



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

**Le projet de soins, une opportunité
pour favoriser une dynamique de
coopération ?**

Brigitte ZIMMERMANN

Remerciements

Je remercie les professionnels qui ont donné de leur temps pour répondre à mes questions, qui m'ont inspirée et accompagnée au cours de cette année.

Je remercie mes proches présents au cours des moments de fébrilité de ce travail.

Je remercie mes collègues de promotion dont certains furent de précieux soutien tout au long de cette année

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1. APPROCHE CONTEXTUELLE, REGLEMENTAIRE ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE	5
1.1. La coopération interne, une notion à préciser	5
1.1.1. La coopération dans le monde hospitalier : une nécessité incontournable pour des soins de qualité	5
1.1.2. Des difficultés de trois ordres différents.....	7
1.1.3. Des atouts essentiels pour surmonter les difficultés de la coopération	9
1.1.4. Des conditions à réunir pour une coopération réussie	10
1.2. Les projets à l'hôpital, une réalité à explorer	18
1.2.1. Projet d'établissement, les évolutions réglementaires depuis 1991	18
1.2.2. Le projet de soins, un des volets en constante évolution du projet d'établissement.....	20
1.2.3. Le projet, une nécessité stratégique avec ses risques et ses opportunités.....	22
1.3. Les opportunités apportées par le projet pour la coopération interne	27
1.3.1. Les opportunités au regard des conditions à réunir pour une coopération réussie.....	27
1.3.2. Les opportunités au regard des hypothèses de recherche	29
2. APPROCHE COMPREHENSIVE PAR L'ETUDE DE TERRAIN	31
2.1. Méthodologie de la recherche	31
2.1.1. Objectifs de l'enquête	31
2.1.2. Présentation de l'enquête.....	31
2.1.3. Les limites de l'étude	33
2.2. Présentation des résultats et analyse	34
2.2.1. La coopération, la représentation des acteurs.....	35
2.2.2. Une représentation de la coopération plus politique et technique que psychosociologique.....	37
2.2.3. Le projet de soins, la représentation des acteurs.....	39
2.2.4. Le projet de soins, une oscillation constante entre projet – programme et projet innovation	44
2.2.5. Synthèse de l'analyse	47

3. Propositions d'actions	53
3.1. Trois principes généraux d'action	53
3.1.1. Un principe d'exercice de la fonction de directeur des soins	53
3.1.2. Un principe d'inscription environnementale.....	54
3.1.3. Un principe de rapport au temps.....	55
3.2. Propositions d'actions à conjuguer avec les principes.....	55
3.2.1. La mise en œuvre d'une approche compréhensive	55
3.2.2. L'aménagement de véritables espaces-temps communs pluriprofessionnels.....	56
3.2.3. L'ouverture du projet de soins vers d'autres projets	57
Conclusion.....	59
Bibliographie	60
Liste des annexes.....

Liste des sigles utilisés

A.N.A.E.S :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
A.R.H :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.R.H.I.F :	Agence Régionale de l'Hospitalisation Ile de France
C.H :	Centre Hospitalier
C.H.U :	Centre Hospitalier Universitaire
C.M.E :	Commission Médicale d'Etablissement
C.santé publ. :	Code de la santé publique
C.P.O.M :	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
C.S.S.I :	Commission du Service des Soins Infirmiers
C.S.I.R.M.T :	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et médico-techniques
D.R.E.E.S :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en matière de santé et de solidarité
E.N.S.P :	Ecole Nationale de Santé Publique
E.P.P :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
H.A.S :	Haute Autorité de Santé
P.M.S.I :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'information
P.R.S.P :	Programme Régional de Santé Publique
S.R.O.S :	Schéma Régional d'Organisation des Soins
T 2 A :	Tarifcation à l'activité

INTRODUCTION

Malgré une finalité partagée, la coopération au sein de la communauté hospitalière ne s'exerce pas sans difficultés. En effet, l'hôpital est une organisation bien spécifique chargée de relever le poignant défi quotidien de la confrontation aux limites de l'humanité: maladies chroniques ou brutales, accidents, dégénérescences, morts. Cette confrontation permanente induit, sans aucun doute, une pression singulière au sein des établissements de santé. Viennent s'ajouter à celle-ci des pressions externes (réglementaires, économiques) émanant d'exigences sociales croissantes.

A la fois du fait de ces pressions internes et externes, et pour répondre aux attentes de l'environnement et de ses acteurs, l'hôpital s'est structuré sur un mode complexe ne facilitant pas les coopérations. Ainsi il est traversé par des rationalités socioprofessionnelles très diverses, en évolution constante et depuis peu, par celle des usagers. Cette multiplicité de rationalités est en outre encadrée par des autorités aux logiques quelquefois contradictoires, ce qui participe à un brouillage incessant des messages.

Ce contexte contribue certainement pour une bonne part à « dramatiser » les liens et à rendre délicate la coopération entre services et professionnels. Les conséquences les plus repérables sur le fonctionnement hospitalier sont bien sûr les cloisonnements entre services mais aussi un climat de confusion qui perturbe les interfaces internes.

Les effets d'une coopération problématique au sein d'un établissement sont nombreux. Ils altèrent la qualité des soins : réactivité moindre en terme de délai mais aussi en terme d'adéquation entre la demande initiale et la réponse, provoquant de fréquentes insatisfactions et plus gravement, comportant des risques tant pour les usagers que pour les professionnels.

Ce constat est ancien. Il est évoqué dans la littérature professionnelle de manière récurrente.

Dans une dynamique de recherche d'amélioration continue de la qualité, il est donc devenu essentiel de favoriser la coopération interne. De nombreuses réformes ou préconisations ont déjà été mises en œuvre avec cette préoccupation. Au cours du premier stage que nous avons effectué, nous avons pu observer que dans le contexte actuel de la mise en Pôle d'Activité Médicale, la question de la coopération interne était très prégnante. Qui dorénavant collabore avec qui ? Comment ? Jusqu'où ? sont des interrogations qui traversent une bonne partie des institutions, certaines de manière plus aiguë que d'autres.

C'est pourquoi ce thème nous paraît présenter un intérêt indéniable au regard de l'actualité mais aussi dans la perspective d'un changement où chacun a à trouver une place pertinente pour l'amélioration continue des soins.

Le directeur des soins doit lui aussi se repositionner dans cette nouvelle organisation d'autant que sa place au carrefour de plusieurs logiques, bien ajustée, peut se révéler essentielle pour la cohérence institutionnelle. Pour l'heure, elle reste, en tous cas, très variable selon les établissements. Parallèlement à cette situation mouvante, les acteurs interrogés (encadrement paramédical, membres de l'équipe de direction, personnels paramédicaux) conservent des attentes vis-à-vis de lui. Il reste perçu par ces acteurs comme facilitant la coopération interne et par voie de conséquence acteur majeur de la cohérence institutionnelle. C'est d'ailleurs aussi une attente à son égard figurant dans les textes réglementaires et les articles émanant de notre Ministère de tutelle. Le directeur des soins dispose, en effet, de plusieurs atouts pour envisager la transversalité de sa fonction comme susceptible de faciliter une approche décloisonnée et constructive au service des patients et de la Communauté :

- sa connaissance pointue de l'organisation des soins et du fonctionnement des équipes paramédicales qui représentent 70% environ des ressources humaines d'un établissement, en première ligne dans la production des soins,
- sa perception fine des attentes des usagers du fait de son expérience de soignant ayant assuré la continuité des soins et l'accompagnement quotidien des patients dans de nombreuses situations de soins voire de vie.

Cette expérience de soignant lui donne, à notre avis, une conscience aiguë de la nécessaire complémentarité de chacun.

Notre propre expérience de l'organisation hospitalière et la perspective d'assurer bientôt, dans le cadre de la Nouvelle Gouvernance, une fonction jouant un rôle non négligeable dans la coopération interne nous amènent à nous interroger quant aux méthodes managériales à notre disposition susceptibles de la favoriser.

Le directeur des soins dispose, en effet, d'un certain nombre d'opportunités qui lui permettent de contribuer à la coopération interne. Parmi celles-ci, la construction du projet de soins¹, un des volets du projet d'établissement, pourrait se révéler en est être une très pertinente. La transversalité de ses thèmes en lien avec l'organisation des soins lui donne la possibilité d'échapper à une vision trop parcellaire et peut le conduire à l'élaboration d'un cadre prenant en compte bon nombre d'interfaces existantes.

Le projet de soins ne pourrait-il donc pas être une opportunité de faciliter ces interfaces entre les acteurs de l'hôpital d'autant que l'ordonnance du 2 Mai 2005 (art. L.6143-2, C. santé publ.) prévoit que le projet d'établissement « *comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico - techniques, ainsi qu'un projet social.* » ? Cette formulation énonce,

¹ Il s'agit plus exactement du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico – techniques qu'au cours de ce travail, nous nommerons plus simplement projet de soins.

de manière assez nette, la volonté du législateur de voir se mettre en place une cohérence entre des acteurs « aux buts multiples » mais au service des patients.

Par ailleurs, dans la configuration instituée par la Nouvelle Gouvernance, le directeur des soins, n'est-il pas du fait de la transversalité de sa fonction, un « facilitateur » pertinent de coopération interne ?

Ne pourrait-il pas, en s'appuyant sur le projet de soins dont il est chargé, contribuer à instaurer une dynamique de coopération ?

Ces interrogations nous invitent à formuler cette question de départ :

Le directeur des soins pourrait-il contribuer à susciter une dynamique de coopération en s'appuyant sur le projet de soins ?

Ce qui semble, en effet, particulièrement fédérateur des énergies hospitalières, quel qu'en soit le levier, est la possibilité donnée aux professionnels d'échanger entre eux quant à leurs représentations des soins et des conditions de leur réalisation dans un objectif d'amélioration de leur qualité. C'est d'ailleurs un des bénéfices non attendu des démarches de certification relevé par plusieurs chercheurs. Parmi eux, Gilles HERREROS et Bruno MILLY constatent que « (...) les phases qui précèdent et suivent la certification donnent lieu à d'intenses échanges qui, à la fois, traduisent et enrichissent la logique coopérative. »²

Ainsi, en lien avec ce constat, nous émettrions cette première hypothèse :

Le projet de soins favorise la coopération interne en donnant l'opportunité aux professionnels d'échanger entre eux quant à leurs représentations des soins.

Cependant pour rendre pertinente cette contribution à la dynamique de coopération, les échanges doivent concerner des problématiques en lien avec cette visée coopérative et s'inscrire à la fois dans les préoccupations des professionnels et l'amélioration du service rendu. Pour cela, la phase diagnostique est primordiale. Elle prendra en compte les phénomènes psycho - sociologiques à l'origine de nombreux blocages dans l'institution, tout comme d'ailleurs les atouts et limites liés à l'environnement, l'histoire institutionnelle et les ressources disponibles.

Nous avancerons ainsi une deuxième hypothèse qui inscrirait, à notre sens, le projet de soins dans une logique coopérative :

Pour élaborer le cadre d'un projet de soins visant à une meilleure coopération, le directeur des soins procède à un diagnostic préalable qui dégage les phénomènes psychosociologiques la limitant et les prend en compte.

² HERREROS G., MILLY B., 2006, « La démarche qualité: une dialectique difficile entre coopération et procédure », Risques et Qualité, vol.3, n°1, p.35

Comme nous avons pu le décrire auparavant, le cloisonnement entre les différentes logiques présentes à l'hôpital et une certaine confusion entre elles persistent malgré son préjudice reconnu pour la qualité des soins. La qualité des soins et les conditions d'exercice des professionnels paramédicaux sont, en effet, une préoccupation majeure pour le directeur des soins. Dans la mesure où une coopération difficile les altèrent, il nous paraît incontournable d'envisager les liens possibles avec les autres projets et démarches conduites dans l'établissement, comme d'ailleurs les textes le préconisent. Le projet de soins pourrait être ainsi l'occasion de considérer avec une attention particulière les interfaces et comprendre des actions transversales visant à rapprocher les acteurs dans l'objectif d'une amélioration continue des soins.

Ceci nous invite à formuler une troisième hypothèse :

Le directeur des soins envisage le projet de soins en lien avec d'autres projets et implique des acteurs non paramédicaux (Projet médical, Plan d'amélioration de la qualité, Projet social...).

Ce travail traitera donc de la contribution à la coopération interne du projet de soins, celui-ci incarnant la politique du directeur des soins.

Il nous semble en effet que la question de la coopération interne est actuellement cruciale et que le projet de soins, s'il est pensé dans une logique coopérative, peut réduire le risque de nouveaux clivages lié à la Nouvelle Gouvernance. Dans un premier temps, nous nous attacherons à préciser les notions de coopération interne et de projet en nous appuyant sur des lectures et en sollicitant notre expérience professionnelle.

Dans un second temps, nous exposerons la méthode retenue pour recueillir les représentations des professionnels choisis du fait de leur intérêt pour le projet de soins et leur souci de coopération interne.

A partir des données recueillies que nous aurons exposées dans une troisième partie, nous procéderons à leur analyse au regard des éléments développés dans la première partie et des hypothèses formulées en introduction.

Dans un quatrième temps, nous tenterons de proposer des préconisations aussi précises et innovantes que possible afin de donner des éléments susceptibles d'être utiles à un directeur des soins souhaitant contribuer à instaurer une dynamique de coopération interne en s'appuyant sur le projet de soins.

Dés à présent, abordons la partie théorique annoncée.

1. APPROCHE CONTEXTUELLE, REGLEMENTAIRE ET THEORIQUE DE LA RECHERCHE

1.1. La coopération interne, une notion à préciser

Qu'entend-on couramment par l'expression : «coopération interne» ?

Si l'on s'en réfère au Petit Robert, la coopération y est définie comme « *l'action de participer à une œuvre commune* », ce qui la distingue de la collaboration, définie, elle, comme un simple « *travail en commun* ». Le terme «interne» vient seulement signifier qu'il s'agit de la coopération au sein d'un établissement.

Si la collaboration peut s'entendre comme «travailler ensemble» ponctuellement, lors d'une tâche déterminée, la coopération évoquerait plus l'idée d'une démarche au long cours, un «travailler ensemble» qui s'inscrit dans le temps et une visée commune.

Notons que cette expression est toutefois peu utilisée dans le sens où nous l'entendons et qu'elle est plus associée au champ sémantique de l'économie.

1.1.1. La coopération dans le monde hospitalier : une nécessité incontournable pour des soins de qualité

A l'hôpital, la coopération est en effet une **incontournable nécessité** tant entre les différents services (cliniques, logistiques, administratifs) qu'entre les différents personnels qu'ils soient professionnels² (médecins, pharmaciens etc. ...), semi professionnels³ (paramédicaux) ou non (administratifs ou personnels logistiques).

Structure complexe qui assure des fonctions diverses - soins préventifs, curatifs et palliatifs, enseignement et recherche - et variables selon l'évolution des demandes sociétales, l'hôpital accomplit quotidiennement un ensemble de tâches plus ou moins solidaires les unes des autres. Pour ce qui concerne la prise en charge des patients, qui demeure sa mission principale, celle-ci ne peut se réaliser que grâce à des personnels aux compétences variées et la plupart du temps, complémentaires. La diversité des

² Les professionnels exercent un métier doté d'un certain prestige par son caractère intellectuel ou artistique, par le rôle social qu'il fait jouer, «combinaison de services accroissant la satisfaction de la clientèle, formation spécifique formalisée, associations professionnelles qui protègent, position statutaire. Principe d'éviction qui accroît prestige (Carr - Saunders et Wilson 1964) » Ex : médecin, avocat en outre professions libérales dont le statut vient de longues années d'études.

³ Les semi - professionnels accomplissent des tâches déléguées par les professionnels. Critères dégradés associés à ceux d'une profession (Toren, 1969) : formations plus courtes, pas de contrôle sur ses membres, code éthique vague, associations professionnelles divisées, sans pouvoir. Ex : infirmières, enseignants, travailleurs sociaux.

pathologies traitées et les différentes phases de celles-ci demande sans cesse des réajustements combinatoires de compétences. La qualité des prises en charge dépendra pour beaucoup de la réussite de ces ajustements et donc de la bonne coopération des personnels.

A- La coopération pour des soins de qualité

Ce constat est relayé par tous les experts en qualité, la **perte de qualité** s'opère lors d'**interfaces mal ajustées**, que ce soit entre services ou personnels.

En effet, lorsque les personnels ont l'occasion de rompre avec une logique segmentée et s'inscrivent dans une logique - projet, les dysfonctionnements se font plus rares. Le patient, accompagné de manière coordonnée, est du coup moins soumis à des aléas susceptibles de désorganiser la cohérence de sa prise en charge. D'une manière générale que l'organisation s'inscrive dans une logique - projet, qu'elle attache une attention particulière aux interfaces ou bien encore que la coopération se soit établie pour des raisons moins explicites, les patients en ressentent les effets et l'expriment souvent en soulignant la qualité de l'accueil et des soins. Dans un établissement ou un service où la coopération s'opère, au bénéfice ressenti par les patients, s'ajoute celui des personnels pour lesquels l'accomplissement des tâches paraît moins lourd. Cet allègement les rend plus disponibles tant psychologiquement que physiquement pour les patients.

C'est du moins ce que confirme la littérature professionnelle et ce que notre expérience nous a permis de constater.

En revanche, dans bien des situations et du fait d'un ensemble d'obstacles que nous essaierons de comprendre ensuite, bien des établissements souffrent d'une coopération problématique dont les effets sont indéniables.

B- Les effets d'un manque de coopération

La défaillance coopérative se traduit par des répétitions, des manques, des complications qui peuvent avoir des répercussions de gravité variable. Elle **affecte** en général la **réactivité**, prolongeant des attentes inconfortables voire préjudiciables pour les patients, nuisant à de bonnes conditions d'accueil. Parfois, elle conduit à l'**erreur** voire au quasi-incident et plus sûrement à l'**alourdissement des tâches**. Comme nous le soulignait un ingénieur en organisation rencontré lors d'un de nos stages : « *L'organisation hospitalière est constituée d'un ensemble de segments d'activités, chacun plus ou moins spécialisé dans un domaine particulier mais s'articulant avec difficulté. Chaque agent a une vision parcellaire de l'organisation, les hospitaliers ont du mal à fonctionner en mode projet.* »

Bien qu'elle soit reconnue incontournable, la coopération rencontre de nombreuses difficultés que nous allons aborder.

1.1.2. Des difficultés de trois ordres différents

L'**institution hospitalière** lie, rassemble et gère des individus et des groupes pris dans des **dimensions hétérogènes** : sociales, politiques, culturelles, économiques, psychiques, techniques. Des logiques différentes y fonctionnent dans des espaces qui communiquent et interfèrent. De plus, elle est le lieu d'un double rapport : du sujet singulier à l'institution, et d'un ensemble de sujets liés par et dans leur institution.

Notre connaissance du monde hospitalier nous a permis d'observer depuis longtemps son fonctionnement et l'agencement quelquefois problématique de ces liens. Il nous a souvent poussé à émettre quelques hypothèses explicatives. Certaines de ces difficultés ont déjà fait, par ailleurs, l'objet de travaux de recherche, de réflexions, d'écrits et provoqué de nombreux changements.

Nous avons choisi de distinguer ici trois champs de difficultés : psychosociologique, politique et technique.

