

Ecole Nationale de la Santé Publique

**Filière des Infirmiers Généraux
Promotion 1999**

**Et si l'Infirmier Général devenait
directeur des soins ?**

Bruno BELLET

**«Qui ne connaît la valeur des mots
ne saurait connaître les hommes»**

CONFUSIUS

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT PROPOS	1
<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>PREMIERE PARTIE : CADRE CONCEPTUEL</u>	
1. L'INFIRMIER GENERAL	7
<u>1.1.L'identité professionnelle de l'IG à travers l'historique du métier infirmier</u>	7
1.1.1. La formation	8
1.1.2. Le rôle propre et le savoir infirmier	9
1.1.3. L'aide-soignant auxiliaire de l'infirmier	9
1.1.4. Le rôle social de l'infirmier	10
1.1.5. La forte identification hospitalière des infirmiers et la régulation du métier par l'Etat	10
1.1.6. Une réglementation de plus en plus précise des niveaux de responsabilité	11
<u>1.2. L'identité professionnelle de l'IG à travers la recherche d'un statut de directeur</u>	12
1.2.1. La rupture fondatrice	12
1.2.2. Le contexte législatif et réglementaire	12
1.2.3. Le concours national et la formation à l'ENSP	13
1.2.4. Une association représentative	14

<u>1.3. L'identité professionnelle de l'IG à travers sa quête d'autonomie</u>	14
2.LE SYSTEME HOSPITALIER	16
<u>2.1.D'une logique de l'organisation</u>	16
2.1.1. Une bureaucratie professionnelle	16
2.1.2. Une organisation complexe de l'hôpital	18
<u>2.2.Vers une logique de l'innovation</u>	20
2.2.1. L'hôpital en tant que système	20
2.2.2. Le management par projet	21
2.2.3. La contractualisation interne	22
2.2.4. Vers une nécessaire coopération	23
<u>DEUXIEME PARTIE : ETUDE DE TERRAIN</u>	
1. LE CADRE DE L'ETUDE	26
2. LA METHODE	26
3. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE	26
4. LE QUESTIONNAIRE	27
4.1. Conception du questionnaire	27

4.2.	Analyse des réponses au questionnaire	27
4.3.	Bilan d'analyse du questionnaire	38
5.	LES ENTRETIENS	38
5.1.	Préparation des entretiens	38
5.2.	Réalisation des entretiens	39
5.3.	Observation du projet de soins de l'hôpital A	40
5.4.	Observation du projet de soins de l'hôpital B	41
5.5.	Analyse de contenu des entretiens	42
5.6.	Bilan des entretiens	45
6.	CONCLUSION DE L'ETUDE DE TERRAIN	45
 <u>TROISIEME PARTIE : PLAN D'ACTION</u>		
1.	CLARIFIER NOTRE POSITIONNEMENT DANS L'INSTITUTION	48
1.1	<u>Argumenter la création d'une direction des soins</u>	48
1.2	<u>Vers un élargissement de l'équipe de direction</u>	49
1.1.1.	L'organigramme de l'équipe de direction	49
1.1.2.	Choisir un type de management	49
1.1.3.	Le projet d'établissement	50

1.2. <u>Ouvrir le débat et informer</u>	50
1.3. <u>Clarifier le positionnement du directeur de soins par rapport aux acteurs hospitaliers</u>	51
1.3.1. Avec le corps médical	51
1.3.2. Avec le corps infirmier	52
1.3.3. Avec les paramédicaux non infirmiers	52
<u>2. METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE DE SOINS</u>	53
2.1. <u>Un état d'esprit à faire partager</u>	53
2.1.1. Donner du sens	53
2.1.2. Créer du lien	53
2.1.3. Donner confiance et faire confiance	53
2.1.4. Etre pédagogue	54
2.2. <u>Une organisation des soins qui consacre l'interdépendance Professionnelle</u>	55
2.2.1. Une institutionnalisation de l'esprit d'ouverture	55
2.2.2. Le projet de soins	55
2.2.3. La commission du service de soins	56
2.3. <u>Des outils qui symbolisent le partage et l'esprit d'ouverture</u>	57
2.3.1. Le dossier patient	57

2.3.2. L'informatique	58
2.3.3. Le plan de formation continue	58
2.3.4. Une méthode d'amélioration continue de la qualité : le «kaisen»	59
<u>2.4. Dépasser le projet de soins</u>	60
<u>CONCLUSION</u>	61
BIBLIOGRAPHIE	63

AVANT-PROPOS

Dans un contexte socio-économique difficile marqué par de nécessaires regroupements, restructurations ou recherches de complémentarité, l'hôpital public, sous la pression gouvernementale et législative, tend à développer une politique d'ouverture sur son environnement extérieur, s'inscrivant ainsi comme un maillon dans le réseau de soins.

Ainsi, la crise économique de la santé aura eu l'avantage d'avoir raison d'un hospitalo-centrisme résistant. Elle a fait prendre conscience à tous que ce dernier induisait un surcoût d'autant plus injustifié qu'il ne répondait pas toujours aux besoins et à la demande de soins de la population.

Dans ce contexte, il peut paraître surprenant de choisir comme thème de recherche, un sujet traitant à la fois de l'identité professionnelle des hospitaliers, plus particulièrement des infirmiers généraux, et de l'organisation du travail au sein des établissements publics de santé.

Pourtant, nous pensons que cette évolution vers plus de partenariat entre les hospitaliers et les acteurs extérieurs à l'hôpital, inscrite dans les textes législatifs ou réglementaires les plus récents et indispensable en terme de qualité de prise en charge et de continuité des soins, ne pourra pas se faire dans de bonnes conditions, sans qu'au préalable, la situation actuelle à l'intérieur même des structures soit améliorée : faisons vivre les concepts de filière et de réseau de soins intra muros pour mieux les appréhender et les développer ensuite avec les structures de soins de notre environnement.

C'est donc avec le souci de projection dans un futur innovant que nous avons choisi d'entreprendre cette étude qui ne se veut en aucun cas un combat d'arrière garde.

INTRODUCTION

NOS MOTIVATIONS POUR CE TRAVAIL

Les infirmiers généraux (IG) cherchent-ils leurs mots ?

C'est à partir de plusieurs observations sur le contenu du discours de certains IG que nous nous sommes intéressés à ce sujet. Parlant du projet du service de soins infirmiers, institué par la loi du 31 juillet 1991 et dont les IG garantissent, en tant que Directeur du service de soins infirmiers (DSSI), l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi, les uns insistent pour dire qu'il s'agit d'un «projet de soins » au sens large du terme, les autres pour souligner le caractère infirmier de leur «projet de soins infirmiers». Dans le même ordre d'idée, une minorité d'IG se déclare «Directeur des soins» et non plus «Directeur du service des soins infirmiers » comme l'indique pourtant la législation.

Nous avons le sentiment que ces distinctions dépassaient la simple phraséologie professionnelle et qu'elles étaient porteuses de sens dans la mesure où elles reflétaient, peut-être, un clivage profond au sein du groupe professionnel des IG, vérifiant en cela les propos de la sociologue Geneviève PAICHELER¹ pour qui les discours professionnels, qu'ils aient trait au savoir ou qu'ils concernent les pratiques, produisent des effets concrets qui se traduisent en comportements individuels et en actions collectives.

