désengagement.

La mise en place de telles actions en tant qu'infirmier général de secteur s'accompagnera au préalable d'informations et de discussions au sein de la direction du service de soins infirmiers. Sans cette dynamique de confiance et de coopération il en va de la cohérence du service. La position du directeur du service de soins infirmiers, son expérience, sa connaissance de l'institution seront une ressource pour l'action future.

CONCLUSION.

En avril 1999, le groupe LAENNEC³¹ constatait que « *les restructurations hospitalières nous concernent tous désormais* », que « *le changement subi ou provoqué impose la rupture avec l'ancien et met fortement à l'épreuve les responsables et les équipes* ». Les réorganisations internes n'échappent pas à cette instabilité. L'établissement et son équipe de direction n'ont plus qu'à s'adapter à ces nouveaux enjeux et concilier l'ordre et le chaos. Tout en maintenant des structures, facteurs de stabilité, qui tendent à homogénéiser et standardiser, ils doivent favoriser le processus de transformation qui garantira les mutations souhaitées. Ils évoluent à l'articulation de deux logiques opposées. L'une découle du pouvoir légitime, ils dirigent, maintiennent l'ordre institutionnel et garantissent les règles du jeu et la coordination. L'autre relève d'une volonté délibérée de changement pour développer le système et lui permettre de se modifier. Elle favorise l'innovation et la désorganisation.

L'infirmier général se trouve confronter à cette alternative. Suivant les stratégies qu'il va privilégier pour motiver ses collaborateurs, prendre des décisions, organiser le travail et gérer les compétences, il se montrera tour à tour stratège, intégrateur ou organisateur. Quel que soit notre positionnement dans ce jeu stratégique, l'objectif principal, la visée permanente restera de développer, en dehors des logiques de territoire, la contribution des équipes soignantes à une prise en charge cohérente et de qualité des patients. Notre projet peut paraître ambitieux. Etre capable de s'adapter en permanence et souvent rapidement et intégrer des personnels de plus en plus autonomes n'est certes pas une mission aisée mais nous avons la conviction que permettre aux qualités individuelles des professionnels de participer et de se mettre au service de la réussite collective, est un gage de performance des transformations de la structure hospitalière. Tout projet de changement reste avant tout une aventure humaine.

³¹ Groupe LAENNEC : Accompagner les restructurations. *Gestions Hospitalières*. Avril 1999, pp. 261-265.

Bibliographie

OUVRAGES

ALTER Norbert - La gestion du désordre en entreprise – Paris, Edition L'Harmattan, 1993, 207p.

ALTER Norbert – L'innovation ordinaire – Paris, Edition PUF, 2000, p.

BARANSKI Laurence – Le manager éclairé : piloter le changement – Paris, Editions d'Organisation, 2000, 353p.

BARJOU Bertrand – Manager par projet. Méthodes et comportements pour animer hors statut hiérarchique – Paris, ESF Editeurs, 1999, 134p.

CONTANDRIOPOULOS André Pierre, SOUTEYRAND Yves, BASY-LAMAURY Claire et al. – L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins – Paris, Edition John Libbey Eurotext, 1996, 317p.

CREMADEZ Michel, GRATEAU François – Le management stratégique hospitalier, 2^{ème} édition – Paris, Edition Lemasson, 1997, 448p.

FREIDSON Eliot – La profession médicale – Paris, Edition Payot, 1984, 369p.

HELPER J.Pierre, KALIKA Michel, ORSINI Jacques – Management : stratégie et organisation – Tournai, Edition Vuilbert, 2000, 422p.

LOUBET DEL BAYE Jean Louis – Introduction aux méthodes des sciences sociales – Paris, ESF Editeur.

LE CARDINAL Gilles, GUYONNET J.François, POUZOULLIC Bruno – La dynamique de la confiance : construire la coopération dans les projets complexes – Paris, Edition Dunod, 1997, 246p.

MINTZBERG Henry – Le management. Voyage au centre des organisations – Clamecy, Editions d'Organisation, 1990, 570p.

SAINSAULIEU Renaud – Sociologie de l'entreprise. Organisation, culture et développement, 2^{ème} édition – Paris, Edition Presse de Science Po et Dalloz, 1997, 476p.

ARTICLES.

ALTER Norbert – La lassitude de l'acteur de l'innovation – Sociologie du travail, 1993, pp 447-467.

ALTER Norbert – Innovation et organisation : deux légitimités en concurrence – Revue française de sociologie, 1993, pp. 447-468.

CREMADEZ Michel – Les clés de l'évolution du monde hospitalier – Cahiers de Gestion Hospitalière, N° 266, Mai 1987, pp. 285-306.

Groupe LAENNEC – Accompagner les restructurations – Gestions Hospitalières, N° 385, Avril 1999, pp.261-265.

HUARD Pierre – L'hôpital comme organisation formelle – Techniques Hospitalières, N° 377, Février 1977, pp. 45-53.

MEMOIRES.

BELLET Bruno – Et si l'infirmier général devenait directeur de soins – Formation Infirmiers Généraux, 1997.

GOURIER-SCHALL Denise – Réussir les restructurations hospitalières internes. Participation du service infirmier – Formation Infirmiers Généraux, 1999.

PEYNEGRE Nathalie – L'appropriation des projets par les utilisateurs, une démarche stratégique d'enrichissement de la conduite de projet – Formation Directeur d'Hôpital, 1993.