A- Des difficultés d'ordre psychosociologique dues à un défi majeur : la confrontation aux limites de l'humanité

Comme nous le soulignons dès l'introduction, le poignant défi permanent de la confrontation aux limites de l'humanité (maladies chroniques ou brutales, accidents, dégénérescences, morts) est sans doute une des raisons majeures de la difficulté à « travailler ensemble ». Quotidiennement, les personnels et plus particulièrement les **soignants**⁴ vivent professionnellement dans une **insécurité physique et psychique** qui les placent de manière plus ou moins aiguë dans la nécessité de fournir des réponses ajustées à des événements de santé programmés ou non. François-Xavier SCHWEYER, lors d'un cours de Janvier 2007 aux directeurs des soins, décrivait **le monde de l'hôpital** « **saturé émotionnellement** » et attribuait à cette saturation la difficulté de coopérer. En effet, le trop-plein émotionnel tendrait à venir souterrainement désorganiser certains pans d'activités en mettant en œuvre, ce que certains psychanalystes appellent, des « **forces de déliaison** ».

Eliot JAKES, psychanalyste kleinien part, en effet, du postulat suivant : les institutions servent de dépôt aux angoisses sociales. **L'institution de soins** recueillerait, elle, les **angoisses de mort de la société**. Pour s'en protéger, les professionnels mettraient en place des **mécanismes de défense** qui agiraient au sein de l'institution comme de véritables « **forces de déliaison** », ce qui participerait à expliquer que la coopération n'aille pas de soi dans les institutions de soins⁵.

Ces mécanismes mis en œuvre prennent différentes tonalités: projection des problèmes à l'extérieur (en dehors de l'équipe ou du service), désignation d'un bouc émissaire,

⁴ Nous entendons par là les personnels médicaux et paramédicaux.

⁵ Session de Formation : **Clinique de l'institution**, Lyon, Université Lumière Lyon 2, 2004

rationalisation qui « *banalise le mal* », agrippement à des fonctions, des territoires, fusion (tout le monde fait tout, équipes indifférenciées), fuite dans le mode opératoire etc. Non identifiés, ils compliquent les relations interpersonnelles et ne facilitent pas la réalisation d'un travail commun. D'autant que bien souvent, afin de préserver un semblant de paix sociale, la plupart des personnels se réfugient dans le déni, pratiquent le non-dit ou se replient sur eux-mêmes dans leur unité. En effet, la part de controverses pouvant accompagner des échanges est vite vécue, dans ce contexte de stress, comme une menace pour une tranquillité déjà difficile à maintenir.

Le projet de soins pourrait permettre de s'outiller de manière groupale afin de mieux y résister si ses différentes étapes pouvaient contribuer à construire une coopération efficace.

A ces pressions émotionnelles s'ajoutent des pressions sociétales croissantes.

B- Des difficultés d'ordre politique, un autre défi à relever : répondre aux exigences sociétales

Les exigences sociétales en matière de réussite à tous points de vue, y compris de santé, ne cessent d'augmenter. Désormais, il n'est plus acceptable d'être malade ou de souffrir d'autant que les progrès techniques (miniaturisation, informatique) et le primat du plateau technique nous engagent à livrer ce combat et à le gagner. L'hôpital « (...) *est victime de son efficacité, dans le sens où son activité induit une telle croyance dans son infaillibilité que, désormais, les malades, et surtout leurs familles, ne peuvent imaginer des échecs.*» nous dit Jean-Marie CLEMENT⁶.

Ces nouvelles exigences ont eu pour effet d'exercer deux pressions majeures sur l'hôpital : une réglementation toujours plus pointilleuse pour encadrer un exercice à risques et une nécessité de limiter l'augmentation des coûts essentiellement dus en particulier à des plateaux techniques toujours plus performants. Christophe PASCAL⁷ décrit l'hôpital⁸, dans ce contexte de mutation, «(...) *déconcerté par les injonctions contradictoires des tutelles, démoralisé par l'état de ses finances, dépaysé par les nouvelles règles du jeu qui s'imposent à lui, embarrassé par l'accumulation des technologies, engoncé dans ses habitudes et ses coutumes, indécis quant aux conduites à tenir pour répondre à l'émergence des droits du patient, perdu dans la réglementation*

⁶ CLEMENT J.-M., 2004, *Réflexions pour l'hôpital, Proximité – Coopération – Pouvoirs*, 2^{ème} éd., Bordeaux, Les études hospitalières, p. 46

⁷ PASCAL C., 2000, *Gérer les processus à l'hôpital, une réponse à la difficulté de faire ensemble*. Thèse de doctorat de Sciences de Gestion. Université Jean Moulin – Lyon 3, p. 4

⁸ PASCAL C., 2000, *Gérer les processus à l'hôpital, une réponse à la difficulté de faire ensemble*. Thèse de doctorat de Sciences de Gestion. Université Jean Moulin – Lyon 3, p.2

tatillonne qui s'abat sur lui chaque jour, et surpris que les patients lui demandent des comptes. ».

Il constate qu'aucun diagnostic partagé sur les « **difficultés de faire ensemble** » n'a été réalisé et que du coup, il n'a pas été possible de « *bâtir de nouvelles stratégies et de nouvelles façons de faire ensemble plus efficaces et plus efficientes* », « *l'Etat a donné de fausses réponses sur la base d'analyses superficielles ou incorrectes* ».

Les réponses techniques en matière de gestion sont pour lui inadaptées et ont aggravé la situation.

Elles exerceraient des pressions supplémentaires peu à même de résoudre les problèmes de coopération.

C- Des réponses techniques discutables à la « difficulté de faire ensemble »

Il considère, en effet, les outils mis en œuvre «*(...) réducteurs de la complexité des processus mis en œuvre*», plus centrés sur le *reporting* que le diagnostic. Ceux-ci n'analyseraient pas les activités et les procédures nécessaires à la production de soins et se contenteraient de contrôler les ressources. Un des exemple les plus évidents serait le P.M.S.I (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), « *arc-bouté sur la consommation de ressources plus que sur la recherche de liens de causalité entre les prises en charge déployées et les consommations de ressources.* »

A ces outils de gestion inadaptés, s'ajoute une «*réglementation tatillonne qui s'abat sur lui chaque jour*», encadrant de plus en plus étroitement l'exercice de chaque opérateur qui peut très vite se retrouver isolé dans son segment d'intervention, inquiet lors de la rencontre avec d'autres logiques.

Ces obstacles psychosociologique, politique et technique que nous venons d'énoncer ne doivent pourtant pas nous faire oublier que la «*difficulté de faire ensemble*» dans ce contexte si singulier d'insécurité physique et psychique pour les opérateurs est surmonté dans la plupart des cas.

1.1.3. Des atouts essentiels pour surmonter les difficultés de la coopération

En effet, malgré les difficultés innombrables à maintenir la coopération, comme le soulignait non sans humour un directeur rencontré lors d'un stage, « *le miracle a lieu !* » et les personnels parviennent à réussir ensemble des actes complexes.

Ce «*miracle*», à notre avis, tient à plusieurs facteurs que l'on pourrait qualifier de «*forces de liaison*» :

- ⒫ au sentiment de réaliser un travail qui a du sens,
- ⒫ au profil psychologique compassionnel des hospitaliers plutôt altruistes,
- ⒫ à un monde du travail relié par des valeurs et le partage d'événements de forte intensité émotionnelle.

Toutefois la coopération en milieu hospitalier reste un phénomène fragile et instable. Comme nous l'avons vu, l'hôpital se trouve dans un contexte de contraintes qui l'oblige à se réformer profondément, bouleversant ses repères. Or, préserver chez les acteurs, le désir de « travailler ensemble » ne peut se réaliser que sous certaines conditions. Nous avons choisi de traiter ici plutôt des conditions psychosociologiques et politiques dans la mesure où une organisation reste un système de relations sociales et que ce sont les premières à réunir pour permettre aux techniques de déployer leur potentiel.

1.1.4. Des conditions à réunir pour une coopération réussie

En nous inspirant de l'article de Jean-François CHANLAT⁹ dont la perception se rapproche de la nôtre, nous en énoncerons les six éléments principaux.

Tout d'abord nous donnerons des précisions succinctes concernant les postulats psychosociologiques à partir desquels penser ces conditions.

L'hôpital est une **organisation** constituée par un **ensemble d'acteurs** réunis dans une **structure dotée** :

- **d'un corps de règles** formelles et informelles qui constitue sa culture : *« D'une organisation à une autre, d'un hôpital à un autre, d'un service à un autre, les mêmes règles et les mêmes procédures se retrouvent mais leurs mises en œuvre diffèrent largement. La culture de l'organisation est déposée et s'exprime au travers de cet édifice visible - invisible qui régit et traduit à la fois les formes concrètes prises par le travail et définit le contour des (non) coopérations. »*¹⁰
- **d'un dispositif symbolique** : ses mythes fondateurs, unificateurs avec leurs rites initiatiques, de passage, d'accomplissement, ses héros tutélaires (fondateur réel ou imaginaire), ses histoires avec ses personnages, des langues qui marquent les territoires et les logiques.
- **d'un imaginaire collectif** : *« L'organisation se pense, se rêve, s'idéalise, plus exactement ce sont les acteurs (individuels et collectifs) de l'organisation qui se livrent, chacun à leur manière, à ces (re)constructions. L'activité professionnelle se nimbe de cette autre caractéristique de la culture qu'est l'univers des images que chacun mobilise pour (se) qualifier (dans) le monde. L'imaginaire enchâsse toutes*

⁹ CHANLAT J-F, Février 2004, « Quelles sont les conditions de la production commune dans les organisations ? », SOINS CADRES, N°49, pp.18-21.

¹⁰ HERREROS G., « La culture à l'hôpital : une scène pour des identités au travail » in BENGIO A., RITTER P., MARIE P. et al., Groupe de réflexion Rhône-Alpes, 2003, **Il suffit de passer le pont**, 2003, 1^{ère} édition, Lyon, Publication Culture et hôpital : C.H.U Le Vinatier, D.R.A.C et A.R.H Rhône-Alpes, p.103

*les sphères du travail sans exception, jusqu'aux orientations de gestion, aux options managériales produisant parfois ce que certains nomment le « **système managinaire** »¹¹.*

Nous aborderons dès à présent les **six éléments** qui permettront à cette organisation de fonctionner de manière optimale afin d'atteindre ses objectifs :

1 - La coopération se fonde sur un projet commun et une finalité collective :

Compte tenu des éléments évoqués ci-dessus, l'hôpital est une organisation réunie à partir d'un projet commun : « délivrer des soins aux patients dans un contexte propice à la guérison » et au-delà de ce projet, par une finalité plus ambitieuse : « assurer un accès universel aux soins ».

Le projet comme la finalité font appel à un **système de valeurs et de normes** qui participent au Bien commun.

Lorsque le projet devient flou et les finalités s'appauvrissent, les personnels désinvestissent le champ collectif et rencontrent des difficultés à travailler ensemble.

2 - La coopération exige un espace-temps commun :

L'hôpital, du fait de sa forte charge émotionnelle, est un lieu affectivement très investi par les personnels souligne J-F CHANLAT.

Plusieurs espaces-temps communs peuvent exister et nécessitent d'être préservés voire développés.

- les **temps d'activité partagée**, suffisamment répétés dans le temps,
- les **temps de rencontres informelles** (cantine, fêtes, événements institutionnels...),
- à noter que le **temps des épreuves surmontées ensemble** renforce la profondeur de perception du temps partagé.

Plusieurs facteurs - temps contribuent à isoler chacun dans sa représentation :

- un facteur constant dans toute organisation : la différence de perception de la notion de temps entre les opérateurs et les décideurs mais aussi entre les différents types d'opérateurs, selon les situations auxquelles ils sont confrontés : urgences, chronicité, processus progressif de dégradation...
- un facteur plus récent du fait des progrès techniques et des contraintes économiques, des durées d'hospitalisation sensiblement plus courtes qui ont précipité le monde hospitalier dans un turn - over fragmentant les modes de prises en

¹¹ *ibidem*

charge. Chacun se retrouve ainsi isolé dans le moment très bref de son action vis-à-vis du patient.

- autre facteur récent lié à des phénomènes de société, une plus grande mobilité des personnels.

Or, pour la plupart des sociologues et des psychanalystes spécialistes de la vie des groupes, lorsque les emplois sont trop fragmentés, les personnels trop mobiles, le périmètre organisationnel trop mouvant, aucune vie de groupe n'est possible.

3 - La coopération exige un univers de sens partagé :

Pour J-F CHANLAT, cette exigence est à relier avec le projet et la finalité de l'organisation. Comme nous l'évoquions plus haut, ce « **dispositif symbolique** », facteur de cohésion intrinsèque¹², joue un rôle déterminant dans toute organisation : « *Plus les cadres symboliques sont puissants, renvoient à des choses significatives pour les différents acteurs concernés, plus la motivation va être élevée. Plus l'univers symbolique et le langage utilisé sont partagés par les différentes catégories, plus le collectif va être soudé.* »

Cette **œuvre commune** nécessite des temps d'échanges collectifs où ses acteurs s'acceptent différents et sont disposés à débattre de ce qui peut « *faire œuvre* », sans écarter les controverses. Ces controverses sont inévitables tant les soins font appel à une pluralité de conceptions et de ce fait, dans certains cas, peuvent être envisagés selon différentes méthodes. De plus, contrairement aux productions industrielles dites de masse, la prise en charge des patients nécessite une adaptation permanente aux besoins repérés, une « co-invention » toujours recommencée pourrions-nous dire, qui prend en compte l'idiosyncrasie de chaque patient. Cette réactivité collective dans le « travailler ensemble » demande d'être en accord quant aux principes et aux méthodes. Cet accord ne peut s'obtenir qu'après, non pas réduction des autres à sa propre logique mais bien après construction d'une logique commune qui parvient à les comprendre toutes à minima.

Au travers de cette logique partagée, le sentiment de participer à une œuvre commune est plus manifeste. La représentation du travail est alors bien différente et nous inscrit dans une **dynamique de partage des représentations et des actes à accomplir**. Ce partage n'est pas toujours facile à obtenir et nécessite une affirmation claire des

¹² **Facteurs de cohésion extrinsèques** : hiérarchie, contrôle, institution, loi...**Facteurs intrinsèques** : socio - affectifs (climat, qualité relationnelle, sentiment d'appartenance, satisfactions des besoins personnels) et socio - opératoires qui concernent la production (organisation, clarté des objectifs, coordination, information) in **MERKLING J.**, Février 2004, « *L'équipe en santé mentale, essai de définition* », Soins Cadres, n°49, p. 45

Directions de la **primauté des valeurs collectives, tant dans les discours que dans les pratiques.**

4 - La coopération exige une reconnaissance sociale de l'activité réalisée :

La reconnaissance professionnelle est un levier fondamental de la motivation au travail et de la mobilisation collective. Plusieurs processus de reconnaissance se superposent.

Le premier concerne pour chaque agent la **reconnaissance de ses propres compétences** par ses supérieurs hiérarchiques et ses pairs.

Le deuxième concerne la **reconnaissance sociale de son activité** au sein de l'organisation hospitalière que l'on sait très inégale et variable en fonction des profils socioprofessionnels.

Selon les établissements, jusqu'à cent quatre - vingt métiers peuvent se côtoyer, du plombier au professeur agrégé de chirurgie cardiaque en passant par une salariée sans qualification, employée dans le cadre d'un contrat précaire. Certains métiers requièrent des compétences très spécialisées, d'autres pas. Certains métiers sont plus ou moins prestigieux, d'autres plus ou moins déconsidérés.

Ces métiers appartiennent à des filières distinctes (médicale, paramédicale, administrative, logistique) dont certaines sont empreintes d'une forte identité professionnelle. Chacune porte une rationalité différente qui toutes contribuent au sein de l'organisation hospitalière à la prise en charge du patient, de près ou de plus loin, de manière visible ou invisible. Ainsi les services logistique ou administratif, bien que confrontés à d'autres exigences que celles des soins directs, se sentent, eux aussi, concernés par la prise en charge des patients. Ils ont toutefois souvent le sentiment d'être tenus à l'écart par les services de soins qui peuvent, selon les établissements, développer une conscience hypertrophiée de leur utilité.

De nombreux sociologues ont examinés de près le monde hospitalier et ont mis en évidence la **césure existante entre les professionnels et les non professionnels**, césure d'autant plus délicate que la gestion dépend des non professionnels et que la prescription d'activité dépend des médecins, professionnels. Cette situation alimente le discours des professionnels et des « semi professionnels » (paramédicaux) qui dénoncent une bureaucratie croissante des hôpitaux, une méconnaissance par les administratifs des enjeux liés aux soins. Ce climat ne contribue pas à la coopération mais gageons que la gestion médico - administrative mise en place par la Nouvelle Gouvernance le modifie progressivement.

Malgré un souci commun de la qualité de la prise en charge des patients, tous les acteurs n'ont donc pas le même sentiment de reconnaissance.

En dehors de ce processus de reconnaissance interne, la reconnaissance passe aussi par « *le jugement de ceux auxquels le service est destiné* », en l'occurrence les usagers

et leurs familles. Or, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, les exigences sociétales actuelles fragilisent ce sentiment de reconnaissance.

Il convient donc à la fois pour la hiérarchie de proximité ainsi que pour les directions d'être attentifs à la « **dynamique de la reconnaissance individuelle et collective** » de manière à conserver à chacun et pour le groupe une **estime de soi suffisante pour s'impliquer dans la vie de l'organisation.**

5 - La coopération exige une hiérarchie légitime :

Les ressources humaines sont les premières ressources utilisées par l'hôpital pour répondre à ces missions, de 60% à 90%, selon les établissements. Le développement de leur potentiel demandent de **bonnes pratiques managériales** caractérisées par les capacités suivantes : « **capacités à négocier, à contracter en interne et en externe, à responsabiliser, à motiver, à obtenir et à partager des informations fiables** »¹³. Or, comme le soulignent certains, « *l'hôpital est plus administré que managé* ». Il semble en tous cas que le management soit souvent bien incertain, naviguant entre autorité fonctionnelle et autorité hiérarchique et lignes hiérarchiques plus ou moins longues.

En effet, il existe à l'hôpital une double ligne hiérarchique : la direction d'établissement et la hiérarchie médicale du chef de service. L'encadrement infirmier s'affilie à l'un ou à l'autre selon les institutions.

Autre spécificité, au sein des services de soins, le cadre de santé exerce une autorité « fonctionnelle » au sens du fonctionnement et ceci conjointement au médecin chef qui est responsable de l'organisation des soins de son service. Ce pouvoir d'organisation de l'activité qu'ils partagent est à distinguer avec l'organisation hiérarchique hospitalière liée une structuration « catégorielle ». Le personnel paramédical n'appartient pas en effet à la ligne hiérarchique médicale mais dépend de la direction des soins.