De façon plus générale, il nous semblait que la sémantique professionnelle évoluait vers une disparition fréquente de l'adjectif infirmier. Il nous apparaissait intéressant d'en explorer la signification avec l'œil neuf d'un IG2 nouvellement promu, qui plus est, Directeur du service de soins infirmiers d'un petit centre hospitalier de proximité.

Ce travail consiste en premier lieu à valider ce constat, au regard des écrits professionnels, des textes officiels et des premiers résultats de l'enquête réalisée auprès d'une

quarantaine de Directeurs du service de soins infirmiers, puis à s'interroger sur la signification d'une telle évolution.

LE CONSTAT

Avant d'aller plus loin dans notre réflexion, nous nous devons de vérifier la véracité de notre observation, qui, a priori, s'apparentait plus à une impression, une intuition.

La tendance à la disparition de l'adjectif «infirmier» se devait d'être attestée par plusieurs sources d'information.

La plus officielle d'entre elles réside sans aucun doute dans la parution du décret n°95-926 du 18 août 1995 qui propose une formation commune à tous les cadres paramédicaux et remplace l'appellation de cadre infirmier par celle de cadre de santé.

La seconde observation parmi les plus significatives nous vient de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, qui, dans son manuel d'accréditation version définitive, paru en février 1999, libelle ainsi le critère OPC.1.a²: «Le projet médical et le projet de soins³, élaborés avec les professionnels, définissent les modalités d'organisation de la prise en charge des patients.»

La littérature professionnelle fait état de l'évolution du vocabulaire usuel, notamment dans le très précieux dictionnaire des soins infirmiers⁴. Après nous avoir renvoyé à l'expression «politique de soins infirmiers» pour définir le terme «projet de soins infirmiers», les auteurs ont inséré, à la suite de la définition la plus usitée de «projet de soins», la note suivante : «Le terme est parfois employé à la place de politique de soins infirmiers.» Ce qui revient à dire que «projet de soins infirmiers» et «projet de soins» sont employés communément pour décrire la même réalité. C'est bien sous cette dernière acception que nous emploierons le terme «projet de soins» tout au long de notre travail.

¹ PAICHELER Geneviève, «Les professions de soins : territoires et empiétements », sciences sociales et santé, septembre 1995, vol. 13 n°3, pp. 6-7.

² ANAES, manuel d'accréditation des établissements de santé, référentiel OPC : «Organisation de la Prise en Charge des patients », référence 1, critère a, février 1999, p. 52.

³ souligné par nous.

⁴ MAGNON René et DECHANOZ Geneviève, Dictionnaire des soins infirmiers, Edition AMIEC, mai 1995, pp. 150-160. (ANNEXE 1)

Quant à la presse professionnelle, elle abonde d'articles allant dans le sens de l'évolution sémantique évoquée. Nous en avons choisi trois pour la diversité et la représentativité des thèmes qu'ils abordent. Nous avons joint en annexes ces articles dans leur intégralité mais n'en extrayons ici que la partie indispensable à notre démonstration.

- ✓ Le service de long séjour de Courbevoie a mis en place le dossier unique du malade en janvier 1998. Cette équipe témoigne : «Le dossier de soin, et non de soins infirmiers, devient à terme le dossier du malade et comporte le dossier administratif, le dossier de soins, le dossier médical.»⁵
- ✓ A l'instar de l'exemple du C. H. de Valenciennes, certains ne parlent déjà plus de commission du service de soins infirmiers mais de la commission des soins, l'infirmier général devenant alors selon les propres termes de leurs auteurs «directeur des soins».⁶
- ✓ Dans son annonce de parution de deux postes d'IG2, le C.H.U. d'Amiens, pour décrire son service infirmier, fait état de son projet de soins, deuxième version, en cours de définition.⁷

Pour en finir avec les divers éléments de ce constat, l'accueil très positif qu'ont réservé les directeurs du service de soins infirmiers à notre questionnaire, la précision avec laquelle ils ont bien voulu développer leurs arguments, nous a prouvé l'importance et la pertinence du sujet. Cet intérêt a stimulé la poursuite de notre recherche.

NOTRE PROBLEMATIQUE

A l'appui de ce réseau de preuves, il nous semble intéressant de nous interroger sur le sens d'une telle évolution sémantique, et de la confronter, d'une part, à l'histoire de la

⁵ SAUBAGNE Francine et WATWAT Jean-Michel, «Un dossier unique, résultat d'une démarche qualité en long séjour», Gestions Hospitalières, mars 1999, pp. 186-188. (ANNEXE 2)

⁶ BODART Jean-Pierre, «La direction des soins», directeur d'hôpital, octobre 1997, n°53, p.63. (ANNEXE 3)

⁷ Annonce transmise par le courrier de l'Association Nationale des Infirmiers Généraux (ANIG), que cette association adresse périodiquement à ses adhérents, avril 1999. (ANNEXE 4)

profession infirmière et au développement de la fonction d'infirmier général, d'autre part à la mutation des modes d'organisation du travail et du management en milieu hospitalier.

Nous essaierons d'établir un lien entre ces axes de recherche pour répondre à notre corps d'hypothèse.

NOTRE HYPOTHESE

«L'abandon par l'IG du mot infirmier dans les expressions «projet de soins», «commission des soins», «directeur des soins»

- traduit de sa part une ouverture concrète vers les autres paramédicaux
- et
- entraîne son repositionnement dans l'institution»

APPROCHE METHODOLOGIQUE

Cette étude revêt un double aspect, l'un sémantique, l'autre professionnel.

En ce qui concerne la sémantique, nos deux objectifs sont diamétralement opposés.

Le premier est de montrer que les mots sont porteurs de sens et qu'ils ne sont pas utilisés par hasard : «Dis-moi ton projet et je te dirai quel IG tu es ! », tel aurait pu être le titre de ce mémoire sur la signification de la disparition progressive de l'adjectif infirmier du discours professionnel des infirmiers généraux.

Le second consiste à démontrer le contraire, c'est à dire à mettre en garde contre les mots qui ne sont rien s'ils ne sont pas assortis des valeurs qu'ils sous-tendent, des actions qu'ils représentent.

Mais cette étude sémantique n'est en fait qu'une approche originale pour s'interroger sur l'identité professionnelle de l'IG d'aujourd'hui et sur sa contribution stratégique à l'organisation du travail dans la complexité hospitalière de demain.

La première partie de ce travail, théorique et conceptuelle, sera organisée en référence à l'ouvrage de CROZIER et FRIEDBERG : «L'acteur et le système»⁸.

En effet, notre premier chapitre s'attachera à décrire l'acteur IG et à préciser son profil identitaire. Le second nous éclairera sur le système complexe que constitue l'univers hospitalier dans lequel il évolue.

La seconde partie donnera la parole aux acteurs, consultés soit par l'intermédiaire d'un questionnaire transmis à quelques quatre-vingt dix DSSI, soit au cours d'entretiens semi-directifs auprès de quatre représentants paramédicaux non infirmiers. Une observation succincte de la mise en œuvre de deux projets de soins complétera notre étude de terrain.

La dernière partie nous permettra, à la lumière de toutes les informations recueillies, d'envisager un plan d'action dans lequel nous nous positionnerons alors comme IG, vecteur d'intégration des logiques hospitalières. Le souci constant du respect des spécificités et des prérogatives de chacun sera un préalable indispensable à la quête d'une meilleure synergie des potentialités de tous, pour dispenser aux usagers, à coût égal, des prestations de meilleure qualité.