Un autre élément est à évoquer. Selon un rapport de la D.R.E.S.S¹⁴, « (...) *il faut insister en particulier sur ce qu'on a appelé la « **protocolisation** » de l'activité, qui règle davantage les actes et les gestes des personnels. Théoriquement, cela rend plus lointain le contrôle des « chefs » et favorise le développement de la gouvernance au détriment de la surveillance, puisqu'il s'agit pour les personnels de suivre une liste d'instructions et non des ordres donnés par une personne en particulier. Ces chefs « gouvernent » plus et ont moins l'impression de surveiller et d'agir directement sur leurs subordonnés, car ils sont concentrés désormais sur des résultats et moins sur les comportements au quotidien.*

*(...) Certains dispositifs de pouvoir – et la « **protocolisation** » de l'activité en est un – sont*

¹³ in *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Haute Autorité de Santé, Janvier 2005, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, p. 8

¹⁴ **JOUNIN N., WOLFF L.**, Octobre 2004, *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, n° 64, Ministère de la Santé et des solidarités, Document de travail, série Etudes, D.R.E.S.S., p. 124

*efficaces moins parce qu'ils instaurent une surveillance effective que parce qu'ils distillent le sentiment d'être toujours surveillé (Foucault, 1975). Ainsi que l'indiquent plusieurs extraits d'entretien, **le contrôle des cadres est d'autant plus pesant qu'il est vu comme éloigné du « terrain »** : seuls les résultats sont jugés, disent les personnels, tandis que les difficultés, les manques de personnel, l'augmentation des cadences passent inaperçus ou bien sont tus. »*

Ce management de proximité, signalé de plus en plus comme lacunaire, qui jusqu'à présent régulait les interactions et l'organisation au quotidien, individualise les comportements et ne sert pas la coopération.

Ce **contexte confus** ne favorise pas la reconnaissance de la légitimité hiérarchie qui, pourtant, demeure « **une régulation politique** » de la vie sociale d'autant que sa **légitimité** se construit non seulement dans le **temps** mais dans un **cadre qui la reconnaît**. Elle repose, en outre, sur la **compétence en situation et les qualités humaines**.

6 - La coopération exige une éthique de la responsabilité et de la solidarité :

Toute action humaine est orientée par des valeurs. L'orientation normative est un des éléments clés de la dynamique sociale.

Pour J-F CHANLAT, l'action de « **travailler ensemble** » repose sur une éthique à la fois de la responsabilité et de la solidarité.

L'éthique de la responsabilité renvoie aux **conséquences** que peuvent avoir nos décisions et nos **actes sur autrui et l'environnement**.

L'éthique de la solidarité renvoie à la **place** que doit occuper le **collectif dans nos actions au quotidien**. En effet, actuellement, nous assistons à un **paradoxe** : une interdépendance accrue des professionnels mais le délitement des liens de solidarité au travail.

Les effets incontestables des évolutions techniques et scientifiques actuelles sont entre autres la spécialisation croissante des professionnels renforçant leur **interdépendance**. Cette interdépendance réduit d'autant la marge de manœuvre de chacun et rend la validité de son action encore plus contingente d'une autre qu'auparavant. Cette dépendance accrue au groupe en aggrave les pressions dont celle de conformité qui paralyse chacun dans la crainte du changement et installe dans une méfiance à l'égard de toute innovation qui augmenterait le risque d'incertitude pour la cohésion du groupe. Paradoxalement à cette interdépendance, on assiste à un **délitement des liens de solidarité au travail**.

Christophe DEJOURS¹⁵ en donne plusieurs raisons :

- l'effacement constaté des solidarités organisées (mutuelles, syndicats...),
- l'évaluation individuelle du travail visible, quantifiable et objectivable qui ne rend pas compte du travail réel (respect des règles de l'art, capacité à collaborer) et favorise la sur - responsabilisation des individus et la montée de compétition entre professionnels,
- la raréfaction des « *espaces interstitiels* »¹⁶ où est déposé ce qui ne peut se dire dans un cadre plus institutionnel (critique de ce qui irrite, de ce qui ne marche pas etc.)

Selon lui, la réduction progressive des individus à leurs tâches et l'absence de reconnaissance du travail subjectif font perdre à l'individu la possibilité de « *rapatrier son travail voire son œuvre dans le registre de la construction de son identité* »¹⁷ et contribue du coup à détruire ce « *travailler ensemble* ».

Les liens entretenus au travail ne sont plus, en effet, les liens les plus investis. Ils sont concurrencés par d'autres investissements. La montée des comportements individualistes qui privilégie l'épanouissement personnel sur le fonctionnement collectif n'épargne pas le secteur hospitalier dont les personnels aspirent eux aussi à plus investir la sphère privée. Ce constat s'exprime actuellement dans la plainte des professionnels plus anciens dirigées contre la « nouvelle génération » qui investirait moins son travail et ne serait plus prête aux mêmes sacrifices. Comme le confirment ARNAUD et BARSAQ ¹⁸, ce désengagement est du à une « *concurrence interne qui touche les agents hospitaliers. Elle est le fait de ce que l'on pourrait appeler le non travail : aspirations à une vie personnelle, familiale, de loisirs, associative, domaines de développement personnel réel et dans lesquels l'individu est très sollicité. Par comparaison le milieu du travail ne se présente pas comme un lieu d'épanouissement individuel.* »

Ainsi le travail n'est plus considéré comme un espace possible d'épanouissement et peut d'autant moins l'être que la possibilité d'exercer un minimum de créativité se restreint du fait du poids grandissant de la « protocolisation » de l'activité et l'augmentation des cadences.

J-F CHANLAT met en garde les Directions contre cette négligence à l'égard du délitement des liens qui pourrait bien avoir un coût social important.

¹⁵ DEJOURS C., 1998, *Souffrance en France*, 1^{ère} édition, Paris, Editions du Seuil, Coll.Points, 208 p.

¹⁶ « *Espaces interstitiels* » : espaces communs à tous (couloirs, bureau infirmiers, de la secrétaire, cafétéria, café du coin...) qui fonctionnent pour les professionnels qui s'y rencontrent entre deux activités institutionnelles comme un « *sas de sous-marin (...)* dans lequel s'effectuent de manière spontanée les remises à niveau psychique, et les régulations de tensions énergétiques qu'elles supposent ». Définition donnée par René Roussillon p.165 in KAES R. et al., 2003, *L'institution et les institutions*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, Paris, 219 p.

¹⁷ DEJOURS C., 1998, *Souffrance en France*, p. 41

¹⁸ ARNAUD J., BARSAQ G., 1989, *L'hôpital*, 1^{ère} éd., Paris, ESF, p.19

Nous terminerons ici la description des conditions **psychosociologiques** favorisant la coopération interne :

- **projet collectif,**
- **espace-temps commun,**
- **univers de sens partagé,**
- **reconnaissance du travail accompli,**
- **hiérarchie légitime,**
- **éthique de la responsabilité et de la solidarité.**

D'autres conditions considérées comme favorables à la coopération interne ont été mises en œuvre ou le seront suite à des injonctions de plus en plus pressantes de la part de notre Ministère de tutelle. Elles appartiennent plus au **champ des techniques** : l'analyse de processus par exemple ou bien encore l'évaluation des pratiques professionnelles qui sont des outils permettant de coordonner des actions réalisées dans un but ciblé après une analyse fine de leur déroulement.

Une autre démarche appartiendrait plus au **champ politique**. Il s'agit de la possibilité de construire ensemble un projet. Le **projet** a, en effet, une dimension politique. Il traite de la manière de « travailler ensemble » à travers et depuis nos singularités - bien plus profondément encore que nos "différences" - et par-delà nos conflits d'intérêts dans une perspective environnementale partagée.

Démarche participative qui s'appuie sur une phase diagnostique, le projet peut garantir l'unité d'une institution dans son désir d'avenir commun. Il peut constituer ce que d'aucuns ont appelé un « **ciment symbolique** » ou bien encore constituer une référence commune qui fait tiers entre l'encadrement et les équipes.

Afin de mieux appréhender la notion de projet à l'hôpital, nous nous emploierons à un détour historique et réglementaire concernant le projet d'établissement et plus précisément le projet de soins.

Nous reviendrons ensuite sur la fonction d'une démarche projet qui constitue la raison de l'apparition du projet à l'hôpital et envisagerons ce qu'il apporte à la coopération interne. Nous énoncerons enfin les conditions d'élaboration que suppose cette fonction.

1.2. Les projets à l'hôpital, une réalité à explorer

Jean-Pierre BOUTINET¹⁹ observe que les institutions de santé depuis trente ans ont, comme les autres organisations, succombé à la mode des projets. Les motivations en sont les suivantes :

- Redonner du sens à l'action : « *il aide les acteurs individuels et organisationnels à redonner sens à leur action face à l'inéluctable, face à l'absurde de la souffrance, face aussi à la montée en puissance d'une technique rationalisante sans perspective dans un milieu institutionnel qui a en charge le passage à la vie, sa réparation lorsqu'elle est malmenée et aussi le passage à la mort.* »
- Impliquer le plus grand nombre d'acteurs dans une dynamique participative
- Conférer une meilleure lisibilité en matière de gestion
- Réguler l'offre de soins pour une meilleure qualité.

Nous envisagerons comment a évolué cette culture du projet dans notre système hospitalier.

1.2.1. Projet d'établissement, les évolutions réglementaires depuis 1991

Avant 1991, la programmation pluriannuelle ne s'organisait qu'à partir du **plan directeur d'investissement** qui, de 1960 à 1990, a contribué au développement et à la modernisation du parc hospitalier français. Or, cette situation favorisait un fonctionnement anarchique et inégalitaire, hospitalo - centriste.

Afin de réguler cette constante augmentation des coûts dus à la fois aux progrès techniques et à la volonté individuelle de développement de chaque établissement, des contraintes budgétaires et planificatrices ont été imposées.

C'est la **loi du 31 juillet 1991 (Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière)** qui fondera vraiment la politique de planification. Elle réforme la carte sanitaire et crée le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S). Elle s'intéresse aussi au fonctionnement interne des hôpitaux où, afin de développer la responsabilisation des acteurs, elle institue des cadres de gestion participative : Projet d'établissement, Conseils de service, Direction des Soins et Commission du Service de Soins Infirmiers. Etabli pour une durée maximale de 5 ans, le **projet d'établissement** se veut une **démarche globale, participative**, visant à mobiliser ses ressources dans un sens partagé et connu de tous, adapté aux caractéristiques de son environnement. Ainsi l'article L.714-11 précise qu'« **il définit, notamment sur la base du projet médical, les**

¹⁹ BOUTINET J-P, 2000, « La culture de projet dans un système de santé hiérarchique : un brouillage organisé ? », *Actualités De Santé Publique*, n°33, p.47

objectifs généraux de l'établissement dans les domaines médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer. »

L'ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, en insérant dans le Code de la Santé Publique la notion de **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M)**, vient inscrire de manière plus évidente le projet d'établissement dans son environnement. Ce contrat de 3 à 5 ans, conclu entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H) et l'établissement de santé s'articule avec le projet d'établissement dont il constitue le socle. Cette inscription manifeste dans les exigences de la planification régionale et des indications concernant son contenu figurant dans le *Manuel d'accréditation* de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins rendent les contours du projet d'établissement plus précis. Cependant, il ne fait pas l'objet d'un enthousiasme significatif de la part de tous les établissements. Selon le *Rapport annuel sur la sécurité sociale 2002* de la Cour des Comptes, seulement 45% des établissements de santé sont dotés de ce document de référence, avec des performances variables selon les régions (81% Nord - Pas de Calais, 21% en Basse Normandie). Quatre C.H.U (Centres Hospitaliers Universitaires) n'en ont pas : Nice, Marseille, Caen, Amiens. Certains projets sont des « catalogues d'objectifs inapplicables », d'autres une « compilation de projets de services non coordonnés, non hiérarchisés. »

Le projet d'établissement est pourtant devenu incontournable, exigé par la procédure de certification comme en témoigne la référence 1 du *Manuel d'accréditation des établissements de santé* : « Les orientations stratégiques (projet d'établissement) rassemblent les professionnels autour d'une vision partagée du développement de l'établissement. Elles se déclinent à long, moyen et court terme. Elles sont explicites, quantifiables et hiérarchisées. L'établissement développe et hiérarchise l'ensemble de ses projets en fonction de ses orientations stratégiques définies, en référence au S.R.O.S. Le projet d'établissement se décline dans ses différents volets que sont les soins, la recherche, le système d'information, le projet social, etc. et prend en compte leurs traductions financières. »²⁰

Dans le cadre du **Plan Hôpital 2007, l'Ordonnance du 2 Mai 2005** en confirme le caractère prospectif et en renforce l'aspect stratégique en lien avec l'environnement. L'article L. 6143 – 2, C.sant.publ. précise que « le projet d'établissement qui doit être

²⁰ Agence Nationale d'Accréditation et de Certification, 2004, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Deuxième procédure d'accréditation, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, p.26

compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans la cadre des territoires de santé la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L.6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre.». Le projet médical, pièce maîtresse du projet d'établissement, s'inscrit désormais lui aussi dans des enjeux stratégiques puisqu'il n'est plus seulement préparé et validé par la Commission Médicale d'Etablissement mais aussi par le Conseil exécutif auquel participe la direction pour moitié. Outre le projet médical, le projet d'établissement comprend d'autres volets : projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques²¹, projet de prise en charge du patient, projet social, projet de gestion, Plan Directeur architectural, Schéma Directeur du Système d'information, Projet Qualité. Le projet de prise en charge du patient en constitue un nouveau pan : **« Le projet d'établissement comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social. »**

Le projet social fait l'objet d'un article particulier qui précise son contenu : *« objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que mesures permettant la réalisation de ces objectifs. »*. Il doit par ailleurs *« porter sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. »*.

Si le projet social fait l'objet d'un article particulier, la seule indication concernant le projet de soins est qu'il se construit en cohérence avec les projets de prise en charge du patient et médical.

Ce nouvel élément pourrait bien constituer en germe ce que deviendront les futures versions du projet d'établissement, à la fois plus en lien avec l'environnement et plus orienté sur une prise en charge plus globale des patients.

Après avoir envisagé les évolutions réglementaires du projet d'établissement, nous nous attacherons plus précisément à un des volets du projet d'établissement qui nous concerne au premier chef, le projet de soins.

1.2.2. Le projet de soins, un des volets en constante évolution du projet d'établissement

²¹ Nous l'appellerons « projet de soins » dans la suite du travail.

Du projet de soins infirmiers au projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

Qu'on le considère comme J-P BOUTINET de manière un peu provocatrice comme « *bien souvent un ersatz du projet d'établissement posé en vis-à-vis déprimé du projet médical* »²² ou que l'on l'envisage de manière plus réglementaire comme encadrant « *l'organisation des soins et l'accompagnement des malades* », « *élaboré par le directeur des soins avec l'ensemble des personnels concernés par le projet des soins* » et « *mis en œuvre par une politique continue de l'amélioration des soins* », le projet de soins, depuis 1991, n'a cessé d'évoluer. Cette évolution est étroitement liée à l'histoire du Service de Soins Infirmiers, créé en 1991 et devenu Direction des Soins en 2002. L'article L 714.26 de la Loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 entérine en effet « *la création dans chaque établissement d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à un infirmier général, membre de l'équipe de direction.* ». Cet article précise en outre qu'une Commission de soins infirmiers présidé par le directeur du service de soins sera consultée notamment au sujet « *de l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers* »²³ ainsi que sur l'évaluation des soins. C'est à partir de ce texte fondateur que le Service de Soins infirmiers acquerra une visibilité sur la scène hospitalière, ainsi que les personnels infirmiers en avaient manifesté le désir en 1988.

Vient ensuite le Décret n°2002-55 qui fait évoluer la fonction d'infirmier général vers celle de directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. A la faveur de ce changement, le projet de soins infirmiers devient alors le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques en cohérence avec le projet de prise en charge du patient et le projet médical

L'ordonnance n°2005-46 du 2 Mai 2005 stipule en effet que « *le projet d'établissement comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet social.* ». Selon les établissements, cette demande de cohérence a eu des effets sur le projet de soins : avant 2005, des projets «médico-soignants » sont apparus et depuis 2005, le projet de prise en charge du patient se substitue, dans certains établissements, progressivement au projet de soins.

²² BOUTINET J-P, 2000, « *La culture de projet dans un système de santé hiérarchique : un brouillage organisé ?* », *Actualités De Santé Publique*, n°33, p.48

²³ Loi n°91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière, Article L.714-26

En tout cas, elle a favorisé les élaborations pluriprofessionnelles.

Après avoir présenté les évolutions historiques des projets à l'hôpital, nous aborderons l'aspect fonctionnel du projet avec les risques et les opportunités que sa démarche contient.

1.2.3. Le projet, une nécessité stratégique avec ses risques et ses opportunités

A- Une nécessité stratégique

Nécessité légale prévue depuis 1991, le projet d'établissement est aussi une **nécessité stratégique** tant au sein de l'établissement que vis-à-vis de l'extérieur. En effet, il permet aux acteurs de l'hôpital comme à tout groupe humain de s'arrêter régulièrement pour regarder et faire le point sur le chemin parcouru, évaluer ensemble leurs forces et leurs faiblesses et définir, toujours ensemble, des perspectives. C'est d'ailleurs dans cette volonté d'améliorer la coopération qu'il a tout d'abord été préconisé puis qu'il s'est progressivement imposé. La coopération à laquelle il incite, réside autant dans la méthode d'élaboration qu'il implique, plutôt participative pour certains de ses volets, en particulier le projet de soins, que dans la visibilité partagée des perspectives qu'il offre.

Cependant, selon la méthode employée, J-P BOUTINET²⁴ distingue deux types de démarches : la gestion/management **de** projet ou la gestion/management **par** projet.

Cette distinction « *introduit une opposition entre **le projet - objet centré sur le but à atteindre** (gestion/management de projet) et **le projet – méthode** (gestion/management par projet) **soucieux de rester attentif d'abord à l'originalité d'une démarche qui entend privilégier l'espace de créativité et l'implication des acteurs.*** »

Le travail d'élaboration collective repose selon lui sur deux types de groupes aux différentes en lien avec cette distinction : « *l'équipe – projet* » ou le « *groupe – projet* ». Le premier est plus directif et planifié que le second. Tandis que dans le premier, le leader est désigné et le but fixé d'avance, imposé de l'extérieur, dans le second, les membres se cooptent et le but se dessine peu à peu. Si ce dernier se montre plus vulnérable aux crises, il est aussi plus solidaire et inventif. Car, en effet, « *moins il y aura de coercition entre commanditaire et maître d'œuvre (l'équipe - projet), plus nombreux seront les degrés de liberté laissés au maître d'œuvre, plus l'innovation sera possible.* »

Même si dans le cadre d'un projet d'établissement, la créativité est contrainte par un certain nombre de paramètres (réglementaires, économiques, politiques), elle est cependant souhaitable pour envisager le changement. La pensée créatrice, en effet, ne peut ouvrir de nouvelles perspectives que dans la mesure où elle peut remettre en cause ce qui est établi et ne craint pas de s'affranchir des voies tracées.

²⁴ BOUTINET J-P, Février 2006, « *Intérêt et limites du management par projet* », Soins Cadres, n°57, p.63

Le commanditaire choisira quel type de réponse il souhaite : **un projet – programme**, « simple réponse conformiste apportée à une commande injonctive » ou **un projet – innovation**, « réponse créatrice et singulière » élaborée pour satisfaire une commande comportant une marge d'incertitude délibérée.

Toutefois, Jean-Pierre BOUTINET le souligne²⁵, si le projet s'est « *présenté au cours des deux derniers siècles comme condition d'émancipation et de créativité* », en s'inspirant de ce « *grand courant de pensée et d'action que constitue le Project Management* », « *il a souvent dans ces usages intempestifs constitué une forme subtile d'asservissement* » entraînant la frustration des acteurs. C'est pourquoi il préconise prudemment à tout groupe ou toute personne s'investissant dans un projet de tenir compte du contexte, avec ses « *données contradictoires* » et de « *ne pas rêver à une totale autonomie.* »

En effet, certains risques n'épargnent pas cette démarche participative pourtant très séduisante.

Nous en énoncerons les principaux en nous inspirant de ceux qu'indique Jean-Pierre BOUTINET.

B- Les risques du projet

Des risques socio – affectifs (climat institutionnel) :

- Une fuite en avant qui ne tient pas compte des exigences du présent
- Une idéalisation du projet avec le risque de désillusion qui l'accompagne
- Une désillusion provoquée par l'écart entre l'intention et une concrétisation modeste. Le projet reste « *une énonciation de vœux pieux* » qui finissent par provoquer la « *frustration des acteurs* »
- Un « *volontarisme* » inadapté : l'objet-projet prend le pas sur le processus à conduire

Le projet prend des proportions symboliques et imaginaires qui dépassent de loin une possible réalisation dans l'institution. Il ne peut que scinder la Communauté en deux, ceux qui s'y investissent totalement et ceux qui s'en sentent dépossédés.

Des risques socio - opératoires (production) :

- Une dénégation des personnes concernées par le projet
- Une créativité étouffée par la « *lourdeur des dispositifs du projet* » ou « *une démarche très stéréotypée qui ne laissant guère de place à l'improvisation et au contexte local* »
- Des coûts disproportionnés

²⁵ BOUTINET J-P, Mai 1993, « *Les multiples facettes du projet* », *Sciences Humaines*, n°39, p. 23

Les formes concrètes prises par l'élaboration du projet ne sont pas définies de manière satisfaisante pour la Communauté : les méthodes et les buts sont inadaptés.

A ces frustrations, ces déceptions, succèdent en général un désinvestissement de la sphère collective préjudiciable pour la coopération interne.

En revanche, un projet bien conduit peut être une opportunité pour celle-ci.

Voici, toujours d'après J-P BOUTINET, les « *effets émancipateurs* » du projet :

C- Les opportunités offertes par le projet :

- Une incitation pour les personnels à devenir « *acteurs - auteurs* »
- Une inscription dans une logique de recomposition du lien social en se fondant sur une « *logique d'interaction et de négociation* »
- Une possibilité pour les acteurs de « *penser la situation en termes d'innovation et de création* »
- Une action plus efficace grâce au temps prévu d'anticipation et de conception
- Une clarification des intentions propices à concrétiser les possibilités envisagées par le travail de réflexion
- Une meilleure qualité des liens institutionnels du fait d'une réflexion partagée sur le sens de l'action.

Ces opportunités sont d'autant plus à saisir que face à des mutations qui devraient conduire à un véritable changement de modèle hospitalier, la capacité de projection devient encore plus indispensable. Elle suppose, d'une part de lutter contre les tendances spéculatives actuelles, souvent « court - termistes » et d'autre part, de reconstituer une puissance collective qui sache s'agencer étroitement avec les initiatives privées en leur donnant de la visibilité à plus long terme. Non seulement cette vision unitaire permet à une communauté de se projeter mais aussi de construire son rapport au temps qui fonde une identité commune.

Ainsi l'établissement par ce positionnement dans la sphère sociale affirme son utilité sociale en interne comme pour l'extérieur.

Cependant pour remplir ces promesses, la démarche projet requiert un certain nombre de conditions.

D- Conditions requises pour un projet de soins réussi

Réglementairement désigné pour élaborer le projet de soins en collaboration avec les personnels concernés, le Directeur des Soins apparaît pouvoir être aussi ce « *facilitateur* », jouant un rôle tiers, « *capable en appliquant une méthode de faciliter* »

l'élaboration de projets réalistes »²⁶ que décrit Pierre GOGUELIN. Le « *facilitateur* » qu'il imagine ne doit pas se substituer aux auteurs mais rester le « *catalyseur* » dont l'action consiste à amener par les questions qu'il soulève les axes et problématiques dégagés au cours du diagnostic, à permettre une clarification des options choisies, comme le stipule l'un de ses principes de réussite énoncé, « *le principe de maïeutique* ». Le directeur des soins, dans cette fonction de facilitateur mettra à disposition les informations objectives utiles si nécessaire. Il doit aussi appliquer le « *principe d'imagination réalisante* » qui veille à la vraisemblance et aux implications des options retenues (« Est-ce - possible ? Quelles conséquences a tel type d'action? »). Il intervient tout au long de l'élaboration dont il aura donné les étapes mais sans exercer aucune autre pression que le respect de celles-ci. Il invitera à une synthèse en milieu d'élaboration et envisagera avec le groupe projet la réalisation concrète possible des choix faits. Il aidera ensuite selon un planning précis à la mise en œuvre. Le travail d'accompagnement se poursuivra ensuite : « *Le facilitateur suivra la mise en œuvre pas à pas, toujours dans l'esprit d'un accompagnateur qui ne se substitue pas aux auteurs du projet.* »

Un autre principe plus ou moins incontournable pour que le projet de soins tienne ses promesses est que le directeur des soins, « *facilitateur*», ait conscience des risques et des opportunités d'une démarche projet.

La réussite du projet de soins passe par une méthode à la fois souple et rigoureuse qui favorise l'expression et l'appropriation.

Elle se décline en trois étapes incontournables, accompagnées d'un plan de communication. Susceptibles de variantes selon les contextes institutionnels (histoire, acteurs en présence, problématiques à traiter), elles permettront à l'institution de ne pas répéter les dysfonctionnements et de s'inscrire dans une perspective stratégique :

- Une étape diagnostique qui permet d'exprimer les désirs de changements,
- Une étape d'appropriation qui passe par la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés dans l'élaboration,
- Une mise en œuvre qui fait l'objet d'une évaluation et des réajustements nécessaires.

Une phase essentielle pour la coopération : le diagnostic

La phase diagnostique est essentielle pour repérer les forces et faiblesses mais aussi et surtout pour identifier les causes des dysfonctionnements qui autoriseront ensuite à dégager des leviers d'action concrets.

²⁶ GOGUELIN P., Mai 1993, « *Comment faire naître un projet ?* », Sciences Humaines, n°39, p.30

La **démarche diagnostique** peut s'organiser de différentes manières : travail de recherche du directeur des soins ou groupe de travail.

Ce diagnostic prendra en compte un certain nombre d'éléments :

- des éléments de nature politique : les orientations en matière de santé publique (Plans National et Régional de Santé Publique), les évolutions réglementaires et les axes de la politique d'établissement, les attentes des usagers (Enquête de satisfaction, Rapport de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge ...)
- des éléments de nature technique : les rapports de certification voire des résultats de l'autoévaluation, les résultats d'audits internes , le type d'activités pratiquées avec ses exigences, la configuration architecturale, le type de personnel mobilisable
- des éléments de nature psychosociologique : repérage du climat institutionnel et des problématiques qu'il convient stratégiquement de traiter.

Par ailleurs, le diagnostic sera attentif aux problématiques abordées dans les autres projets et en particulier celles du projet médical qui constitue le socle du projet d'établissement et à partir duquel se construisent tous les autres volets.

Une phase d'organisation de l'élaboration

Le *Guide d'élaboration et d'évaluation de l'A.R.H.I.F* (Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Île de France) décrit cette phase de la manière suivante :

« *Le projet de soins est le reflet de la contribution des différents professionnels à la prise en charge des malades et de leur entourage et au développement des connaissances en matière de santé. Aussi son élaboration doit-elle s'appuyer sur une **large participation des professionnels dépendant de la direction des soins**.* ». Le texte en ce qui concerne les professionnels susceptibles d'y participer est plus large puisqu'il indique :

« *avec l'ensemble des personnels concernés par le projet des soins* ». Le guide de l'A.R.H.I.F poursuit : « *Le processus d'élaboration d'un projet devrait tenir compte à la fois du diagnostic de l'existant et des éléments prospectifs et innovants car il engage les actions à moyen terme. Cette première étape fournit des éléments pour définir une politique de soins et des orientations stratégiques. Ensuite, sont déclinés les principaux objectifs et actions à mettre en œuvre durant la période de réalisation du projet (généralement 5 ans)* ». En effet, le projet s'il peut créer une dynamique, mettre en mouvement, peut aussi anticiper l'avenir (prévoir) à moyen terme mais aussi, dans le choix de ses axes, préparer le changement (être pré-actif), voire agir pour provoquer le changement souhaité(être pro-actif). Ceci s'entend bien sûr, comme nous l'avons vu, après une analyse contextuelle approfondie et l'acceptation des règles du jeu (réalité socio-économique, politique de santé). Le guide précise en outre : « *Afin de rendre les actions opérationnelles dans un contexte, il est utile de préciser pour chacune d'elles : le*

responsable de sa mise en œuvre, les coopérations et collaborations avec d'autres directions et/ou équipes, l'échéancier, éventuellement les moyens nécessaires. Enfin, il convient de prévoir les modalités d'évaluation.»

Cette méthode décrite dans ses modalités générales tiendra compte du climat institutionnel local, des collaborations envisageables et du temps nécessaire et suffisant au regard des objectifs.

Cette phase d'élaboration s'accompagne comme les phases suivantes, mise en œuvre et évaluation, d'une communication adaptée sans laquelle l'implication des personnels sera moindre.

Une communication adaptée, facteur de réussite :

Un plan de communication se construit de manière rigoureuse.

Dans son cours aux directeurs des soins à l'E.N.S.P (Ecole Nationale de Santé Publique) en 2007, Bertrand PARENT en indiquait la méthode que nous résumerons ainsi :

1. Analyser de manière approfondie les représentations de l'organisation à laquelle nous souhaitons communiquer mais aussi nos propres représentations de celle-ci
2. Cerner de manière précise ce que nous voulons communiquer : objectifs
3. Construire une cartographie des catégories possibles d'interlocuteurs, choisir le type de message, les supports, les « canaux » pertinents.

Il précisait en outre que pour être efficace, la communication devait respecter certains principes et qui tous reposaient sur une idée-force, celle de « l'intention communicante » qui s'intéresse avant tout à celui à qui la communication s'adresse :

Principe 1 : La communication ne s'improvise pas, elle se prépare.

Principe 2 : Information et communication sont à distinguer

Principe 3 : Il est indispensable d'être acteur de la communication.

1.3. Les opportunités apportées par le projet pour la coopération interne

Afin de mesurer les apports du projet à la coopération interne, nous reprendrons les six éléments contribuant à la réussite du travail collectif.

1.3.1. Les opportunités au regard des conditions à réunir pour une coopération réussie

La coopération se fonde sur un projet commun et une finalité collective :

Dans la mesure où le projet de soins, volet du projet d'établissement, fait appel à un système de valeurs et de normes qui participent au Bien commun et concernent

l'organisation des soins et l'accompagnement des patients, il peut participer à une dynamique de coopération au sein de l'hôpital. Soulignons que les problématiques qu'il est chargé de traiter relèvent des missions centrales de l'hôpital.

La coopération exige un espace-temps commun :

Le projet de soins par les rencontres formelles ou quelquefois plus informelles qu'ils provoquent au cours de ces différentes phases permet aux acteurs d'être et de se projeter dans un temps partagé. La transversalité possible des groupes - projet donne aussi l'occasion à des acteurs aux perceptions du temps différentes de se confronter.

La coopération exige un univers de sens partagé :

Les étapes précédemment décrites du projet nécessitent des temps d'échanges collectifs au cours desquels les controverses entre acteurs doivent être possibles.

Gilles HERREROS²⁷ souligne un risque que pourrait comporter le projet de soins. Le caractère incantatoire de la formule « *Tous unis pour le seul intérêt du malade* » pourrait nous conduire à nous retrouver tous engagés dans « *un processus consensuel (...) qui lisserait* » tous les reliefs relationnels et nous enfermerait dans des « *organisations clivées* », incapables « *d'accueillir et d'encadrer les controverses entre les différents protagonistes* ». Les oppositions seraient tuées dans un consensus « *nécessairement mou et faux* » où ni le champ des possibles ne pourrait être défini, ni les espaces réels de compromis émerger. Or, ce compromis, négocié et transitoire, consiste à « *trouver dans la logique de l'autre ce qui pourrait être acceptable, recevable, dans sa logique propre, de telle façon que ce point de rapprochement puisse servir d'appui au renforcement de la coopération. Il s'agit bien là d'accepter de ne pas réduire l'autre à sa logique et mais bien de construire une logique commune qui parvient autant que faire se peut à les contenir toutes* ». On pourrait ainsi annoncer : partager un « univers de sens ». « *Le paradoxe de cette démarche est qu'elle suppose une controverse entre les parties, une dispute sans cesse renouvelée* » mais qu'il convient de dédramatiser en la considérant comme inhérente à une institution vivante.

Contrairement aux crises où les personnels sont instrumentalisés, aux moments de conflictualité au travers des phases d'élaboration du projet, ils sont acteurs sociaux tout en restant eux-mêmes.

La manière avec laquelle une institution compose avec sa conflictualité est un véritable indicateur de démocratie.

La coopération exige une reconnaissance sociale de l'activité réalisée :

²⁷ Gilles HERREROS, « *La culture à l'hôpital : une scène pour des identités en travail* » - Publication Culture et hôpital. Groupe de réflexion Rhône-Alpes. Il suffit de passer le pont. Identités professionnelles et dynamique de changement. C.H.U Le Vinatier. D.R.A.C et A.R.H Rhône-Alpes. 2003. p.109

Le projet de soins par les rencontres transversales auxquelles sa démarche participative contraint suscite des espaces-temps où chacun peut avoir l'occasion de se connaître et mieux, de se reconnaître.

Les travaux écrits dont il fait l'objet favorise aussi la visibilité des actions menées et contribue à une reconnaissance sociale de l'activité de soins.

La coopération exige une hiérarchie légitime :

La construction du projet de soins donne l'occasion à la hiérarchie paramédicale de se positionner autrement, de manière latérale et plus à proximité qu'elle encadre un groupe ou que simplement, elle y participe.

C'est aussi l'occasion pour les autres acteurs de l'envisager différemment, plus régulatrice des échanges.

La coopération exige une éthique de la responsabilité et de la solidarité :

Le projet de soins par les problématiques qu'il aborde se questionne et prévoit d'évaluer les conséquences de ses actes. Il inscrit le personnel paramédical dans une éthique de la responsabilité.

L'investissement qu'il demande inscrit ses participants dans une dynamique de partage et contribue à créer des liens au sein de l'institution.

1.3.2. Les opportunités au regard des hypothèses de recherche

Nous terminerons cette première partie en réexaminant notre question de départ : « *Le directeur des soins pourrait-il contribuer à susciter une dynamique de coopération en s'appuyant sur le projet de soins ?* » et ses trois hypothèses après la mise en lien, ci-dessus, de ces deux notions de coopération et projet.

La première hypothèse avançait que le projet de soins favorisait la coopération interne en donnant l'opportunité aux professionnels d'échanger entre eux quant à leurs représentations des soins.

Comme nous venons de le voir, le projet de soins qui concerne « *l'organisation des soins et l'accompagnement des malades* » au cours de l'ensemble de ses phases permet en effet des échanges entre professionnels quant à leurs représentations des soins.

Pour que la contribution à la coopération soit probante, nous l'avons vu, ces échanges doivent se réaliser dans certaines conditions : participation d'acteurs aux perceptions différentes en terme de temps, de positionnements institutionnels, controverses possibles pour aboutir à un « univers de sens partagé ».

La deuxième hypothèse avançait qu'afin d'élaborer le cadre d'un projet de soins visant à une meilleure coopération, le directeur des soins procédait à un diagnostic

préalable susceptible de dégager les phénomènes psychosociologiques la limitant et les prenait en compte.

En effet, le souhait du directeur des soins de contribuer à la coopération interne passera par l'élaboration d'un diagnostic qui tiendra compte non seulement des phénomènes psychosociologiques mais aussi d'autres aspects : politique et technique. Le projet de soins s'intègre dans le projet d'établissement dont il n'est qu'un des volets. Si la prise en compte des phénomènes psychosociologiques est indispensable, elle s'associe à d'autres éléments qui interviennent également dans le diagnostic et sans lesquels il ne serait pas pertinent de travailler : contexte socio-économique, politique de santé. J-P BOUTINET le rappelle : il convient de tenir compte du contexte, avec ses « *données contradictoires* » et de « *ne pas rêver à une totale autonomie.* »

Par ailleurs, la complexité des phénomènes psychosociologiques à l'œuvre dans une institution est à souligner. Un diagnostic les prenant en compte nécessite d'une part d'avoir naturellement conscience de leur existence et d'autre part, d'en avoir une bonne connaissance ou la possibilité de faire appel à des personnes averties.

La troisième hypothèse avançait que le projet de soins favorisait la coopération interne si le directeur des soins envisageait le projet de soins en lien avec d'autres projets et impliquait des acteurs non paramédicaux (Projet médical, Plan d'amélioration de la qualité, Projet social...).

Le texte réglementaire stipule que le projet de soins est « *élaboré par le directeur des soins avec l'ensemble des personnels concernés par le projet des soins* » et « *mis en œuvre par une politique continue de l'amélioration des soins.* » Ces éléments sont suffisamment flous pour autoriser des ouvertures avec d'autres professionnels, d'autant que désormais le « *projet de prise en charge des patients* », que doit comporter le projet d'établissement, doit être « *en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (...)* », ce qui laisse à chaque établissement la possibilité de construire sa « cohérence » qui contient sans aucun doute l'idée de coopération.

De plus, si l'on se réfère aux conditions à réunir pour une coopération réussie, il est évident qu'elle passe par des « frottements » entre des sensibilités, perceptions et langues différentes. L'implication élargie dans l'organisation à d'autres professionnels comme dans d'autres projets permet de se connaître et favorise les reconnaissances mutuelles de compétences et améliore l'estime de soi de chacun.

Elle donne l'occasion à chacun de mesurer les conséquences de ses actes et de s'inscrire de manière plus solidaire dans l'organisation au travers de sa participation à cette « œuvre commune ».

2. APPROCHE COMPREHENSIVE PAR L'ETUDE DE TERRAIN

2.1. Méthodologie de la recherche

2.1.1. Objectifs de l'enquête

Les objectifs de l'enquête résident dans la vérification des hypothèses :

- Sont-elles fondées ?
- Quelles sont les nuances à leur apporter ?
- Convient-il de les réviser en totalité ?

Ce qui nous paraît important pour nous préparer à nos futures fonctions est qu'à l'occasion de ces échanges, nous puissions faire évoluer nos représentations, les enrichir en questionnant celles de professionnels plus expérimentés.

Nos objectifs, compte tenu du temps dont nous disposons, ne peuvent raisonnablement pas être de contribuer autant que nous l'aurions souhaité à la communauté hospitalière.

2.1.2. Présentation de l'enquête

A. Les interviews

Nous avons choisi pour réaliser cette enquête de procéder à des interviews auprès de professionnels investis ou intéressés à la fois par la notion de coopération interne ou par le projet de soins.