⁸ CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, Collection Points, 1977.

1.L'INFIRMIER GENERAL

Puisque notre propos est de donner tout leur poids aux mots, permettons-nous une première interprétation sémantique du mot composé «infirmier général» pour constater la dualité inscrite dans le grade de celui qui a atteint le sommet de la hiérarchie infirmière. Le premier terme, «infirmier», désigne la personne habilitée à dispenser les soins infirmiers (donc le spécialiste). Le second, «général», est défini par le petit Larousse comme l'adjectif dont le domaine englobe toutes les spécialités. La personnalité de chaque infirmier général serait-elle conditionnée par la proportion qu'il entend donner à ces deux pôles dans l'exercice de sa fonction ?

Les IG sont-ils experts en soins infirmiers auprès du Directeur ou directeurs fonctionnels au même titre qu'un Directeur des ressources humaines (DRH) ou qu'un directeur des services économiques ?

Ce double lien, voire cette dichotomie, sera présente en toile de fond tout au long de ce travail et nous apparaît d'emblée une richesse plutôt qu'une difficulté.

1.1. L'identité professionnelle de l'IG à travers l'histoire du métier infirmier.

Parce que le plus petit dénominateur commun entre tous les IG est le diplôme d'infirmier, l'identité professionnelle de l'IG, pourtant fondée sur une rupture avec son corps d'origine, selon la thèse de l'américain Eliot FREIDSON, est indissociable de l'évolution historique du métier d'infirmier.

L'analyse socioprofessionnelle de FREIDSON⁹ sur la division du travail médical remonte au début des années 1970. Il présente alors les infirmiers face à un curieux dilemme : «ou bien ils apprendront à se satisfaire de cette subordination à l'autorité médicale, ou bien ils trouveront une source de légitimation indépendante. (...) L'infirmière ne peut échapper au

⁹ FREIDSON Eliot, La profession médicale, Paris, Editions Payot, mai 1984.

pouvoir des médecins tant qu'elle reste affectée aux tâches cliniques ; en devenant personnel administratif, elle y parvient.»¹⁰

Si nous analysons quelques 30 années plus tard l'évolution du métier d'infirmier en France, la constitution du service infirmier et le renforcement de la hiérarchie infirmière, nous constatons justement de multiples faits en faveur d'une professionnalisation certaine qui valident l'hypothèse de FREIDSON selon laquelle la seule issue pour l'infirmier d'échapper au pouvoir médical consiste à abandonner les tâches qui lui sont propres au profit de tâches plus administratives.

FREIDSON insiste sur la différence entre la médecine comme profession et les métiers qui coopèrent avec elle dans la division médicale du travail. Il indique que la médecine paraît être la seule profession qui ait su imposer à ce point son ordre aux métiers adjacents.

Il oppose donc tous les métiers paramédicaux à la profession médicale par leur absence relative d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige.

Bien que le métier d'infirmier ne fasse pas exception à cette règle de subordination à la profession médicale, quels sont les arguments qui témoignent que la voie de la professionnalisation est ouverte aux infirmières françaises ?

1.1.1. La formation

Dans une perspective de promotion sociale, les professionnels infirmiers cherchent à relever le niveau d'entrée dans les IFSI. Jusqu'en 1981, le BEPC est le diplôme requis pour se présenter au concours d'entrée. Aujourd'hui, le baccalauréat est nécessaire mais il existe des mesures dérogatoires pour les candidats non bacheliers possédant une expérience professionnelle.

Les professionnels infirmiers cherchent aussi à renforcer la dimension théorique de l'enseignement. La formation a été progressivement rallongée : elle passe de 28 à 33 mois suite au décret du 12 avril 1979, puis à 3 ans comme le stipule le décret du 23 mars 1992. Ce dernier décret fait également disparaître les mots «élève» et «école d'infirmiers» au profit des mots «étudiant» et «institut de formation en soins infirmiers». Le contenu de l'enseignement évolue, un équilibre s'opérant entre l'enseignement d'ordre médical et celui relevant des soins infirmiers.

¹⁰ FREIDSON Eliot, op. cit., p. 76

L'équivalence au niveau bac+3 n'est pas reconnue parce qu'il s'agit d'une formation professionnelle, non apparentée au cursus universitaire.

Il est à noter l'importance du décret n°92-264 du 23 mars 1992 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier qui instaure le diplôme unique (supprimant donc le diplôme d'infirmier psychiatrique) et de l'arrêté du 26 octobre 1994 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

L'autorisation d'exercer comme infirmière est soumise à la possession exclusive du Diplôme d'Etat depuis la Loi du 8 janvier 1946. La réglementation du titre et de l'activité protège donc de l'exercice illégal de la profession.

1.1.2. Le rôle propre et le savoir infirmier

La reconnaissance d'un rôle propre est instituée par la Loi du 31 mai 1978, puis successivement réaffirmé et développé par les décrets du 12 mai 1981, du 17 juillet 1984 et du 15 mars 1993 actuellement en vigueur. Sur le terrain, il faudra du temps à l'infirmière pour assumer ce rôle propre que les médecins ont parfois du mal à admettre et pour se libérer des réflexes ancestraux de dévouement et de soumission à l'égard du corps médical.

La législation récente souligne l'existence d'un savoir infirmier spécifique.

La littérature et la presse professionnelle se sont considérablement enrichies, relayant ainsi parfaitement une tradition orale bien ancrée et participant largement à la diffusion du savoir infirmier. Cependant, ce savoir se développe en reprenant parfois des théories nord-américaines pas toujours adaptables à notre culture française. Nous pensons en l'occurrence aux diagnostics infirmiers qui ne font pas l'unanimité parce qu'ils sont une traduction littérale de l'américain qui les rend difficiles à s'approprier.

1.1.3. L'aide-soignant auxiliaire de l'infirmier

La délégation des tâches peu qualifiées aux aides-soignants participe au processus de professionnalisation du groupe infirmier. Selon l'expression d'Anne-Marie ARBORIO,¹¹ l'infirmière abandonne le «sale boulot» pour mieux se consacrer aux tâches techniques plus

¹¹ ARBORIO Anne-Marie, «Quand le «sale boulot» fait le métier», sciences sociales et santé, septembre 1995, vol. 13 n°3, pp.93-122.

valorisantes. Sur la base de l'abandon par l'infirmier de tout un pan de son activité de «nursing», les aides-soignants revendiquent à leur tour un rôle propre que la majorité des infirmiers ne leur reconnaît pas comme légitime. Ainsi, les infirmiers reproduisent-ils à l'identique avec les aides-soignants, l'attitude protectionniste et dominatrice dont les médecins avaient fait preuve à leur égard vingt ans plus tôt.

1.1.4. Le rôle social de l'infirmier

Une reconnaissance sociale est affirmée suite aux mouvements de grève de 1988 entraînant une revalorisation statutaire et financière de la carrière. Mais le plus important professionnellement est certainement le témoignage de la population qui a renvoyé aux intéressés une image très positive du métier d'infirmier que nous pouvons assimiler à une forme de prestige.

1.1.5. La forte identification hospitalière des infirmiers et la régulation du métier par l'Etat

L'histoire de l'infirmier est intimement liée à la vie hospitalière. Ne serait-ce que par le nombre de leurs représentants et par la permanence de leur présence qu'ils sont les seuls à assurer aux usagers, les infirmiers sont une composante essentielle du patrimoine humain hospitalier. Il existe chez les infirmiers une réelle identité collective d'appartenance à l'institution hospitalière.

Cette notion sera renforcée par la reconnaissance du groupe infirmier par la communauté hospitalière et officialisée par la Loi du 31 juillet 1991 qui crée dans chaque établissement un service de soins infirmiers et une commission du service de soins infirmiers.

Cette avancée indiscutable pour le corps infirmier est, par contre, contemporaine d'un oubli des autres paramédicaux douloureusement ressenti par eux, comme le souligne Claudine ESPER lorsqu'elle constate une nouvelle césure entre personnel infirmier et non infirmier.¹²

En contre partie le contrôle exercé par l'Etat est fort parce que l'hôpital public est le principal employeur des infirmières. L'Etat modère notamment l'aspiration des professionnels

¹² ESPER Claudine, Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public, février 1994.

à relever le niveau de recrutement et cherche au contraire à maintenir l'ouverture de la formation à des publics peu qualifiés.

«L'intervention des pouvoirs publics s'organise autour des questions de renouvellement de la main-d'œuvre, en particulier la régulation des flux d'entrée et du niveau de recrutement. Elle porte également sur le maintien du coût salarial de cette catégorie.»¹³

1.1.6. Une réglementation de plus en plus précise des niveaux de responsabilité

La parution des décrets du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles et du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, est en ce sens fondamentale.

Il est à noter que le législateur utilise, dans ces derniers textes, le terme de profession et non pas celui de métier.

Nous pourrions donc conclure à un statut semi-professionnel du métier d'infirmier si nous tenons compte de l'autonomie relative acquise mais aussi de la dépendance forte qui le subordonnera toujours à la profession médicale.

Nous préférons reprendre les propres termes de FREIDSON pour qui «il semble en fait que le professionnalisme puisse exister indépendamment du statut professionnel. C'est ainsi que dans une division du travail complexe, et sur laquelle une profession exerce sa domination, les métiers paramédicaux parviennent à la fois à effacer et à rendre supportable leur condition ostensiblement dépendante en revendiquant le professionnalisme pour eux-mêmes.»¹⁴

Tout nous prouve donc, que l'infirmier ne manque pas de professionnalisme. Nous pensons aussi, avec le sociologue F.X. SCHWEYER,¹⁵ que les leaders du groupe professionnel des IG forment un groupe de pression efficace qui a contribué activement à la production d'un savoir infirmier, à la recherche infirmière et à la professionnalisation de la fonction infirmière, «en construisant une argumentation visant à définir la compétence requise pour un exercice professionnel infirmier, et satisfaisant des besoins sociaux définis».

¹³ FERONI Isabelle, «La profession d'infirmière en France», sciences sociales et santé, septembre 1995, vol. 13 n° 3, p. 63.

¹⁴ FREIDSON Eliot, op. cit. , p. 80.

¹⁵ MERLE Pierre et SCHWEYER François-Xavier, «L'infirmière qui devient directeur», La compétence en question, Presses universitaires de Rennes, septembre 1993, p. 127-148.

Mais qui sont ces IG, nés d'une rupture fondatrice avec leur corps d'origine pour échapper à la dépendance médicale et qui aspirent à devenir directeurs ?

1.2. L'identité professionnelle de l'IG à travers la recherche d'un statut de Directeur

1.2.1. La rupture fondatrice

Cette rupture revêt plusieurs dimensions : rupture avec le métier infirmier pour une fonction dite administrative, rupture avec les limites géographiques habituelles de l'unité de soin à la faveur d'un champ d'activité s'étendant à l'ensemble de l'établissement, rupture avec la relation directe soignant-soigné.

1.2.2. Le contexte législatif et réglementaire

La création des grades d'infirmier général et d'infirmier général adjoint remontent au décret du 11 avril 1975, complété par une circulaire d'application du 31 juillet 1975. Ces textes sont caractérisés par le «flou juridique»¹⁶ de leur contenu. Il est notamment intéressant d'y lire que l'IG participe à l'organisation du travail des équipes soignantes¹⁷, qu'il organise, coordonne et contrôle les activités des personnels en fonction dans les services de soins¹⁷, qu'il recherche les possibilités d'amélioration des conditions de travail des personnels soignants¹⁷. Le législateur ne parle pas spécifiquement du personnel infirmier. Ce flou est un inconvénient si nous considérons qu'il est source de réticences et de craintes de la part des médecins autant que de celle des directeurs. Il est par contre un avantage dans le sens où le champ à investir est vaste et qu'il permet à l'IG de construire avec une certaine liberté ses fonctions. Ce flou initial explique aussi peut-être une certaine ambiguïté de la fonction mais surtout une grande disparité dans l'exercice de celle-ci. Il peut-être à l'origine du profil assez hétérogène du groupe professionnel IG.

La circulaire du 31 juillet 1975 ne sera abrogée que beaucoup plus tard ; il faudra attendre le décret du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière et sa circulaire d'application du 2 octobre 1990 pour obtenir une définition de fonction plus précise. Nous avons noté dans l'article 2 de ce décret que les IG sont

¹⁶ SCHWEYER F.X., op cit., p.129.

¹⁷ Souligné par nous.

responsables du service de soins infirmiers¹⁷, qu'ils coordonnent l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers¹⁷, qu'ils participent à la gestion des personnels infirmiers¹⁷. Ainsi, réduit-il, a priori, le champ de compétence de l'IG à la dimension infirmière.

Par contre, la circulaire d'application qui l'accompagne rappelle que : «Si l'infirmier général n'a pas qualité pour se livrer à un contrôle technique des activités des personnels paramédicaux autres que les personnels infirmiers, il est en revanche éminemment souhaitable que s'institue entre lui-même et les cadres des autres professions paramédicales une liaison permanente de façon que s'instaure, dans l'intérêt du malade, une dispensation efficace et coordonnée des soins.»

La loi du 31 juillet 1991, dans son article L. 714 -26, confie la direction du service de soins infirmiers et la présidence de la commission du service de soins infirmiers à l'IG, membre de l'équipe de direction.

Cette promotion est importante et fait l'objet d'une modification du décret du 18 octobre 1989 par le décret du 18 octobre 1994.

L'IG est membre à part entière de l'équipe de direction, le plus souvent appelé directeur du service de soins infirmiers dans le langage courant mais il n'appartient pas au corps des directeurs. Mais l'essentiel ne réside t-il pas dans l'existence d'une direction des soins infirmiers plutôt que dans le titre de directeur de celui qui en est à sa tête ?

1.2.3. Le concours national et la formation à l'ENSP

Le concours sur épreuves devient national par un arrêté du 14 octobre 1996. Le jury du concours, présidé par le directeur des hôpitaux ou son représentant, est constitué de 3 IG, de 3 directeurs et de 2 médecins, soit une certaine parité entre les 3 corps. Les épreuves s'apparentent par leur type et leur difficulté à celles du concours de directeur d'hôpital. Son caractère national donne plus de crédibilité à la fonction et justifie le statut de cadre A malgré l'absence de pedigree universitaire.¹⁸

La première promotion a été formée en 1978. La formation durait alors 19 semaines. Des mesures transitoires ont existé jusqu'en 1993 pour intégrer dans le grade de nombreuses faisant fonction.