Leur différent niveau d'implication dans le projet de soins nous a amené à construire deux types de guides d'entretien qui sont joints en annexe (annexes 1 et 2).

Nous avons pu mener une dizaine d'entretiens ce qui peut paraître bien modeste mais qui a été complété au cours de nos deux stages hospitaliers par des échanges avec de nombreux acteurs au sujet de leurs représentations de la coopération et de la manière dont ils entendaient y contribuer ou y voir contribuer les autres.

Ces échanges n'ont pas fait l'objet d'entretiens spécifiques, néanmoins, ils nous ont permis d'appréhender plus aisément au cours des entretiens construits, dans un second temps, ce qui paraissait utile pour cette réflexion.

A noter aussi que la moitié des entretiens ont été réalisés téléphoniquement mais auprès de personnes que nous avons déjà rencontrées et qui nous connaissaient.

B. Les lieux d'enquête

Il nous est paru important, dans le choix des **lieux d'enquête**, de retenir des institutions qui, au travers de leurs acteurs, manifestaient un intérêt évident au projet de soins ou à la coopération interne. Ainsi les quatre lieux retenus sont de taille variable (3 C.H.U et 1 C.H), localisés dans trois régions différentes et proposent soit des soins spécialisés, soit généraux. Les projets de soins sont soit en cours d'élaboration, soit dans leur phase de mise en œuvre.

Les 3 premiers sites sur lesquels nous avons enquêté sont des lieux plus ou moins connus ce qui nous a permis de percevoir de manière plus fine le contexte des propos recueillis. Nous n'avons pas regretté ce choix compte tenu du temps dont nous disposions, cette connaissance préalable ayant facilité la conduite des entretiens. Nous avons estimé utile de réaliser la présentation de ces lieux sous forme d'un tableau comparatif des lieux enquêtés.

Présentation des lieux enquêtés (Tableau n°1)

	Site 1	Site 2	Site 3	Site 4
IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT	Centre Hospitalier Spécialisé Environ 600 personnes employées dont 400 paramédicaux. Activités :Psychiatrie générale et infanto-juvénile. Activité essentiellement ambulatoire.	Centre Hospitalier Universitaire Environ 2 800 personnes employées dont 1600 paramédicaux. Activités : Neurologie, cardiologie, pneumologie, endocrinologie, laboratoire.	Centre Hospitalier Universitaire Environ 2900 personnes employées dont 2000 paramédicaux Activités de spécialités : dermatologie, hématologie et immunologie, oncologie et activités de proximité. 54 % activité ambulatoire.	Centre Hospitalier Universitaire Environ 10 000 personnes employées dont 8000 paramédicaux Activités cliniques et médico-techniques réparties en 6 plateformes
PERSONNELS PARTICIPANT A L'ELABORATION DU PROJET DE SOINS	50 personnes environ. Groupes pluriprofessionnels	Environ 100. Pour l'instant, personnel d'encadrement paramédical	Environ 100	Environ 50 pour le projet de soins mais 500 pour le projet d'établissement

PERSONNELS INTERVIEWES	<ul style="list-style-type: none"> - Un médecin-chef de service ayant participé au projet de soins - Un cadre de santé ayant conduit un groupe - Le directeur des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - Un cadre sup. de santé conduisant plusieurs groupes - La responsable Qualité impliquée dans le travail d'un des groupes - Un directeur des soins en charge de plusieurs groupes 	<ul style="list-style-type: none"> - Le coordonnateur des soins - Le directeur des services logistiques et de la Qualité 	<ul style="list-style-type: none"> - Un directeur des soins impliqué dans le projet - Un directeur des soins chargé du projet médico-soignant
-------------------------------	--	---	--	---

Présentation des lieux enquêtés (Tableau n°1 suite)

	Site 1	Site 2	Site 3	Site 4
ETAPE DU PROJET AU MOMENT DE L'ENQUETE	Dates du projet antérieur : 2003 -07 Projet en cours d'élaboration : 2008-12 Phase actuelle : de l'élaboration à la mise en oeuvre selon les groupes	2005 Projet en cours : 2006 – 2010 Phase actuelle : Mise en place de groupes d'élaboration Fin des travaux pour certains groupes	Dates du projet antérieur : 2000-2004 Projet en cours : 2005-2009 Phase actuelle : Mise en oeuvre dans les pôles et évaluations régulières.	Dates du projet antérieur : 1996- 2003 (médico-soignant) Projet en cours : 2003-2007(médico-soignant) Phase actuelle : élaboration du projet de prise en charge du patient 2008-2012
INDICATEURS DE COOPERATION	<ul style="list-style-type: none"> - Choix des thèmes en lien avec les autres projets - Groupes d'élaboration pluriprofessionnels : axes métiers, organisation des soins... 	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté de constituer des groupes pluriprofessionnels selon les thèmes - Collaboration avec la Responsable Qualité pour l'un des groupes, le Directeur des Ressources Humaines pour un futur groupe 	<ul style="list-style-type: none"> - Sollicitation lors de la construction du cadre de tous les professionnels concernant leurs représentations des soins de qualité - Projet de soins conçu pour être décliné au sein des pôles avec les autres professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> - Projet médico-soignant depuis 1996 - Projet médico-soignant en collaboration avec la Direction Qualité en cours d'élaboration - Sollicitation des usagers dès phase diagnostique

2.1.3. Les limites de l'étude

Il nous faudra donc convenir du caractère non véritablement contributif de l'exercice en ne négligeant tout de même pas que d'avoir interrogé de la manière que nous l'avons fait peut amener les acteurs interviewés à eux-mêmes s'interroger à leur tour de la même façon que nous-mêmes.

A. Les interviews

Le nombre d'entretiens n'a été réparti en fonction de la taille de chaque site ce qui permet peu de vérifier la contribution réelle du projet de soins à la coopération dans le site 4, à la fois inconnu et de plus grande importance, où seulement deux directeurs de soins ont été rencontrés.

Si les propos des acteurs paraissent essentiels, une analyse de la forme documentaire, même modeste, des 4 projets aurait pu être intéressante. Elle aurait fait l'objet d'un tableau comparatif dans lequel nous aurions retenu les critères suivants :

- le nombre de pages
- le contenu de l'introduction
- la présentation : formulation choisie, présence de tableaux
- la façon dont la mise en œuvre était annoncée
- l'articulation avec le projet d'établissement : enchâssé dans le projet d'établissement ou apparaissant distinctement au même titre que les autres volets...

Or, cette analyse, compte tenu des écarts entre les différents projets ne s'est finalement pas révélée pertinente au regard des hypothèses de recherche.

De plus, le temps nous a manqué.

B. Un écart conséquent entre les différents sites enquêtés (cf. tableau n°1)

L'écart entre les différents sites tant du point de vue de la taille que du type d'activités ne nous a, en effet, pas permis de dégager des éléments invariants suffisamment fiables dans la démarche Projet qui contribueraient réellement à la coopération. Certaines indications apparaissent néanmoins que nous utiliserons au cours de l'analyse

De plus, notre connaissance inégale des lieux nous a probablement influé dans l'approche compréhensive.

2.2. Présentation des résultats et analyse

Nous avons choisi d'exposer les résultats et de les analyser dans le même temps de manière à rendre l'exposé plus dynamique et d'en faciliter la lecture.

Dans un premier temps, nous aborderons les représentations des acteurs concernant les notions de coopération et de projet en suivant les guides d'interview. Nous envisagerons ensuite comment les acteurs rencontrés dans ces quatre institutions bien dissemblables conçoivent la contribution du projet de soins à la coopération interne.

2.2.1. La coopération, la représentation des acteurs

A- Une définition partagée

Quels que soient les sites, les acteurs ont des représentations assez communes de la coopération. Même si l'expression est trouvée peu usitée par l'un des acteurs, elle suscite chez la plupart des évocations immédiates : c'est « *un idéal* », « *un enjeu crucial* », c'est « *faire ensemble, chacun avec ses compétences mais dans un seul but, au service d'un projet global, incarné au travers du projet d'établissement* », « (...) *s'il n'y a pas de coopération, il n'est pas possible d'avancer* ».

Un des interlocuteurs la distingue de la notion de collaboration « *qui serait déjà acquise. La coopération serait plus faire ensemble chacun avec sa méthode mais dans le même objectif* », ce que confirme un autre : « *La coopération permet de conserver une certaine autonomie tout en participant à une œuvre commune.* »

Certains précisent qu'« *elle s'entend à plusieurs niveaux* », entre personnels médicaux et paramédicaux, entre agents et encadrement et avec les usagers. La volonté claire de la direction générale est aussi perçue comme indispensable : « *Si la coopération n'est pas envisagée dès ce niveau, elle ne peut se réaliser aux autres niveaux.* ».

Cependant très vite sont énoncés les freins et les moments problématiques qu'elle rencontre.

B- Des obstacles identifiés

Le premier frein avancé est la complexité de l'organisation hospitalière. Pour assurer la continuité des soins, « *cinq personnes différentes sont nécessaires sur un même poste* ». L'un des acteurs souligne que « *d'ailleurs au CNAM (Conservatoire Nationale des Arts et Métiers), on a coutume de dire qu'une fois qu'on a travaillé à l'hôpital, en matière d'organisation, on peut aller partout.* ». La raison essentielle évoquée est liée aux « *nombreux métiers qui se côtoient avec des profils socioculturels différents.* » « *L'importance de la définition d'un périmètre* » est évoquée ce que d'autres complètent par « *la question des territoires est très prégnante dès lors que l'on travaille ensemble* » ou bien encore par « *la dimension de service prime sur la dimension plus collective que représente la dimension institutionnelle.* ». Un autre interlocuteur ajoute en ce sens que : « *Les difficultés viennent d'un mode de fonctionnement très cloisonné, favorisé par la concurrence entre services, ce que la T2A (Tarification à l'activité) ne va pas améliorer mais qui sera peut être pondéré par la mise en pôle.* »

Une autre des raisons serait « *une exacerbation des conflits due à une politisation de chaque action au sujet de laquelle chacun veut donner son avis* » ou bien encore : « (...) *les soignants sont dans une culture très critique.* »

« *L'imprévisibilité des patients* » est aussi perçue comme facteur de complexité pour l'organisation, « *s'il reporte, annule, ne vient pas à ces rendez-vous, du coup, les fonctions censées s'enchaîner sont désorganisées.* »

Les moments problématiques pour la coopération sont identifiés de manière assez évidente : « *entre deux segments d'activités* » alors que chaque segment est réalisé correctement car « *(...) la complexité de l'organisation fait que l'on se concentre sur ce que l'on maîtrise* », lors des prises de décisions, « *qui les prend quand tout le monde est d'accord ? A qui finalement appartient-elle ?* », entre les services de soins et techniques et logistiques.

« *Des influences souterraines, une certaine opacité dans les prises de décision* » seraient aussi vécues comme démotivantes quant à la coopération.

Si chacun envisage les difficultés de la coopération, les ressources pour y faire face ne manquent pas.

C- Des ressources importantes

Tout d'abord, les ressources internes d'ordre politique grâce auxquelles il est possible d'échanger : les « *instances où chacun donne son avis* », les groupes de travail de différentes natures (Comités de pilotage de projets, Commissions etc), les formations, « *le Projet Qualité (qui) est transversal et (qui) constitue un plan d'action général. Il impacte, influence chaque projet y compris ceux des pôles. Il ne rentre pas dans les logiques métiers* » et bien sûr « *le projet d'établissement* » relevé par la majorité des acteurs comme « *un témoignage de cette coopération au travers des grands axes qu'il déploie* » à condition qu'il ne soit pas « *une juxtaposition de projets* ».

Une de nos interlocutrices souligne aussi « *l'apport pour la coopération interne de la coopération externe au travers de groupes de travail réalisés en dehors de l'institution.* »

Des ressources plus techniques sont aussi évoquées : « *D'autres outils existent mais de manière ponctuelle : l'analyse de processus, la démarche qualité, les E.P.P. Ces outils ont l'avantage de ne plus culpabiliser les acteurs lorsqu'un dysfonctionnement intervient.* ».

Chacun évoque sa façon d'y contribuer à partir de sa fonction et en ayant conscience de la nécessité de la coopération, ça passe par le « *prêchi-prêcha auprès des équipes pour faire valoir l'intérêt général* », « *essentiellement en faisant circuler information, ascendante, descendante, transversale, orale ou écrite selon les situations* », par la participation à des groupes de travail « *avec une vision transversale* ». Si cette vision transversale peut être assurée par le responsable Qualité, l'ingénieur en organisation, elle peut l'être aussi par le directeur des soins ou coordonnateur : « *La coordination n'est pas une affaire de pouvoir. C'est une fonction régulatrice qui rappelle le lien à la communauté* ». Le coordonnateur « *a un rôle de coordination, de mise en lien. Il assure la*

fluidité entre les différents projets, acteurs, domaines. ». Il peut être « incitatif, force de propositions », « organiser la possibilité des échanges en insistant sur leur valeur en résistant aux pressions de l'urgence susceptibles de les réduire », ce qui permet par exemple de coopérer « dans la mesure où cet espace est institué ».

Pour conclure, nous serions tentés de reprendre les propos de l'une de nos interlocutrices, Madame A. : « *A l'hôpital, on ne raisonne pas encore dans l'intérêt de tous, au service d'un projet...La complexité de l'organisation fait que l'on se concentre sur ce que l'on maîtrise. Cependant le mode de raisonnement auquel oblige l'outil informatique est en train de révolutionner nos habitudes de fonctionnement. En effet, il oblige à tenir compte avec précision de l'amont et de l'aval de sa propre activité, par exemple, l'attribution d'un lit conditionne la commande du repas.*

La prise de conscience pour chacun de son inscription dans un processus est nécessaire. Le vrai pouvoir n'est plus dans la maîtrise exclusive de son activité mais dans la capacité à faire avancer. »

2.2.2. Une représentation de la coopération plus politique et technique que psychosociologique.

La coopération est bien perçue comme indispensable pour avancer par l'ensemble des acteurs et se déclinant à plusieurs niveaux y compris avec le patient.

Les raisons du manque de coopération invoquées sont essentiellement de type politique : complexité du système des relations du fait de l'hétérogénéité des personnels et de la multiplicité interactionnelle, du caractère souvent passionnel des échanges (« *exacerbation des conflits* », « *culture critique des soignants* »). La seule allusion aux patients concerne leur imprévisibilité qui désorganiserait les processus organisationnels. Les « **forces de déliaison** » que nous évoquions en page 7 sont à peine suggérées. La seule allusion qui est faite au poids de ce défi relevé quotidiennement de la confrontation à la vulnérabilité humaine est l'évocation d'une « *imprévisibilité* ». Et ce de plus, par l'une des interlocutrices la plus éloignée des soins.

La « **saturation émotionnelle** » serait donc telle que les acteurs des institutions de soins interviewés ont plutôt choisi d'évoquer des raisons politiques ou techniques que psychosociologiques : rationalisation qui banalise voire occulte certains phénomènes, prises de décision peu lisibles ou agrippement à des fonctions, des territoires (pôles, unités) d'où la difficulté attribuée à la complexité interactionnelle, fuite dans le mode opératoire au travers du déploiement du vaste choix d'outils ou de méthodes pour contribuer à la coopération etc.

Sans doute les phénomènes psychosociologiques à l'œuvre appartiennent plus au champ de l'Inconscient (dont on reconnaît ou non l'existence) et le cadre des entretiens est peu propice à leur évocation. Ou bien encore, ce ne sont pas les premières raisons « qui

viennent ». A ces raisons plus « invisibles », leur sont préférées des raisons plus opérantes, à leur tour évacuées dans un travail d'analyse de la pratique (en plein développement dans les institutions de soins) comme s'il y avait une impossibilité à embrasser les trois champs dans le même temps : psychosociologique, politique, technique mais sans doute sont-elles étroitement intriquées.

Et pour conclure, c'est même l'affirmation, au travers des propos de Madame A., de la domination technique qui nous obligera à changer de modes de fonctionnement et à coopérer.

Nous pouvons nous interroger sur cette mise au pas forcé à la lecture des conditions indiquées plus haut permettant à une organisation de fonctionner de manière optimale. Parmi elles, les plus relevées par les acteurs sont le **projet**, personne n'évoque la **finalité**, les **espace-temps communs** mais plutôt sous forme de temps d'activités partagés. Personne n'évoque les « **espaces interstitiels** » qui pourtant opèrent tant de régulations indispensables et sans lesquels l'organisation se bloquerait. La résistance à l'urgence au travers des propos suivants : « *organiser la possibilité des échanges en insistant sur leur valeur, résister aux pressions de l'urgence* » fait vaguement allusion à une dimension autre des échanges, plus déliée. Toutefois l'évocation d'« *influences souterraines* », « *d'une certaine opacité dans les prises de décision* » témoigne bien de l'activité de ces espaces.

Quant à la **controverse**, elle ne revêt décidément pas un caractère très positif, elle est plutôt envisagée comme une gêne. Cet « *accord obtenu après non pas réduction des autres à sa propre logique mais bien après construction d'une logique commune qui parvient à les comprendre toutes a minima* » devrait-il donc être spontané ?

Nous n'avons pas relevé d'allusion dans le discours des acteurs à la **dynamique de reconnaissance individuelle et collective** qui jouerait en faveur de la coopération.

L'évocation, par l'une de nos interlocutrices, du **rôle déterminant du directeur général dans la coopération** est à souligner d'autant que chaque personne interviewée assumait des fonctions d'encadrement et qu'elles ont toutes reconnu jouer un rôle dans la coopération soit du fait de leur discours (« *prêchi-prêcha auprès des équipes pour faire valoir l'intérêt général* »), soit dans leur activité (« *rôle de coordination, de mise en lien* », « *incitatif, force de propositions* », « *organiser la possibilité des échanges en insistant sur leur valeur* »).

Si la coopération est considérée comme une nécessité pour assurer des soins de qualité, les notions d'éthique de la responsabilité ou de la solidarité ne sont pas clairement abordées.

Nous venons de le constater : peu d'éléments psychosociologiques affleurent dans la représentation de la coopération délivrée par les acteurs. Outre l'hypothèse soulevée, en

début d'analyse, de leur prudente mise à l'écart, peut aussi être formulée celle d'un guide d'interview n'en favorisant pas l'évocation.

Abordons maintenant les représentations dont nous font part les acteurs au sujet du projet de soins.

2.2.3. Le projet de soins, la représentation des acteurs

Nous avons pensé la description de la démarche conduite dans chaque établissement plus aisée à la lecture sous forme de tableau.