¹⁷ Souligné par nous.

¹⁸ SCHWEYER F.X., op cit., p. 131.

Aujourd'hui, la formation est obligatoire après la réussite au concours, elle dure 10 mois sans compter les 6 mois de stage dans l'établissement de recrutement. L'interfiliarité est développée par l'école mais cet axe n'en est qu'à ses balbutiements. Le projet de formation est structuré selon les 3 axes suivants: gérer le service de soins infirmiers, être membre de l'équipe de direction, se situer comme dirigeant.

1.2.4. Une association représentative

L'ANIG, Association Nationale des Infirmiers Généraux, est reconnue comme assez représentative des quelques 600 infirmiers généraux. Elle est dynamique, influente et demande avec insistance une révision du statut des IG.

L'ANIG s'intéresse aussi beaucoup à la défense de la profession infirmière.

1.3. L'identité professionnelle de l'IG à travers sa quête d'autonomie

La recherche légitime d'une zone d'autonomie et donc d'une certaine indépendance des IG avec le corps médical ne doit être, en fait, qu'une étape vers une difficile interdépendance, comme nous l'explique Vincent LENHARDT : «On a tendance, en parlant d'autonomie, à faire un contresens dangereux et à réduire la notion d'autonomie à celle d'indépendance (...).

Il est important pour le dirigeant de sortir de l'illusion que les gens peuvent passer directement de la dépendance à l'interdépendance. Ils doivent en fait passer par un cycle dans lequel les personnes vivent les étapes nécessaires de la dépendance, de la contre dépendance, puis de l'indépendance avant de pouvoir devenir interdépendants (...).

Dans cette dernière étape, les personnes, ayant fait leurs expériences et leurs preuves, vont pouvoir vivre en parité, en dialogue avec d'autres responsables.»¹⁹

Nous pouvons assez facilement traduire ce processus dans le champ hospitalier, tout particulièrement en ce qui concerne l'évolution des relations entre les médecins et les infirmiers :

- totale dépendance par rapport au médecin lorsqu'il n'était qu'un auxiliaire médical.

¹⁹ MARTIN B., LENHARDT V. et JARROSSON B., «Une histoire porteuse de sens», Oser la confiance, INSEP Editions, Paris, 1996, pp. 53-100.

- contre dépendance lorsque naissent des oppositions fondamentales (sur la légitimité du rôle propre et les notions de diagnostic infirmier par exemple).
- indépendance lorsque le service infirmier est officiellement reconnu dans l'organisation hospitalière.
- interdépendance enfin, lorsque président de CME et médecins chefs de service travaillent en harmonie avec l'IG représentant la hiérarchie infirmière.

Au terme de ce chapitre sur l'identité professionnelle, nous ne pouvons que constater l'assez grande hétérogénéité du profil des IG, que nous pouvons expliquer par 3 causes originelles :

- La qualité de la rupture du lien avec le métier d'origine : du grade IG comme «bâton de maréchal» récompensant la carrière d'un «super infirmier» à l'évolution logique vers une fonction de gestionnaire à haute responsabilité dans la structure hospitalière dont l'IG connaît intimement les activités et les missions.
- Le positionnement dans l'équipe de direction : de l'IG «expert infirmier» auprès du directeur à l'IG directeur des soins.
- Le stade acquis dans la quête de l'autonomie : de l'IG jouissant de son indépendance à l'IG valorisant l'interdépendance.

Si l'indépendance acquise par l'IG n'est pas vécue comme une finalité mais bien comme une étape, elle va le conduire à mieux faire vivre le concept d'interdépendance au sein de l'institution, à mieux le faire partager par les multiples partenaires dans les relations qui les unissent dans l'œuvre de soin.

2.LE SYSTEME HOSPITALIER

Notre analyse se limitera aux caractéristiques très générales de l'organisation hospitalière et aux tendances lourdes auxquelles l'hôpital est soumis.

Notre propos est de montrer comment l'hôpital et ses managers envisagent le changement en passant d'une logique de l'organisation à une logique de l'innovation.

2.1. D'une logique de l'organisation

2.1.1. Une bureaucratie professionnelle

Le fonctionnement interne de l'hôpital a été décrit par Henry MINTZBERG²⁰ sur le modèle d'une bureaucratie professionnelle dans lequel il distingue 5 fonctions :

- Le centre opérationnel, représenté par les unités de soins où s'effectue la prise en charge des usagers.
- Le sommet stratégique, composé du Directeur et de son équipe de direction à laquelle appartient l'infirmier général, DSSI et administré par le conseil d'administration, où se prennent les décisions.
- La ligne hiérarchique, constituée par l'encadrement : cadres soignants, administratifs et techniques.
- La technostructure, dans laquelle nous trouvons ceux qui analysent les situations de travail, conçoivent et planifient les améliorations, assurent la formation des opérateurs pour rendre le travail plus efficace. L'apparition de fonctions transversales au sein du service de soins infirmiers s'inscrit probablement dans le développement de la technostructure de l'hôpital.²¹
- La fonction support logistique qui rassemble les prestataires de service internes à l'hôpital.

²⁰ MINTZBERG Henri, Structure et dynamique des organisations, Les Editions d'organisation, Paris, 1982.

²¹ HENRY Josiane, «Plus value de la transversalité dans le management des soins à l'hôpital», mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux, 1998, p. 18.

Nous retiendrons du modèle hospitalier deux particularités essentielles.

La première concerne l'ambiguïté du lien entre le centre opérationnel et le sommet stratégique.

Le centre opérationnel, qu'il soit appelé unité de soins, service ou département est très indépendant, très autonome. La logique médicale prime et la légitimité professionnelle, surtout médicale mais aussi paramédicale, est très forte. La logique des services l'emporte sur l'intérêt général de l'établissement.

L'échec de la départementalisation en apporte la preuve.

Le découpage par services médicaux s'est imposé malgré une législation le remettant régulièrement en cause. La loi du 3 janvier 1984, dans son article 4, définissait le département comme un regroupement de membres du personnel concourant à l'accomplissement d'une tâche commune caractérisée par la nature des affections prises en charge ou des techniques de diagnostic et de traitement mises en œuvre.

La loi du 24 juillet 1987 restaure l'organisation en services et prouve à quel point cette structure de base est importante dans l'univers hospitalier.

La loi du 31 juillet 1991 qui définit les différents niveaux de la structure médicale en unités fonctionnelles, services, départements et fédérations n'a eu que peu d'impact sur la réalité du terrain : l'organisation médicale qui prédomine aujourd'hui très largement à l'hôpital public repose sur un découpage en services médicaux.

Le sommet stratégique, représenté par le Directeur et son équipe de direction, trouve sa légitimité dans la nécessité grandissante de gérer l'hôpital dans ses dimensions sanitaires, économiques et politiques.

Il doit concilier la dynamique managériale en interne avec des contraintes réglementaires externes de plus en plus fortes. Nous pensons notamment à la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre le Directeur d'hôpital et le Directeur de l'ARH ou encore à l'obligation de s'engager dans la procédure d'accréditation dont l'ANAES a la charge.