A- Les démarches Projets conduites sur les quatre sites

Tableau n°2 (page suivante)

Démarches Projets conduites sur les quatre sites : tableau 2

	Site 1	Site 2	Site 3	Site 4
METHODHE DIAGNOSTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du précédent projet - Orientations médicales - Dernier rapport de certification - Consultation des personnels paramédicaux (encadrement et personnels) concernant sur les points à améliorer - Politique nationale de santé (SROS, Ordonnances de Mai et Septembre 2005, Certification) - Outils théoriques (analyse systémique et stratégique) 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du précédent projet, - Orientations médicales, - Dernier rapport de certification, - Diagnostic élaboré par la direction centrale des soins d'après dépouillement de questionnaires très détaillés, renseignés par paramédicaux du site. - Attentes des usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du précédent projet - SROSS, PRSP - Politique de soins - Orientations médicales - Dernier rapport de certification, - Audits locales - Consultation des personnels y compris non soignants, orales et par questionnaires - Attentes des usagers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du précédent projet, - Politique de soins, - Orientations médicales, - Dernier rapport de certification, - Différentes audits, - Autoévaluation à l'aide du chapitre 3 (concernant la Prise en charge du patient) du <i>Manuel de certification</i> de l'H.A.S, menée dans toutes les unités, - Attentes des usagers.
	1) Organisation des soins et pratiques professionnelles, dont les 2 thèmes suivants : <i>les temps réflexifs et la liberté</i>	1) Rendre efficient la prise en charge de la personne soignée quel que soit le secteur d'activité 2) Développer les compétences des	Structuré en trois parties : - Valeurs et principes - Objectifs et actions - Rôle de la Commission de soins	4 groupes de travail « Projet de soins » : 1) Concepts et valeurs, 2) Production de

	<p><i>d'aller et venir</i></p> <p>2) Métiers : identités professionnelles et collaboration entre métiers</p> <p>3) Encadrement</p> <p><u>Composition des groupes</u> : groupes pluriprofessionnels</p>	<p>paramédicaux quel que soit le secteur d'activité en fonction de l'évolution des soins, des activités, des techniques et des réglementations.</p> <p>3) Réaliser un management favorisant la responsabilisation, l'autonomie, l'implication des acteurs.</p> <p><u>Composition des groupes</u> : Personnel d'encadrement paramédical</p>	<p>infirmiers, de rééducation et médico-techniques</p> <p>Objectifs et actions concernant l'organisation des soins, de l'amélioration des compétences professionnelles et de leur évaluation, de l'accompagnement des projets institutionnels (mise en pôles)</p> <p><u>Composition des groupes</u> : Equilibre entre encadrement et personnel paramédical</p>	<p>soins,</p> <p>3) Management,</p> <p>4) Communication</p> <p><u>Composition des groupes</u> : Personnel d'encadrement essentiellement (paramédical ou non)</p>
	Site 1	Site 2	Site 3	Site 4
METHODE CHOISIE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE SOINS	Projet considéré comme un cadre général qui se déclinera ensuite dans les services.	6 groupes projet : en cours d'élaboration de mise en place dont les objectifs sont l'élaboration de fiches - actions opposables et évaluables dans les pôles	Priorisation de mise en œuvre de certains axes selon les préoccupations du service. Conçu comme un cadre général à décliner dans les services	Mise en œuvre avec le <i>Guide pour le déploiement</i>
MODE D'EVALUATION	Groupes Projet en veille qui se chargent de réfléchir à la déclinaison dans chaque service et font régulièrement des propositions.	Evaluation du projet avant et pendant la mise en œuvre à partir de tableaux de bord et d'indicateurs de résultats. Evaluation qui portera sur la qualité du service rendu, le niveau de compétences et des pratiques professionnelles, la qualité du management...	Tableau de bord d'évaluation du projet de soins dans chaque service rempli bi annuellement par le cadre supérieur	Rédaction d'un <i>Guide pour le déploiement</i> avec fiches actions dotées de critères et d'indicateurs qui permet l'autoévaluation au sein de chaque unité
MODE DE COMMUNICATION	Etablissement de petite taille donc communication vite relayée : réunions d'encadrement, instances. Pas de plan communication	Distribution de plaquettes à chaque agent, Présentation ex cathedra par la direction des soins avec PowerPoint à tous les personnels paramédicaux y compris la nuit, Présentation aux instances.	Présentation en amphithéâtre dans le cadre de la présentation du projet d'établissement. Fort relais de la CSIRMT et par l'encadrement.	Distribution d'un document synthétique de 100 pages à chaque agent. Séminaires pour les cadres supérieurs.

	spécifique. A terme document écrit.			Revue annuelle pour les cadres, médecins invités.
--	--	--	--	---

B- Commentaires du tableau

Les méthodes diagnostiques sont assez semblables les unes des autres. Tous les sites s'appuient sur les orientations médicales et utilisent l'évaluation du précédent projet, les résultats de la dernière visite de certification ou de résultats d'audits internes en particulier les sites 3 et 4. Le recueil de l'avis des paramédicaux concernant les points à améliorer se fait différemment selon la taille de l'établissement plus au cours d'échanges avec les personnels sur le site 1, par questionnaires très détaillés sur le site 2, par des questionnaires et des échanges sur le site 3. A noter que le site 4 a recueilli les attentes des usagers dès 1996 pour l'élaboration du projet d'établissement.

Tous les sites ont un axe qui concerne l'organisation ou la production des soins, un axe concernant le management. La mise en œuvre se réalise ensuite dans les services ou les pôles et est évaluée différemment selon les sites. Sur le site 1, il s'agit d'une réflexion qui se poursuit au travers des groupes - projets qui assurent une « veille institutionnelle ». Les autres sites fonctionnent avec des tableaux de bords ou avec « fiches - action » avec critères et indicateurs. Le site 4 a rédigé un *Guide pour le déploiement* très précis.

Nous compléterons cette présentation sous forme de tableau par les propos recueillis sur les 4 sites.

C- Le projet, les propos recueillis

Le projet de soins est investi, différemment selon la place que l'on occupe vis-à-vis de lui : porteur, animateur de groupe, simple participant ou bien encore intervenant ponctuellement dans un groupe.

Cependant on peut être frappé de la force des termes utilisés pour en parler : « mobilisateur d'énergies », « dénominateur commun des soins, le plus large possible », « référentiel commun pour les paramédicaux », « incarnation d'une forme de loi interne », « ciment symbolique », « utopie partagée », « un des outils de la coopération interne ».

Dans ce contexte, les opportunités offertes par le projet sont énoncées facilement.

Les opportunités offertes par le projet de soins

La première est son inscription dans le projet d'établissement et de son aspect stratégique : « Il donne une vision stratégique. Il fait état de ce vers quoi l'établissement se projette. Le projet de soins est intégré dans cette vision au même titre que les autres projets », « il précise la façon dont on va prendre les patients en charge dans le projet d'établissement », « il fait partie du projet d'établissement qui s'inscrit dans le SROS, le PRSP », « il prend en compte les préoccupations de la Communauté et formalise les

intentions générales », « le projet de soins concerne les paramédicaux mais aussi les autres personnels, il s'inscrit dans un ensemble. »

Le **projet de soins** est donc considéré par l'ensemble de nos interlocuteurs comme **l'un des volets importants du projet d'établissement**.

Il assure aussi une **fonction fédératrice pour les personnels paramédicaux** à partir de principes ou des valeurs qu'il contient : *« il énonce des valeurs partagées et construit des outils en lien avec ses conceptions tels que le Projet de Soins Infirmiers Concerté, projet de soins qui s'élabore avec le patient », il expose « une philosophie », il « rappelle les règles déontologiques »* ou bien encore *« il est l'expression d'une communauté de soignants et portent les valeurs que ceux-ci veulent promouvoir. »*

S'il tient sa fonction fédératrice des valeurs qu'il annonce, il la tient aussi des échanges précieux pour la pratique qu'il permet. Cette **fonction réflexive en matière d'organisation des soins** que d'ailleurs les textes préconisent est clairement exprimée : le projet de soins *« est surtout utile voire essentiel dans le travail d'échanges qu'il autorise. Le document écrit a moins d'intérêt », « il permet de réfléchir à ses pratiques dans un contexte d'évolution réglementaires »* mais aussi *« dynamise, redonne une perspective au quotidien qui a tendance à dominer le champ de vision, il porte, oblige à réfléchir... »*. Au travers des questions qu'il aborde, *« l'organisation du travail est remise en cause. La place du patient dans les soins est ré – interrogée »*. Il est *« rassembleur puisque lié aux problématiques les plus énoncées. »*

« S'il est la ligne directrice des paramédicaux, il vise (aussi) l'amélioration de la qualité des soins ». Il est en effet envisagé comme comportant une **fonction d'évaluation de la qualité des soins** : *« outil d'évaluation avec des indicateurs », « structuré comme un projet Qualité, élaboré à partir d'une grille d'autoévaluation », « il est à la fois un mélange d'une sorte de commande ministérielle via la certification et le souci de l'adapter au site. Il reprend et adapte la prescription. »*. *« Il permet au cours d'une action de vérifier si l'on est bien en adéquation, il est une grille de lecture, une trame. »*

Les opportunités qu'il recèle ne doivent cependant pas nous faire oublier les risques qu'il court.

Les risques du projet de soins :

Les risques relevés par nos interlocuteurs sont de plusieurs ordres :

- Une formalisation trop marquée : *« Le travail d'échanges et l'écrit doivent être de bonne qualité mais il faut accorder une importance raisonnable au document écrit qui reste un exercice formel, il faut dépasser la contrainte d'une mise en forme, ni ne rien écrire, ni écrire un truc bidon. Il est plus une reprise dans l'après-coup du travail de groupe, ce qui aura finalement été le plus important. »* Nous évoquerons ici les propos échangés avec plusieurs acteurs au cours de nos stages, qui considéraient pour cette raison, la Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

comme échappant plus à ce formalisme et plus réactive au regard de l'actualité institutionnelle.

- Une volonté hégémonique : « *Le projet de soins doit se donner des priorités, limiter son périmètre* », « *il doit aussi s'enquérir de la validation au bon niveau de certaines options.* »
- Une juxtaposition inutile aux autres projet qui n'apporte rien : « *Le problème est que chacun a son projet et que tous ces projets arrivent dans les services sans être coordonnés, ce qui représente un poids supplémentaire pour les personnels* », « *il n'a de sens que lorsqu'il poursuit un objectif commun, qu'il est intégré dans un projet global, pas juxtaposé à d'autres* » ou bien encore « *actuellement, il y a un décalage entre projets de pôle et projet de soins.* »

Conditions requises pour un projet de soins réussi

Pour les professionnels non paramédicaux, le projet de soins est considéré « *à la différence des autres projets, comme faisant l'objet d'un gros travail de formalisation.* ». « *Le projet médical devrait être conçu comme le projet de soins mais personne ne le prend vraiment en charge comme le directeur des soins.* »

Le **rôle du directeur des soins** est ainsi reconnu comme **facteur déterminant de réussite** : « *Le projet de soins doit être porté par la direction des soins.* »

Cependant ce « portage » doit rester souple. Il s'agit plus d'une « *guidance dans les projets* » qui « **respecte les différentes façons de faire, propose des outils mais qu'il est possible d'utiliser ou non, le projet de soins serait plus un cadrage.** »

Un directeur des soins énonce même son désaccord avec les projets qui sont construits par « fiches » : « *un projet de soins ne doit pas rentrer dans le détail de cette façon.* »

Il faut « *dire les choses sans tomber dans le détail* » confirme un autre, « **rentrer dans le moule tout en restant vivant** » serait une des préconisations soutenues par la plupart.

Une de nos interlocutrices nous fait part à ce sujet d'une question qui lui a été récemment posé : « *Le mode projet est-il encore adapté à l'hôpital ?,*

- *Oui, mais avec souplesse, a-t-elle répondu, en effet, il faut s'adapter à la façon de bouger de l'hôpital qui est traversé par des aléas, des interférences. Les projets sont sans cesse remis en cause, il ne faut pas hésiter à changer d'avis. Le mode Projet à l'hôpital, c'est le choix de bons objectifs et d'un mode opérationnel souple.* » Nous reviendrons sur cette préconisation qui ne manque pas, à notre avis, de pertinence.

Abordons à présent l'analyse à partir des éléments contenus dans le tableau n°2 et les propos recueillis.

2.2.4. Le projet de soins, une oscillation constante entre projet – programme et projet innovation

On le voit, au travers des propos de nos interlocuteurs, le **projet de soins** hésite constamment entre **deux options** : se conformer à une **demande réglementaire**, produire de la règle (« *il rappelle les règles déontologiques* ») ou devenir un **espace de création** qui viendrait bousculer des manières de faire (« *il construit des outils en lien avec ses conceptions* ») ou bien encore, faire évoluer des pratiques (« *L'organisation du travail est remise en cause. La place du patient dans les soins est ré – interrogée* »).

Un des interlocuteurs donne même la recette : « **rentrer dans le moule en restant vivant** ». En effet, comment demeure-t-il possible de remplir à la fois une commande d'état, **s'inscrire dans le projet d'établissement** tenant compte d'un ensemble de **paramètres environnementaux** et **rester créateur** c'est-à-dire en mesure de s'affranchir de voies déjà tracées ?

J-P BOUTINET a raison, il faut tenir compte de « **données contradictoires** » et « *ne pas rêver à une totale autonomie* ». Ce qui ne condamne pas totalement la « rêverie ». C'est sans doute ce qui amène nos interlocuteurs à considérer le projet de soins avec **prudence**, comme un « *dénominateur commun des soins, le plus large possible* » ou un « *référentiel commun pour les paramédicaux* ». Il remplirait ainsi une **fonction fédératrice pour les personnels paramédicaux**. Il leur servirait de « *ciment symbolique* » voire d'« *utopie partagée* » avec ce que cette notion comporte certes d'inatteignable mais aussi de porteur, une sorte de fiction soutenance pour faire face à la répétition de la souffrance. La démarche projet peut « *redonner sens à l'action des soignants face à l'inéluctable, (...) face aussi à la montée en puissance d'une technique rationalisante sans perspective (...)* »²⁸. C'est d'ailleurs ce que souligne un de nos interlocuteurs : « *le projet de soins dynamise, redonne une perspective au quotidien qui a tendance à dominer le champ de vision, il porte, oblige à réfléchir...* ».

Ce « **mobilisateur d'énergies** » fournit une occasion appréciée d'échanges au sujet des pratiques. Cette **fonction réflexive en matière d'organisation des soins** est clairement exprimée : le projet de soins « *est utile voire essentiel dans le travail d'échanges qu'il autorise* », « *il permet de réfléchir à ses pratiques dans un contexte d'évolutions réglementaires* ». Le risque consisterait à faire preuve d'un **volontarisme inadapté qui transformerait le projet en objet – projet** : « *prenant le pas sur le processus à conduire* » précisions-nous dans la première partie. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'un de nos interlocuteurs met en garde contre une possible fétichisation du document écrit qui viendrait à l'encontre de « **l'effet émancipateur** » majeur du projet de soins, **donné par la possibilité d'échanger**.

²⁸ BOUTINET J-P, 2000, « *La culture de projet dans un système de santé hiérarchique : un brouillage organisé ?* », *Actualités De Santé Publique*, n°33, p.47

Sa fonction d'évaluation de la qualité des soins se doit de rester « *une ligne directrice des paramédicaux qui vise à l'amélioration de la qualité des soins* », « *une grille de lecture, une trame qui permet au cours d'une action de vérifier si l'on est bien en adéquation* » mais ne doit pas devenir un « *outil d'évaluation avec des indicateurs (...) structuré comme un projet Qualité* ». Une formalisation trop marquée pourrait amener le projet de soins à dépasser son périmètre et à renoncer ainsi à sa **fonction créatrice de liens et de sens**.

Un autre risque le guette en ce qui concerne **l'appropriation et l'expression**. La composition des groupes projets se doit d'être suffisamment hétérogène comme JP BOUTINET le préconise : « *La démarche Projet implique le plus grand nombre d'acteurs dans une dynamique participative* »²⁹, ce qui, au regard de la composition des groupes dans la plupart des sites n'est pas évident. En effet, même si cette composition est amenée à évoluer en fonction de la réflexion, comme l'indiquent les personnes interviewées, la majorité des participants est le plus souvent issue du personnel d'encadrement. On peut, du coup, dans certains cas, s'interroger quant aux **facteurs annoncés de réussite d'un projet : l'appropriation et l'expression par le plus grand nombre de personnes concernées**.

Un autre facteur de réussite est que la démarche Projet choisie échappe à la stéréotypie et laisse **la place à l'improvisation et au contexte local**. C'est du moins ce que mettent en exergue plusieurs spécialistes de la démarche projet dont J-P BOUTINET.

En ce sens, la fonction du directeur des soins se révèle là essentielle car c'est lui qui, au cours de **l'étape diagnostique**, recueillera les éléments à partir desquels il construira les axes du projet de soins en lien avec les problématiques qu'il a perçues localement et les contraintes nationales. Là encore, il s'agit d'un « bricolage » entre commande et innovation, un savant mélange entre contexte national et local, entre désirs de changements et problématiques à traiter.

Certains n'ont pas de diagnostic à réaliser : il est élaboré par une direction centrale des soins après le dépouillement de questionnaires très détaillés et renseignés par la plupart des paramédicaux. Cependant la **consultation préalable de tous les personnels y compris non soignants**, à l'aide ou non de questionnaires, concernant les points à améliorer, est à souligner et plaide en faveur de **l'ancrage des projets de soins dans leur établissement**.

D'autres impliquent dans le diagnostic de nouveaux acteurs, ceux auxquels sont destinés les soins : les usagers. Le projet d'établissement, au-delà du projet de soins, prend là une

²⁹ *ibidem*

autre tournure : il acquiert une visibilité sociale qui l'obligera d'une certaine façon à l'égard de ceux-ci.

Certains tiennent aussi compte d'éléments plus précis. Ainsi l'un des sites a fait procéder dans chaque unité à l'autoévaluation à l'aide du *chapitre III du Manuel de l'HAS³⁰, concernant la Prise en charge du patient*. Cette démarche très volontariste permet-t-elle encore de donner une possibilité aux acteurs de « *penser la situation en termes d'innovation et de création* » ? Donne-t-elle « *l'opportunité d'une meilleure qualité des liens institutionnels en partageant une réflexion sur le sens de l'action* » ? Si l'on s'en réfère aux cinq « chantiers » entrepris par cette institution, au moins l'un d'eux, nous paraît être **créateur de sens et de liens** : le *Projet de Soins Individualisé Concerté* qui institue un lien innovant avec les patients.

Dans toute démarche Projet même contrainte, ce qui reste finalement essentiel est de préserver une marge de manœuvre suffisamment « porteuse » de sens pour aménager un espace en mesure d'accueillir ce qui fait la richesse des soignants, leur capacité à s'émouvoir des autres et créer des liens.

Le directeur des soins du fait de « *sa connaissance pointue du fonctionnement des équipes paramédicales, de l'organisation des soins et de sa perception fine des attentes des usagers* » est en mesure de réaliser un **diagnostic** précieux de l'organisation des soins. En effet, s'il y adjoint le concours d'outils théoriques, cette connaissance lui permet de « *sortir des jugements de valeur en utilisant la théorie comme tiers* » comme le souligne l'un des directeurs de soins interviewés. Un travail de diagnostic pertinent peut se révéler véritablement « *rassembleur puisque lié aux problématiques les plus énoncées* » mais aussi les plus finement perçues et analysées.

Le questionnement des acteurs propre à ce « **facilitateur** », dont parle Pierre GOGUELIN³¹ comme déterminant pour la réussite de la démarche projet, devient un rôle essentiel du directeur des soins en tant qu'accompagnateur. Nos interlocuteurs le signalent d'ailleurs : « *le projet de soins doit porté être par la direction des soins* » ou bien encore « *à la différence des autres projets, comme faisant l'objet d'un gros travail de formalisation* » et enfin, « *le projet médical devrait être conçu comme le projet de soins mais personne ne le prend vraiment en charge comme le directeur des soins.* »

Cet **ancrage local essentiel** s'appuie aussi sur l'évaluation du précédent projet. En effet, le projet de soins s'inscrit dans une continuité. Cette inscription temporelle permet à une institution heurtée par les ruptures (morts en particulier) d'envisager un rapport au temps plus stable, fondateur. De la même façon, les acteurs soulignent qu'il est s'inscrit dans un contexte local et prend en compte en fonction de la politique de soins, les orientations médicales, le dernier rapport de certification et différentes autres audits locaux. Il tient

³⁰ Haute Autorité de Santé

³¹ Cf Première partie

compte de la même façon de la politique de santé nationale : « SROS ³², PRSP ³³, Ordonnances de mai et septembre 2005, Manuel de certification HAS ».

La prise en compte de tous ces éléments laisse finalement une marge de manœuvre assez étroite au directeur des soins pour aménager des espaces de créativité, encore moins si, dès l'étape diagnostique, il se réfère au Manuel de certification. Les axes dégagés dans les différents sites voire même les problématiques abordées témoignent de préoccupations d'ailleurs très voisines. La nécessité de répondre à une commande identique (en matière de qualité des soins en particulier) joue sans doute pour beaucoup dans ses similitudes. Néanmoins cela peut tenir aussi au fait que les institutions de soins sont traversées par les mêmes enjeux psychosociologiques, comme nous l'avons largement évoqué auparavant.

Cependant, certains acteurs font preuve d'un certain recul. Ils savent pertinemment qu'il faudra être patients et souples, savoir « *s'adapter à la façon de bouger de l'hôpital, traversé par des aléas, des interférences* », que « *les projets sont sans cesse remis en cause, qu'il ne faut pas hésiter à changer d'avis. Le mode Projet à l'hôpital, c'est **le choix de bons objectifs et d'un mode opérationnel souple.*** »

En effet, comme le souligne J-P BOUTINET et d'autres spécialistes, la démarche Projet doit être avant tout envisagée comme **facteur de meilleure qualité des liens institutionnels du fait d'une réflexion partagée sur le sens de l'action.**

Cette opportunité est d'autant plus à saisir que face à des mutations qui devraient conduire à un véritable changement de modèle hospitalier, la capacité de projection devient encore plus indispensable.

Afin de remplir ces promesses de coopération, de liens institutionnels préservés dans le temps pour assurer une mission commune, la démarche Projet requiert un certain nombre de conditions que les acteurs, au cours des entretiens ont évoqué.

Nous tenterons d'en rapporter l'essentiel en reprenant les six conditions nécessaires dégagées par J-F CHANLAT que nous avons indiquées en première partie et donnerons à la suite de l'exposé des propos, l'analyse que nous en faisons.

2.2.5. Synthèse de l'analyse

A- La contribution du projet à une coopération réussie

C'est au regard des six conditions à réunir pour réussir la coopération, énoncées dans la première partie que nous entreprendrons cette analyse.

³² SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

³³ Programme Régional de Santé Publique

Le projet de soins contribue à la coopération interne en la fondant sur un système de valeurs et de normes qui participent au Bien commun.

C'est du moins ce que reconnaissent les acteurs en le qualifiant d'« *incarnation d'une forme de loi interne* », de « *ciment symbolique* » ou d'« *utopie partagée* ». Le projet de soins, selon les acteurs expose « *une philosophie* », « *rappelle les règles déontologiques* » ou bien encore « *est l'expression d'une communauté de soignants et portent les valeurs que ceux-ci veulent promouvoir* », « *il prend en compte les préoccupations de la Communauté et formalise les intentions générales* », « *le projet de soins concerne les paramédicaux mais aussi les autres personnels, il s'inscrit dans un ensemble* ».

Il est aussi ancré dans une réalité dans la mesure où il « *énonce des valeurs partagées et construit des outils en lien avec ses conceptions* », « *donne une vision stratégique* » en s'inscrivant comme l'un des volets du projet d'établissement », il précise « *la façon dont on va prendre les patients en charge dans le projet d'établissement.* »

Le projet de soins est bien perçu comme susceptible de fonder un système de valeurs et de normes : il énonce à la fois des valeurs communes et organise, en lien avec celles-ci, la prise en charge des patients.

De ce point de vue, il permet d'échapper au « *flou qui contribuerait au désinvestissement des personnels du champ collectif.* »

Le projet de soins autorise des espaces-temps communs :

Certains acteurs le reconnaissent : « *il est surtout utile voire essentiel dans le travail d'échanges qu'il autorise.* »

En effet, il peut donner l'occasion aux acteurs d'échanger au sujet de leurs pratiques et de se projeter dans un temps plus partagé dans un contexte d'évolution des soins (techniques et économiques) où chacun se retrouve assez isolé auprès du patient. Néanmoins il convient de rappeler ici que, comme l'indiquions plus haut, la composition des groupes projets se doit d'être suffisamment hétérogène pour permettre à tous, peu ou prou, de participer à la vie institutionnelle et s'y investir.

Le projet de soins contribue à la création d'un univers de sens partagé :

Les acteurs rencontrés, qu'ils appartiennent à la filière paramédicale ou non souhaitent tous coopérer et le projet de soins leur paraît un des moyens possibles. En effet, le projet de soins est considéré comme « *souvent à la frontière avec d'autres* ». Sans doute parce que « *c'est une véritable question qui concerne toute la communauté : de quelle façon souhaitons-nous prendre en charge les patients ? Qu'est-ce qu'on ne peut pas sacrifier pour les prendre en charge ?* » ou bien encore « *le projet de soins a pour vocation d'améliorer l'organisation des soins en interne d'où l'importance d'inviter les autres*

soignants ou professionnels assistants socio-éducatifs, voire plus largement selon les problématiques à participer à l'élaboration des référentiels. ».

La participation des médecins au projet de soins est la première participation envisagée car *« l'une des articulations possible et évidente entre médical et paramédical, c'est la clinique »* mais *« il ne faut pas non plus en faire un truc arachnéen et faire attention au terme médico-soignant, les médecins sont aussi des soignants »*. En effet, *« cette coopération nécessite le respect du point de vue de chacun, des mots de chacun »* nous précise un directeur engagé dans un projet paramédical/médical. Ainsi le projet de prise en charge du patient paraît plus adapté *« avec une partie commune qui définit une politique de soins globale et des déclinaisons médicales et paramédicales. »*

D'autres coopérations sont envisagées par nos interlocuteurs : il est *« lié au projet Qualité et Risques évidemment mais aussi avec aussi avec celui de la logistique »*. Une interlocutrice relate qu'*« avec la direction des travaux par exemple : l'un des groupes projet a travaillé sur les modes de sécurisation et non sécuritaires pour la circulation dedans-dehors des patients (Psychiatrie). Des liens concrets entre la clinique et l'aspect logistique ont été réalisés dans l'objectif d'une amélioration de la qualité des soins. »*

D'autres évoquent les liens avec le projet social. Il est convenu de reconnaître qu'il est *« plus intéressant d'intégrer d'autres professionnels que paramédicaux quand le sujet s'y prête plutôt que de monter une réflexion uniquement paramédicale », « il faut en tous cas éviter qu'une même question soit traitée dans trois groupes différents »*. Ceci se révèle d'autant plus possible quand le projet reste *« un cadre »*, qu'il ne *« descend pas dans le détail. S'il y a du détail, c'est pour aider et non enfermer »*, *« le projet doit laisser du jeu aux acteurs. Il ne substitue pas à eux mais leur offre un cadre général qui se décline dans les services »*. Un interlocuteur ajoute *« A mon avis, plus la coopération est avérée, plus le projet est large. »*

Au travers de ces propos, il semblerait bien que les interlocuteurs rencontrés dans les quatre institutions différentes partagent le même désir, quelle que soit leur fonction, de faire *« œuvre commune »* pour l'amélioration de la qualité des soins. Ils l'imaginent plus par des temps d'échanges partagés puis des mises en œuvre concertées au sein d'un cadre suffisamment général *« qui laisse du jeu aux acteurs »*.

Le projet de soins contribue à une reconnaissance sociale de l'activité :

Le projet de soins donne l'occasion au travers des échanges des groupes Projet qu'il suppose de rencontrer les autres et *« de communiquer et tenir compte des contraintes des uns et des autres »*, *« d'échanger sur les freins »*.

Il implique *« des règles pour travailler ensemble : connaître les autres, avancer avec, les respecter, ne pas faire d'effet d'annonce mais être au cœur du projet, l'avoir à cœur, ne*

pas l'utiliser comme artifice de communication ». Un autre ajoute : « *les enjeux de pouvoir sont peu favorables au projet* ».

Les échanges que permettent le projet de soins contribuent à se connaître et à se reconnaître d'autant plus lorsqu'ils sont pluriprofessionnels et rendent ainsi possibles des rencontres qui amènent les acteurs à prendre conscience des contraintes des uns et des autres. La condition essentielle pour que cette reconnaissance s'opère vraiment est qu'il n'y ait pas une volonté de domination mais de coopération sincère.

Le projet de soins contribue à légitimer une hiérarchie :

Cette légitimité est abordée lorsque les acteurs reconnaissent qu'il est « *impossible d'envisager une coopération sans volonté politique forte, sans vision stratégique, portée par le directeur général puis par le président de C.M.E (Commission Médicale d'établissement) et le coordonnateur* ». D'autres évoquent la place centrale du directeur des soins dans la conduite de la démarche : « *le projet de soins doit être porté par la direction des soins* », non seulement porté mais aussi orienté : « *Pour le projet de soins que j'ai construit, j'ai retenu 3 axes qui me semblaient toucher justement à la coopération interne* » avance l'un de nos directeurs.

L'accompagnement doit ensuite se faire sous forme plutôt de « *guidance dans les projets* » qui « *respecte les différentes façons de faire, propose des outils mais qu'il est possible d'utiliser ou non, le projet de soins serait plus un cadrage* ».

La démarche Projet inviterait donc la hiérarchie à d'une part, afficher une volonté affirmée de l'importance de la coopération et d'autre part, à remplir ensuite une fonction plutôt latérale d'accompagnement, de « *guidance* » ainsi que P.GOGUELIN la décrit : une fonction de « *facilitateur* ».

Si le projet peut contribuer à légitimer une hiérarchie que la coopération interne réclame, c'est plutôt de cette nature qu'elle serait : présente mais à distance.

Le projet de soins contribue à une éthique de la responsabilité et de la solidarité :

Le projet de soins permet de relier les actions. Ces liens réalisés permettent de mieux mesurer leurs interactions ainsi qu'en témoignent les coopérations entre différents services évoquées plus haut. Toutefois dans certaines institutions : « *les acteurs sollicités ne répondent pas toujours favorablement aux sollicitations : ils ne se sentent pas concernés.* »

Un directeur souligne l'importance de l'engagement de la direction dans l'affirmation d'une coopération voire d'une solidarité : « *Pas de présentation du projet d'établissement à la queue leu mais coordonnée, montrer que ça coopère aussi à cet endroit-là sinon...* ».

Comme le souligne J-F CHANLAT, si la coopération exige une éthique de la responsabilité et de la solidarité, le projet de soins en s'inscrivant dans un ensemble participe à cette exigence.

Après avoir examiné comme annoncé, les éléments recueillis concernant le projet de soins au prisme des clefs de la réussite du travail collectif énoncées par J-F CHANLAT, nous terminerons cette deuxième partie par une synthèse au regard des hypothèses de départ.

B- Retour à la question de départ et à ces hypothèses

Notre question de départ était : « *Le directeur des soins pourrait-il contribuer à susciter une dynamique de coopération en s'appuyant sur le projet de soins ?* ». Ses trois hypothèses déclinaient de quelle manière.

La première hypothèse avançait que le projet de soins favorisait la coopération interne en donnant l'opportunité aux professionnels d'échanger entre eux quant à leurs représentations des soins.

Sans aucun doute le projet de soins donne l'occasion aux professionnels d'échanger entre eux sur leurs représentations des soins et ce travail d'échanges favorise la coopération interne mais sous certaines conditions qu'énoncent bien nos interlocuteurs et qui vient confirmer ce que nous avançons en première partie.

Le projet de soins conduit par un directeur déterminé peut être un cadre propice à la coopération encore faut-il que ces groupes Projet soient composés de manière pluriprofessionnelle et que la controverse en leur sein soit possible. Pour cela, le directeur des soins se positionnera plutôt comme un accompagnateur laissant du « jeu aux acteurs ». Une autre condition majeure serait que les problématiques abordées soient formulées de manière à être en lien avec les préoccupations de tous.

Pour qu'elles aient cette pertinence, il convient de vérifier la **deuxième hypothèse**. En effet, elle **avançait qu'afin d'élaborer le cadre d'un projet de soins visant à une meilleure coopération, le directeur des soins procédait à un diagnostic préalable susceptible de dégager les phénomènes psychosociologiques la limitant et les prenait en compte.**

Comme il nous a été donné de constater, le diagnostic doit tenir compte d'un nombre conséquent de données environnementales, politiques et techniques. Cependant, sa prise en compte des phénomènes psychosociologiques lui permettra d'élaborer un diagnostic plus subtil grâce auquel il placera les acteurs dans un cadre sécurisant, favorable au changement, qui ne les entraînera ni vers une désillusion coûteuse pour la coopération, ni ne les enfermera dans un carcan stérilisant la créativité.

L'ouverture vers l'extérieur du projet de soins peut stimuler sa créativité en l'enrichissant par la prise en compte d'autres logiques y compris celles des usagers et nous en venons à notre ***troisième hypothèse qui avançait que le projet de soins favorisait la coopération interne si le directeur des soins envisageait le projet de soins en lien avec d'autres projets et impliquait des acteurs non paramédicaux (Projet médical, Plan d'amélioration de la qualité, Projet social...)***.

Il semble que beaucoup de professionnels au sein de la communauté hospitalière aient conscience de la nécessité de concevoir des projets partagés. Cette coopération dès l'élaboration du projet de soins améliorerait la qualité des soins mais ceci, si la volonté de coopérer est sincère, c'est-à-dire qu'elle se réalise dans cet esprit et qu'elle passe par le respect des contraintes de chacun, qu'il n'y ait pas de volonté de domination, c'est du moins ce qu'expriment les acteurs.

A ce moment-là du travail, nous pourrions répondre à la question de départ qu'en effet, le directeur des soins peut contribuer à susciter une dynamique de coopération en s'appuyant sur le projet de soins mais sous certaines conditions que nous avons décrites.

Nous pourrions les résumer de cette façon : le directeur des soins doit avoir conscience de la nécessité de la coopération et envisager le projet de soins comme une contribution à celle-ci. Après un diagnostic qui prend en compte les champs psychosociologique, politique et technique, il conçoit une élaboration du projet par groupes pluriprofessionnels où la controverse est possible et auprès desquels il se positionne comme « facilitateur ».

3. Propositions d'actions

Nous envisagerons ces propositions en lien avec nos hypothèses qui se sont donc vues confirmées en grande partie. Il paraîtrait toutefois hasardeux de donner des propositions d'actions trop concrètes car comme nous l'avons vu, le contexte reste déterminant bien que nous admettions que les institutions de soins soient traversées d'enjeux similaires mais toutefois éprouvés dans des temps différents.

3.1. Trois principes généraux d'action

Dans un premier temps, nous indiquerons **trois principes généraux** que le directeur des soins, souhaitant contribuer à la coopération au sein de son institution, aurait, selon nous, à prendre en compte.

Ces trois principes concernent les différents rapports que le directeur des soins entretient avec son action, son environnement et le temps.

3.1.1. Un principe d'exercice de la fonction de directeur des soins

Le premier principe concerne la perception que le directeur des soins a de son action :

Pour cela, le questionnement doit être avant tout personnel et réside dans ces trois questions pertinentes à notre sens que Jean-Marie MIRAMON³⁴ conseillait de se poser en permanence :

- « - *Qu'attends-tu du pouvoir ?*
- *Qu'est-ce que le pouvoir attend de toi ?*
- *Qu'est-ce que les autres pensent de ton exercice du pouvoir ? »*

Ce viatique personnel peut permettre du coup d'envisager plus sereinement l'avenir.

En effet, en ces temps de changements au sein de l'hôpital, il convient d'opérer une véritable « **conversion identitaire** »³⁵. Marie-Ange COUDRAY et Richard BARTHES³⁶ en délimitent les contours possibles : « *Dans ce cadre (de réformes hospitalières), la place et le rôle des directeurs de soins sont sans doute à redéfinir, comme d'ailleurs ceux des autres membres de l'équipe de direction. La fonction hiérarchique, moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction, à la fois plus stratégique (impulsion des politiques en soins, renforcement des liens avec le projet médical, création ou développement de réseaux de soins...) et de conseil et de support au pôle (aux managers, responsables de pôles, encadrement...)* ».

Ce nouveau positionnement invite à une nouvelle posture managériale. Elle pourrait consister à prendre soin en tant que manager. Marie-Ange COUDRAY et Richard BARTHES questionnent et précisent : « *L'hôpital, lieu de soins et d'humanité, est-il toujours exemplaire avec ses propres personnels ? Le management à l'hôpital ne peut être déconnecté des valeurs et des finalités portées par le soin. A chaque niveau de l'encadrement et de l'organisation, les hommes devraient s'interroger sur la façon de manager le « prendre soin » du patient et le « prendre soin » du personnel tout entier* ».

3.1.2. Un principe d'inscription environnementale

Cette inscription sera applicable d'autant plus aisément que le premier principe aura été respecté puisqu'il concerne la prise en compte de l'environnement : politiques locale et nationale, techniques utilisées en fonction du type d'activité, alliances envisageables ou non, ressources en présence. Ce principe consisterait à utiliser une « **démarche compréhensive** » à l'égard de l'institution et supposerait donc d'abord d'analyser les situations avant de mettre en place des régulations. Ce principe s'accompagne d'une valorisation de ce qui existe pour aboutir à un travail de construction d'une représentation partagée.

³⁴ MIRAMON J-M, Cours sur les représentations du métier de dirigeant, Notes personnelles, Rennes, ENSP, 2007

³⁵ SCHWEYER F.X, Cours de sociologie aux Directeurs de soins, Notes personnelles, Rennes, ENSP, 2007

³⁶ COUDRAY M-A, BARTHES R., Janvier 2006, « *Le management hospitalier à la croisée des chemins* », Gestions Hospitalières, p.20

3.1.3. Un principe de rapport au temps

Il s'agirait là de penser l'organisation comme inscrite dans un processus c'est-à-dire en évolution, à un moment de son histoire qu'il convient d'identifier : A quel moment institutionnel es-t-on ? Jean-Marie MIRAMON et François-Olivier MORDOHAY reconnaissent trois phases³⁷ :

- La phase de développement où les projets sont conçus, mis en œuvre et de croissance. Cette dernière étape est encore innovatrice.
- La phase de stabilité où un équilibre institutionnel est atteint et où le questionnement et l'innovation sont moins bien acceptés
- La phase de déclin où le dispositif se fige.

Cette identification permet de resituer toute action dans son temps, d'éviter des propositions inadéquates et d'imposer un rythme inadapté.