Mais le Directeur de l'hôpital n'a aucun pouvoir hiérarchique sur les médecins ni aucune compétence sur les activités médicales, (les médecins ont le monopole légal de l'exercice de la médecine), ce qui est pour lui un énorme handicap.

L'idée d'un médecin, membre de l'équipe de direction, se heurte au fait que celui-ci, ne faisant plus partie de la CME et non élu par ses pairs, risquerait d'être rejeté par la communauté médicale et perdrait du même coup toute crédibilité.

En devenant gestionnaire, le médecin romprait avec son corps d'origine, phénomène qui n'est pas sans nous rappeler le parallèle avec la constitution du corps des IG.

Le renoncement médical est souvent compensé par la participation progressivement active et efficace des présidents de CME à la gestion de l'hôpital. Il explique, peut-être, en partie, la présence de l'IG, en tant qu'expert, au sein de l'équipe de direction, chargé à la fois de témoigner de la réalité du terrain à l'équipe de direction et de faire comprendre et admettre la politique de la direction aux équipes soignantes et médicales.

Chacun étant porteur de sa propre légitimité, l'ambiguïté du lien entre centre opérationnel et sommet stratégique est source de dysfonctionnements et de conflits à l'épicentre desquels nous trouvons les cadres soignants. La situation du cadre soignant est des plus délicate puisqu'il assume des fonctions de gestionnaire au niveau du service, c'est à dire là où s'expriment avec le plus d'acuité et de permanence, les contradictions entre les logiques médicales, administratives et hiérarchiques auxquelles il est soumis.

Si la première particularité relevée témoigne d'une interruption du lien hiérarchique entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, la seconde réside au contraire dans la hiérarchisation parfois jugée trop importante de la filière infirmière, créant ainsi rigidité et inertie.

L'allègement de la ligne hiérarchique peut être réalisée en confiant à l'encadrement des missions transversales, les plaçant ainsi hors hiérarchie, comme en témoigne ces quelques lignes de Gabrielle ROLLAND : «Hier, les organisations étaient hiérarchiques, stables et claires (...). Aujourd'hui les territoires comme les frontières explosent, la verticalité fait place à la transversalité (...) la diminution des lignes hiérarchiques est le seul moyen de réintroduire la vie dans les organisations, d'innover le corps social, mais elle introduit une profonde angoisse dans un pays comme la France où le statut et le grade sont des signes de pouvoir plus importants que l'argent.»²²

2.1.2. Une organisation complexe de l'hôpital

L'être humain est complexe. La mission confiée au personnel hospitalier est de prendre soin de l'homme. Donc l'hôpital est forcément complexe. Aussi banale qu'elle puisse

²² ROLLAND Gabrielle et SERIEYX Hervé, «Halte à la reproduction des pouvoirs», Colère à deux voix, InterEdition, Paris, 1995, pp. 45-61.

paraître, cette évidence de la dimension humaine constitue le noyau dur de la complexité hospitalière : un hôpital pour des hommes, avec des hommes et par des hommes.

Cette complexité par nature se double d'une complexité organisationnelle que le rapport d'étude, commandité en 1994 par la Direction des Hôpitaux sur la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux, conduit à expliciter.

Leurs auteurs décrivent l'hôpital comme un monde cloisonné et peu communiquant, caractérisé par une multiplicité de pouvoirs croisés : «Toute personne en situation de responsabilité a toujours au moins un pouvoir concurrent : pouvoir infirmier contre pouvoir médical, pouvoir médical contre pouvoir administratif... mais aussi pouvoir d'influence contre pouvoir statutaire.»²³

«Cette multiplicité des pouvoirs conduit à des fonctionnements en «chapelles» où chacun défend sa logique et ses intérêts sans se préoccuper des conséquences pour les autres et pour la cohérence de l'ensemble (...). Ce fonctionnement en chapelles (les services) se couple d'un fonctionnement en «tuyaux d'orgue» organisé autour des corps professionnels : les médecins, le personnel soignant, les administratifs, le personnel technique qui sont autant de logiques professionnelles différentes qui se côtoient au sein de l'hôpital.»²⁴

Le docteur Bernard SCHMITT abonde dans le même sens et caractérise cette complexité par l'étendue et la diversité des compétences, le développement d'hyperspécialités, l'incommunicabilité entre les services (et parfois au sein d'un même service).

Il complète son analyse en ajoutant: «Et que dire de l'accroissement de cette complexité par la nécessaire complémentarité d'hôpitaux ou de structures sanitaires voisins, au sein ou en dehors d'un même secteur sanitaire, n'obéissant pas obligatoirement aux mêmes règles administratives à cause de leur statut juridique, soumis à des pressions de toutes natures (politiques, tutélaires, de l'assurance maladie...) souvent contradictoires, et à qui on fixe implicitement des missions qui débordent largement leur vocation première, telles que le maintien de l'emploi, le soutien de l'image de marque d'une municipalité, l'entraînement d'un pôle technologique et industriel, la recherche, l'aménagement du territoire, etc. »²⁵

²³ TAVERNIER Nicole et coll., «La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics», 1994, p. 4.

²⁴ TAVERNIER Nicole et Coll., op cit., p. 22.

²⁵ HONORE B., SAMSON G. et SCHMITT B., «La responsabilité des médecins dans la construction de l'hôpital de demain», La démarche de projet dans les établissements de santé, Editions Privat, Paris, septembre 1994, p. 11-47.

Pour cet auteur, une conception systémique du milieu hospitalier permet d'appréhender sa complexité et son évolutivité et de s'y adapter.

2.2. Vers une logique de l'innovation

Cette nouvelle approche répond au souhait d'associer au changement un maximum de personnes et se propose d'être au plus proche du service à rendre.

Renaud SAINSAULIEU décrit un «référentiel d'actions commun»²⁶, qu'il décompose en trois objectifs :

- Reconnaître et apprendre la logique et les valeurs des autres, au risque de remettre en question ses propres échelles de valeurs.
- Trouver les voies d'un projet commun à partir de ces diversités.
- Elaborer un projet collectif fondé sur une participation élargie.

Ce type de management est difficile à mettre en place à l'hôpital car il génère un certain flou, parfois même du désordre. Il nécessite donc, en amont, la mise en place par les managers d'une procédure de protection des personnes.

Son enjeu culturel est de créer des acteurs.

Or l'acteur n'existe pas en dehors du système qui définit la liberté qui est la sienne et la rationalité qu'il peut utiliser dans son action. Mais le système n'existe que par l'acteur qui seul peut le porter et lui donner vie, et qui seul peut le changer.²⁷

2.2.1. L'hôpital en tant que système

La notion de système implique une vision d'ensemble à l'intérieur de laquelle les différentes parties sont en interaction. Les relations entre les différents éléments de l'ensemble sont tout aussi importantes que les qualités propres de ces éléments.

Le système est finalement défini par l'interdépendance de ses parties. Pour le Docteur SCHMITT, «cette référence systémique élargit considérablement le champ des représentations hospitalières, et par voie de conséquence, celui des préoccupations et de

²⁶ Cours ENSP de SCHWEYER François Xavier, «le changement à l'hôpital», en référence à SAINSAULIEU , mars 1999.

l'investissement des individus. Si le malade reste légitimement la préoccupation centrale (...) le service ou l'institution elle-même ne sont plus le nombril du monde hospitalier.»²⁸

Les propos du Docteur SCHMITT nous rappellent qu'il convient également de toujours considérer l'hôpital dans le système plus vaste de celui de la santé.