Par exemple, il est indispensable de prendre en compte le temps pour un groupe de s'approprier une démarche et l'accompagner en lui fournissant des repères.

Ces trois principes précisés, nous envisagerons les actions relatives au projet de soins et essentielles pour développer la coopération au sein des établissements que le directeur des soins s'emploiera à mener.

Il s'agit de la mise en œuvre d'une approche compréhensive, de l'aménagement de véritables espaces-temps communs pluriprofessionnels et de l'ouverture du projet de soins vers d'autres projets.

3.2. Propositions d'actions à conjuguer avec les principes

3.2.1. La mise en œuvre d'une approche compréhensive

Mettre en œuvre **une approche compréhensive de son institution** pour construire le projet de soins et bien sûr au-delà de celui-ci, les projets dans lesquels le directeur peut être impliqué à plusieurs titres, y compris celui de simple participant, paraît être une des trois actions susceptibles d'encourager la coopération.

Nous l'avons vu, le projet de soins nécessite une phase diagnostique au cours de laquelle des éléments de différentes natures sont recueillies : données psychosociologiques et environnementales. La prise en compte des données psychosociologiques est encore peu évoquée. Cependant, comme nous le soulignons plus haut la prise en compte de ceux-ci permet d'élaborer un diagnostic plus subtil. C'est pourquoi une approche compréhensive suffisamment large paraît ici pertinente.

³⁷ MIRAMON J-M, MORDDOHAY FO, 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, 1^{ère} éd., Paris, Dunod, 285 p.

Elle réclame au directeur des soins d'être dans une **posture de recherche**, c'est-à-dire capable d'étonnement et de considérer l'institution comme elle est, plutôt que comme il souhaiterait qu'elle soit.

Une attitude volontariste serait peu adaptée dans ce cadre. En effet, elle risque plus de culpabiliser et sidérer les acteurs dans des attitudes défensives que de les engager à faire part d'éléments pertinents pour le diagnostic. La démarche compréhensive se fondera donc plus sur la façon dont les personnes vivent les défauts de leur organisation et sur la manière dont ils les interprètent. Elle sera plus propice à inaugurer des changements que les acteurs s'approprièrent ensuite plus aisément.

Pour mener une démarche diagnostique, nous l'avons vu, certains directeurs utilisent des outils soit théoriques (Théories des organisations), soit le *Manuel de certification*. Les deux permettent de sortir des jugements de valeur en raisonnant à partir de données objectives concrètes, factuelles et interrogent le réel. Cependant l'interrogation n'est pas du même ordre. La réalité pertinente n'est pas forcément la réalité évidente et l'ensemble de règles implicites au travail peut ne pas apparaître si le seul outil utilisé est le *Manuel de certification*.

Le choix d'outils et de méthodes adaptés est par voie de conséquence primordial. Il peut s'agir d'un outil personnel comme ce que certains appellent « *la veille institutionnelle* » dont les indicateurs sont multiples (absentéisme, événements indésirables ou au contraire valorisants...), d'outils plus courants comme les interviews individuels ou groupaux, questionnaires ou encore d'un outil plus formel tel que le *Manuel de certification*.

La démarche la plus juste serait peut être d'en croiser plusieurs.

Par ailleurs, ce diagnostic se réalisera à plusieurs niveaux : politique, technique mais aussi psychosociologique. La difficulté que nous relevions d'ailleurs à ce propos était de tous les « *tenir ensemble* », l'un se faisant souvent à l'exclusion de l'autre.

3.2.2. L'aménagement de véritables espaces-temps communs pluriprofessionnels

Comme l'indiquent, Marie-Ange COUDRAY et Richard BARTHES : « *instituer des lieux de partage, qu'ils soient d'expression, de recherche, de réflexion ou mieux encore d'analyse des pratiques devient une quasi-nécessité.* » En effet, comme ce travail a pu le confirmer, donner l'opportunité aux professionnels d'échanger entre eux quant à leurs représentations des soins favorise la coopération, facteur de qualité, au sein de nos organisations.

Une institution vivante est traversée de conflits et ne peut les occulter sans qu'à terme, ils deviennent souterrainement destructeurs. Une organisation au destin coopératif doit être suffisamment souple dans sa structure pour accepter des conflits créateurs de nouvelles normes plus adaptées. La fonction de tout encadrement, à notre sens, est de mettre en

place et de maintenir des espaces possibles où ceux-ci puissent s'exprimer en toute sécurité et devenir ainsi constructifs. La formation de l'encadrement, à quel que niveau que ce soit, devrait en ce sens toujours accorder une part conséquente à la gestion de ce type d'espaces qui ne s'improvise pas mais nécessite des compétences personnelles et passe par un apprentissage.

Des groupes Projet composés de manière pluriprofessionnelle où la controverse est possible doivent être considérés par le directeur des soins comme une possibilité d'apparition de nouvelles logiques. La conflictualité fait partie du « jeu des acteurs » que le directeur des soins en tant que « facilitateur » régulera si nécessaire non sans avoir examiner les trois principes énoncés plus haut.

Pour Gilles HERREROS³⁸, « *le management s'intéresse trop souvent au contenu plus qu'à la dynamique.(...)* » et il ajoute un peu plus loin que : « *le bon projet, c'est le bon processus, car le bon contenu se forme dans la marche. Cela vaut pour toutes formes de projets managériaux ou autres, scientifiques, artistiques. Multiplier les attachements, les rencontres insolites, les espaces incongrus, c'est rapprocher les objets de ces attachements d'autres acteurs, avec leur regard extérieur...* ».

L'aménagement de véritables espaces-temps communs pluriprofessionnels se conçoit au sein du projet de soins mais en effet grâce aussi à d'autres projets.

Le projet de soins est ainsi à envisager en lien avec son environnement et les possibilités coopératives qu'il recèle.

Cette ouverture nous paraît d'autant plus importante que beaucoup de professionnels au sein de la communauté hospitalière la souhaitent, conscients de sa nécessité.

3.2.3. L'ouverture du projet de soins vers d'autres projets

Le projet de soins même s'il traite d'une question centrale : l'organisation des soins et l'accompagnement des patients ne peut être l'unique préoccupation du personnel paramédical.

Un directeur des soins, soucieux de coopération, envisagera son élaboration en lien avec d'autres projets et impliquera des acteurs non paramédicaux (Projet médical, Plan d'amélioration de la qualité, Projet social...). Il veillera toutefois aux conditions de cette coopération en particulier de sa pertinence pour l'amélioration de la qualité des soins. Une volonté de coopérer qui serait fondée sur d'autres enjeux (de domination, de prestige par exemple) ne serait pas très productive à la longue et présenterait des risques pour la dynamique institutionnelle.

³⁸ **HERREROS G.**, « *La culture à l'hôpital : une scène pour des identités au travail* » p.103 in BENGIO A., RITTER P., MARIE P. et al., Groupe de réflexion Rhône-Alpes, 2003, *Il suffit de passer le pont*, 2003, 1^{ère} édition, Lyon, Publication Culture et hôpital : C.H.U Le Vinatier, D.R.A.C et A.R.H Rhône-Alpes.

Nous avons vu, tout au long de ce travail, la complexité que rencontrent les acteurs du fait de leurs différences et de leur interdépendance, de l'incertitude liée aux pathologies etc. Le projet de soins ne peut donc rester uniquement centré sur lui-même et objet de la direction des soins. Il a à prendre en compte cette complexité et l'accompagner.

Cette coopération à partir du projet de soins peut être organisée dans l'institution entre soignants (paramédicaux et médecins) mais aussi avec d'autres services (logistiques par exemple). Le projet de prise en charge du patient paraît être une perspective séduisante pour la coopération, d'ailleurs envisagée par nos interlocuteurs. Ce dernier revêt la possibilité légitimée de « faire travailler ensemble » les acteurs de l'hôpital.

Cette coopération peut aussi se réaliser avec les usagers comme c'est le cas dans certaines institutions.

La prise en compte d'autres logiques y compris celles des usagers ne pourra que stimuler la créativité du projet de soins et enrichir la coopération.

Le développement concret d'actions de coopération de manière interne peut se conjuguer avec des actions de coopération externe au travers des réseaux Ville - Hôpital que le projet de soins peut contribuer à mettre en œuvre sous l'impulsion d'un directeur des soins conscient de la nécessité d'envisager d'autres manières de « prendre soin ».

Si le directeur des soins se doit d'envisager le projet de soins sous ses formes les plus multiples afin de contribuer à la coopération, il peut aussi envisager un peu plus audacieusement de participer à d'autres types de projets comme les projets « Culture à l'hôpital ».

Gilles HERREROS³⁹ explique comment ils favorisent les « brassages d'un nouveau genre », « (...) mêlant les acteurs (patients, professionnels, partenaires extérieurs, visiteurs), renouvelant les thèmes et les sujets abordés (l'histoire, le cinéma, la mémoire), convoquant d'autres émotions, d'autres dimensions, tissant d'autres relations » où il n'est plus seulement question d'identités professionnelles « au » travail mais d'identités « en » travail ».

Pour avoir eu l'occasion de constater les effets institutionnels produits en matière de coopération, tant en psychiatrie que dans d'autres spécialités, par ce type de projet, nous préconiserions à un directeur des soins de les soutenir afin de participer d'une autre manière à réinventer une autre manière de travailler ensemble.

³⁹ HERREROS G. , « La culture à l'hôpital : une scène pour des identités au travail » p.111 in BENGIO A., RITTER P., MARIE P. et al., Groupe de réflexion Rhône-Alpes, 2003, *Il suffit de passer le pont*, 2003, 1^{ère} édition, Lyon, Publication Culture et hôpital : C.H.U Le Vinatier, D.R.A.C et A.R.H Rhône-Alpes.

Conclusion

Nous nous interrogeons au début de ce travail sur la possibilité qu'avait le directeur des soins de contribuer à susciter une dynamique de coopération en s'appuyant sur le projet de soins. Nous évoquons les différentes manières selon lesquelles cette contribution pouvait s'opérer :

- par l'opportunité que le projet de soins offrait aux professionnels d'échanger entre eux quant à leurs représentations des soins,
- à partir d'un projet de soins ayant fait l'objet d'un diagnostic préalable dégagant les phénomènes psychosociologiques limitant la coopération et les prenant en compte
- par l'ouverture du projet de soins à d'autres projets et impliquant des acteurs non paramédicaux (Projet médical, Plan d'amélioration de la qualité, Projet social...).

Nos lectures et nos rencontres avec les professionnels nous ont permis de vérifier le fondement de nos hypothèses et des nuances à leur apporter. Il ne nous pas semblé nécessaire de les réviser en totalité.

En effet, le problème de la coopération est prégnant à l'hôpital compte tenu de la multitude d'acteurs aux trajectoires, aux métiers, aux horizons professionnels, aux qualifications si différentes et tous engagés ensemble dans de multiples enjeux au sein d'une institution de plus en plus contrainte (économiquement et réglementairement). Le directeur des soins, dans ce contexte complexe peut contribuer à favoriser une logique coopérative au sein de l'institution mais aussi avec l'extérieur. Il peut s'appuyer sur le projet de soins mais peut aussi participer à d'autres projets susceptibles de l'encourager comme les projets « Culture à l'hôpital ».

Ce qui paraît en tout cas primordial c'est que son action s'appuie toujours sur une analyse *compréhensive* du contexte, qui tienne compte des données politiques, techniques et psychosociologiques, la difficulté, nous l'avons vu, étant de conjuguer les trois ensemble.

La démarche Projet, contributive à une logique coopérative qu'il pourra ensuite mettre en œuvre sera, s'il tient compte de l'ensemble de ces éléments, mieux adaptée à l'établissement dont il convient de respecter les ressources et les limites.

Ce qui paraît enfin essentiel, c'est que grâce au projet de soins, il puisse contribuer à favoriser les échanges entre les personnels en acceptant la conflictualité qui permet de construire de nouvelles logiques et dont il peut devenir un accompagnateur pertinent en considérant sa fonction comme moins hiérarchique, plus stratégique et plus attentive au « *prendre soin de l'organisation* ».

Bibliographie

OUVRAGES

ARNAUD J.O., BARSAQ G., 1989, *L'hôpital*, 1^{ère} éd., Paris, ESF, 250 p.

CLEMENT J.M., 2004, *Réflexions pour l'hôpital, Proximité – Coopération – Pouvoirs*, 2^{ème} éd., Bordeaux, Les études hospitalières, 137 p.

DEJOURS C., 1998, *Souffrance en France*, 1^{ère} édition, Paris, Editions du Seuil, Coll.Points, 208 p.

ENRIQUEZ E., 2003, *L'organisation en analyse*, 4^{ème} édition, Paris, PUF, 331 p.

ENRIQUEZ E., 1983, *De la horde à l'état*, 1^{ère} édition, Paris, Folio Essais, 581 p.

FRIEDBERG E., 1988, *L'analyse sociologique des organisations*, 1^{ère} éd., Paris, Grep Revue POUR N°28, Editions L'HARMATTAN, 125 p.

HERREROS G., « *La culture à l'hôpital : une scène pour des identités au travail* », pp.101-116 in BENGIO A., RITTER P., MARIE P. et al., Groupe de réflexion Rhône-Alpes, 2003, *Il suffit de passer le pont*, 2003, 1^{ère} édition, Lyon, Publication Culture et hôpital : C.H.U Le Vinatier, D.R.A.C et A.R.H Rhône-Alpes, 132 p.

LE GOFF J.P., 2000, *Les illusions du management*, 2^{ème} édition, Paris, La Découverte, 159 p.

MOLINIER P., 2006, *Les enjeux psychiques du travail*, 1^{ère} édition, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 299 p.

KAES R. et al., 2003, *L'institution et les institutions*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, 200 p.

LORIOU M., 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, 1^{ère} éd., Ramonville Saint-Agne, Editions Erès, 155 p.

MIRAMON J.M., MORDDOHAY F-O., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, 1^{ère} éd., Paris, Dunod, 285 p.

ALLAFORT M., Juin 2003, « *Développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital* », *Revue CISTE*, n°4, 6 p.

COUDRAY M-A, BARTHES R., Janvier 2006, « *Le management hospitalier à la croisée des chemins* », *Gestions Hospitalières*, pp. 18-23

BOUTINET J-P, Mai 1993, « *Les multiples facettes du projet* », *Sciences Humaines*, n°39, pp.20-

BOUTINET J-P, 2000, « *La culture de projet dans un système de santé hiérarchique : un brouillage organisé ?* », *Actualités De Santé Publique*, n°33, pp.47- 51

BOUTINET JP, Février 2006, « *Intérêt et limites du management par projet* », *Soins Cadres*, n°57, pp 61-64

CHANLAT J-F, Février 2004, « *Quelles sont les conditions de la production commune dans les organisations ?* », *Soins Cadres*, n°49, pp. 18-21

HERREROS G., MILLY B., 2006, « *La démarche qualité : une dialectique difficile entre coopérations et procédures* », *Risques et Qualité*, vol.3, n°1, pp. 32- 41

GODET M., 1997, « *La prospective stratégique, prospective-stratégie : différences et complémentarités* », *Futuribles*, n°219, pp. 45-57

GOGUELIN P., Mai 1993, « *Comment faire naître un projet ?* », *Sciences Humaines*, n°39, pp.30-31

MERKLING J., Février 2004, « *L'équipe en santé mentale, essai de définition* », *Soins Cadres*, n°49, pp. 42-46

THESES

HOLCMAN R., 2006, *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital.* Thèse de doctorat de Sciences de Gestion. Conservatoire National des Arts et Métiers. p.313

PASCAL C., 2000, *Gérer les processus à l'hôpital, une réponse à la difficulté de faire ensemble.* Thèse de doctorat de Sciences de Gestion. Université Jean Moulin – Lyon 3, 420 p.

COURS, CONFERENCES, FORMATIONS

MIRAMON J-M, *Cours sur les représentations du métier de dirigeant, Notes personnelles*, Rennes, ENSP, 2007

SCHWEYER F.X., *Cours de sociologie aux Directeurs de soins, Notes personnelles*, Rennes, ENSP, 2007

*Session de Formation : **Clinique de l'institution**, Notes personnelles*, Lyon, Université Lumière Lyon 2, 2004

RAPPORTS

JOUNIN N., WOLFF L., Octobre 2004, « *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé* », n° 64, Ministère de la Santé et des Solidarités, Document de travail, Série Etudes, D.R.E.S.S, 125 p.

MANUELS ET GUIDES

Agence Nationale d'Accréditation et de Certification, 2004, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Deuxième procédure d'accréditation, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 107 p.

Haute Autorité de Santé, Janvier 2005, *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*, Paris : Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, 40 p.

TEXTES REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. - Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, *Journal officiel de la république française*, 02 Août 1991, 10255-10269.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1996. - Ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, *Journal officiel de la république française*, 25 Avril 1996, 6324-6336.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002 portant statut particulier au corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, *Journal officiel de la république française*, 23 Avril 2002, 7187-7191.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005. - Ordonnance n° 2005-406 du 2 Mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, *Journal officiel de la république française*, 3 Mai 2005, page 7626 – texte n°15.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien destiné aux directeurs des soins

ANNEXE 2 : Guide d'entretien destiné aux autres professionnels

ANNEXE 1

Guide d'entretien destiné aux Directeurs des Soins :

THEME LA COOPERATION INTERNE :

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion de coopération interne ?

2. Quel rôle jouez-vous dans cette coopération, comment, avec quels outils ?

THEME 2 : LE PROJET DE SOINS

3. Pour vous, que représente le projet de soins ? Dans quelle visée en élaborez-vous le cadre général ?

4. Quels sont les outils que vous utilisez pour réaliser un diagnostic préalable avant de construire le cadre du projet de soins pour déterminer les problématiques qu'y seront abordées ?

5. Quelle méthode avez-vous utilisée pour sa mise en œuvre ?

6. Pour vous, le projet de soins peut-il être envisagé en lien avec d'autres projets et impliquer des acteurs non paramédicaux ?

7. Quels interfaces sont, pour vous, possibles avec les projets médical, social, le plan d'amélioration de la qualité ?

8. De quel type de communication le projet de soins a-t-il fait l'objet ?

ANNEXE 2

Guide d'entretien destiné aux autres professionnels :

THEME LA COOPERATION INTERNE :

1. Qu'est-ce qu'évoque pour vous la notion de coopération interne ?

2. Quel rôle jouez-vous dans cette coopération, comment, avec quels outils ? Comment pensez-vous y contribuez ?

THEME 2 : LE PROJET DE SOINS

3. Pour vous, que représente le projet de soins ? Dans quelle visée pensez-vous est élaboré le cadre général ?

4. Quels outils pensez-vous être utilisés pour réaliser un diagnostic préalable avant de construire le cadre du projet de soins, cadre qui détermine les problématiques qu'y seront abordées ?

5. Quelle méthode pensez-vous pertinente à utiliser pour sa mise en œuvre ?

6. Pour vous, le projet de soins peut-il être envisagé en lien avec d'autres projets et impliquer des acteurs non paramédicaux ?

7. Quels interfaces sont, pour vous, possibles avec les projets médical, social, le plan d'amélioration de la qualité ?

8. De quel type de communication le projet de soins a-t-il fait l'objet ?