Pour rester cohérent avec le concept de système, il faut donc aussi concevoir l'hôpital comme un maillon du réseau de soins ; mais cette considération, pourtant fondamentale, dépasse le cadre de notre étude.

L'approche systémique de l'hôpital peut faciliter le passage à une gestion novatrice par les activités. Une activité peut en effet être décrite comme un processus à l'intérieur d'un système.

L'analyse d'une activité par processus, par exemple le transfert du patient au bloc opératoire ou l'accueil du patient à son arrivée dans l'unité de soins, consiste à décortiquer le processus en événements successifs et permet de s'interroger et d'agir sur les interfaces entre deux événements. Or les difficultés et les faiblesses d'une structure ou d'une organisation se révèlent le plus souvent au niveau de leurs interfaces.

2.2.2. Le management par projet

La Loi du 31 juillet 1991 institutionnalise la démarche de projet en rendant obligatoire le projet d'établissement.

L'idée de projet implique un mode d'engagement important des acteurs dans la gestion prospective de l'hôpital.

Le concept de projet permet, à double titre, de susciter le sentiment d'appartenance. Tout d'abord parce que lorsque l'on s'engage sur l'avenir, on se lie psychologiquement au développement de l'organisation. Ensuite parce que le projet doit être imprégné de la culture institutionnelle, doit s'ancrer dans l'histoire de l'organisation, ce qu'exprime mieux Jean-Pierre BOUTINET lorsqu'il écrit : «Lier le projet exclusivement au futur, c'est le couper de ses racines.»²⁹

²⁷ CROZIER Michel et FRIEDBERG Erhard, op cit., p. 11.

²⁸ SCHMITT Bernard, op. cit., p. 16.

²⁹ BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, PUF, novembre 1993.

Parler de vision ou de projet au singulier est déjà dangereux. Le dirigeant aura à articuler, en fait, des visions, qui ont chacune leur cohérence mais qui devront nécessairement, pour vivre l'interdépendance, être mises en cohérence sans se réduire entre elles.³⁰

Chaque projet doit donc trouver sa place dans un ensemble cohérent comme le précise l'article L.714-11 de la Loi du 31 juillet 1991 : «Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs³¹ généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, 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, détermine les moyens³¹ d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs...».

La notion de contrat d'objectifs et de moyens était donc inscrite en germe dès la Loi de 1991 que l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ne fera que confirmer et accentuer.

2.2.3.La contractualisation interne

Elle est inscrite dans l'article L.714-26-1. de l'ordonnance citée précédemment : «Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne. A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité (...)

Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur. Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.»

La contractualisation interne induit le principe de subsidiarité.

Le principe de subsidiarité dans l'organisation introduit par le président de la société Thomson, Alain Gomez, repose sur l'idée que chacun occupe la totalité des pouvoirs qui lui appartiennent et que ceux qui sont au sommet de la pyramide ne conservent que les pouvoirs que les autres ne peuvent exercer. Nous passons donc d'une logique de l'obéissance à une

³⁰ LENHARDT Vincent., op cit. , p.68.

³¹ Souligné par nous.

logique de l'initiative et de la responsabilité, où le mot de délégation est usé, car il est antinomique de la subsidiarité.³²

Les propos d'Henry MINTZBERG vont dans le même sens lorsqu'il déclare : «Il est très difficile de changer une organisation du travail si vous ne connaissez pas de façon intime le métier. Les administratifs de la santé ne peuvent comprendre qu'avec énormément de difficultés ce qui se passe chez les cliniciens. Cela ne veut pas dire qu'il faut laisser faire les cliniciens. Cela veut dire qu'il faut les amener à prendre eux-mêmes en charge le problème.»³³

2.2.4. Vers une nécessaire coopération

Hier, l'intelligence individuelle était supérieure à l'intelligence collective. Aujourd'hui, elle est notoirement insuffisante pour faire face à la complexité.

L'intelligence collective nécessite des méthodes, le respect de l'autre, des règles du jeu, des coopérations.³⁴

Plus de cent métiers ont été recensés à l'intérieur de l'hôpital, tous au service du même malade. Mais la coopération n'est pas naturelle. Elle est difficile car elle doit faire ressortir la contribution que chacun peut apporter sans qu'il se sente opprimé par les autres.

Le concept d'intégration³⁵, défini par Michel CREMADEZ, consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs.

Dans sa description classique de l'institution hospitalière, Henry MINTZBERG insiste sur les deux mécanismes d'intégration qui assurent selon lui le fonctionnement quotidien de l'hôpital :

³² ROLLAND Gabrielle, op cit., p. 52.

³³ MINTZBERG Henry, «Nous vivons dans le culte du management», Sciences humaines, hors série n°20, mars/avril 1998, p 17.

³⁴ ROLLAND Gabrielle, op cit., p. 53.

³⁵ CREMADEZ Michel, «Les clefs de l'évolution du monde hospitalier», Les cahiers de gestions hospitalières, n°266, mai 1987, p. 291.

- L'ajustement mutuel entre individus, forme de communication la plus directe permettant aux membres des équipes, notamment soignantes, de se rencontrer et de se concerter chaque fois que c'est nécessaire.
- La standardisation des qualifications qui renvoie à la maîtrise que chacun possède de son rôle, lui permettant d'être à la fois autonome et complémentaire, opérationnel et responsable dans une équipe pluridisciplinaire.

Pour Françoise GONNET, les notions de coordination et de coopération dans le travail deviennent cruciales pour l'hôpital. En effet, la multiplicité des spécialisations des professionnels tend à accroître le cloisonnement entre les services en favorisant le développement et la logique de chaque spécialisation. Dans le même temps, chacun est de plus en plus dépendant des uns et des autres pour accomplir son travail.³⁶

Elle cite la complexité et l'insécurité liée à la mort et à la maladie comme des obstacles à la coopération.

Présenter le modèle des équipes performantes³⁷ est une autre façon de réfléchir sur les visions et stratégies. Pour qu'une équipe soit performante, elle doit successivement franchir 3 étapes :

- La collection d'individus où les gens sont centrés sur une technique, une fonction relativement individualisée, sur une performance personnelle et une dynamique souvent encombrée par la logique des territoires.
- Le groupe solidaire intégrant des logiques différentes et passant d'une «monologique» à une «dialogique» selon l'expression d'Edgar MORIN, optimisant des décisions dans des processus transverses. Il se crée donc une solidarité, une écoute réciproque et le désir de dépasser des points de vue souvent opposés ou contradictoires, de sortir de la logique des territoires.
- Dans l'équipe performante, troisième étape, les personnes ont suffisamment conscience de leur identité et de leur complémentarité pour pouvoir la dépasser et se centrer sur le sens de la vision commune. Chacun se sent porteur du tout et vit une

³⁶ GONNET Françoise, L'hôpital en question(s), Editions Lamarre, Paris, novembre 1992, p. 20-21.

³⁷ LENHARDT Vincent, op cit., p. 66.

approche de type holomorphique ; chaque fonction est porteuse du tout et chacun se sent responsable de la pérennité de l'entreprise.

Etant donné le mode de fonctionnement de l'hôpital, les problèmes les plus importants et les plus constants concernent les relations interprofessionnelles et les relations inter-services.

La mutation des modes d'organisation du travail en milieu hospitalier doit donc tendre à s'orienter d'une logique professionnelle à une logique plus institutionnelle, d'un modèle fortement bureaucratique à une conception plus transversale de l'organisation.

C'est pourquoi tous les dirigeants responsables du changement, au rang desquels les IG ont réellement un rôle important à jouer, doivent veiller à représenter des vecteurs d'intégration des nouvelles logiques hospitalières plutôt qu'être porteurs d'un corporatisme désuet.

A la lumière de cet éclairage théorique, nous allons nous intéresser à l'étude réalisée sur le terrain auprès des professionnels concernés, pour connaître leur point de vue sur le sens de l'évolution sémantique qui atteste de la disparition relative du mot infirmier. Nous observerons son impact sur l'organisation des soins et le type de management mis en place par les DSSI.

ETUDE DE TERRAIN

1. LE CADRE DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée sur la période de février à mai 1999.

L'objectif poursuivi était de répondre à notre questionnement sur le sens de l'évolution sémantique qui consiste en la disparition relative du mot infirmier dans le discours professionnel des IG et de confronter les résultats obtenus à l'hypothèse formulée sur le lien entre le discours, le profil professionnel et le type de management des DSSI.

2. LA METHODE

L'étude s'est appuyée :

- sur un questionnaire envoyé à 90 IG directeurs du service de soins infirmiers, de CHU, CH, CHS, répartis sur le territoire national.

complété par :

- une observation de terrain effectuée lors de nos stages en milieu hospitalier, l'une dans un CH, l'autre dans un CHU, les deux affichant un «projet de soin»

au cours de laquelle nous avons effectué:

- quatre entretiens semi-directifs réalisés auprès de deux cadres issus de la filière des kinésithérapeutes et de deux cadres manipulateurs en électroradiologie.

3. LES LIMITES DE NOTRE ETUDE

La première limite est liée au champ sémantique. C'est en effet sans aucune prétention que nous nous y inscrivons, notre objectif étant plus de jouer avec les mots que d'explorer scientifiquement ce domaine qui ne nous est pas familier.

En ce qui concerne les acteurs, nous avons toujours considéré l'IG dans une fonction de directeur du service des soins infirmiers, situation qui n'est pas systématique sur le terrain

lorsque les équipes sont étoffées. Dans les établissements importants, notamment les CHU, de nombreux IG2 ne sont pas DSSI.

D'autre part, notre choix pour les entretiens s'est porté plus particulièrement sur les kinésithérapeutes et les manipulateurs en électroradiologie. Mais nous pensons que ce qui vaut pour ces professionnels est, hormis quelques rares spécificités, tout à fait transposable aux autres métiers paramédicaux.

Par contre, le nombre limité d'entretiens induit un manque de représentativité et diminue la portée de leur analyse.

4. LE QUESTIONNAIRE

4.1. Conception du questionnaire

Il a été conçu à l'intention des DSSI et bâti par rapport à notre problématique. Un exemplaire est joint en annexe 4

Un questionnaire largement diffusé, nous a permis de toucher un échantillon assez large des DSSI.

Les questions ouvertes ont donné la possibilité aux DSSI de s'exprimer librement sur le thème proposé, ce qu'elles n'ont pas manqué de faire, avec, semble-t-il, beaucoup d'intérêt eu égard à la précision de leurs nombreux arguments et avis.

Quatre-vingt-dix questionnaires ont été distribués.

Notre choix des destinataires s'est fait à partir d'un document que la filière IG de l'ENSP met à notre disposition et qui regroupe les coordonnées des établissements qui acceptent des IG en formation en stages. Le questionnaire était accompagné d'une lettre de présentation et d'une enveloppe libellée à notre adresse et affranchie pour le retour. L'échantillonnage représente 15 CHU, 65 CH et 10 CHS

4.2. Analyse des réponses au questionnaire

Au total, quarante trois nous ont été retourné, quarante et un ont été exploité car deux nous sont parvenus trop tardivement.

Le taux de retour se situe donc autour de **47%** , résultat très satisfaisant pour ce type d'enquête et que nous pouvons peut-être expliquer par le fait que les DSSI qui accueillent des

stagiaires sont a priori plus sensibles aux travaux de recherche des étudiants et donc plus prompts à leur répondre.

Les réponses nous sont parvenues de :

- ◆ 27 CH
- ◆ 10 CHU
- ◆ 4 CHS

En ce qui concerne les effectifs, les CHU ont assez souvent peu répondu ou avec un manque de précision qui ne nous en permet pas une exploitation très fine.

Malgré cela , nous avons remarqué que la taille de l'établissement n'influait pas de façon significative les réponses, ce qui s'explique par le fait que nous demandions une réflexion conceptuelle plutôt que la traduction d'une mise en œuvre d'actions sur le terrain.

En traitant dans un premier temps tous les questionnaires, puis en traitant uniquement les questionnaires des vingt plus gros établissements, nous avons constaté que l'écart pour chaque question n'était pas significatif.

Sur les 23 établissements qui ont répondu à toutes les rubriques concernant les effectifs, il est intéressant de constater :

L'effectif total des paramédicaux n'appartenant pas au service de soins infirmiers est égal à 10% du personnel en dépendant.

L'effectif total des cadres de santé non infirmiers est égal à 10% du nombre de cadres infirmiers.

L'effectif total des cadres supérieurs non infirmiers est égal à 14% du nombre des cadres infirmiers supérieurs.

Nous ne donnons ces chiffres qu'à titre d'information, leur interprétation nous paraissant trop aléatoire.

Pour donner plus de clarté à la restitution des résultats, nous avons sélectionné les remarques les plus représentatives et les plus pertinentes émanant des DSSI et nous les avons glissées à la suite des tableaux. Elles figurent dans le texte en italique et entre guillemets.

Cette présentation permet de donner plus de sens aux chiffres.

1. Dans votre pratique, utilisez vous le terme «**projet de soins infirmiers**» ?

	Fréquence	Pourcentage
Oui	29	70.7%
Non	9	22%
Non adapté	3	7.3%

N.B. : Nous avons classé parmi les non adaptées la réponse formulant une appellation différente :

- projet infirmier

2. Utilisez-vous le terme «**projet de soins**» ?

	Fréquence	Pourcentage
Oui	24	58.5%
Non	14	34.1%
Non adapté	3	7.3%

N.B. : Nous avons classé parmi les non adaptées les réponses formulant une appellation différente :

- projet de soin (sans s)
- projet paramédical

3. Faites-vous une différence entre les deux termes ?

	Fréquence	Pourcentage
Oui	35	85.4%
Non	5	12.2%
Non adapté	1	2.4%

5 IG ne font pas la différence :

- ◆ «Ce n'est qu'un raccourci !»
- ◆ «Non dans la pratique, oui dans le langage»

Pour affiner l'analyse, nous avons croisé les réponses des questions 1, 2 et 3

Parmi les 35 IG qui font une différence entre les deux termes :

		PROJET DE SOINS.INFIRMIERS		
		oui	non	Non adapté
PROJET DE SOINS.	Oui	15	9	0
	Non	11	0	3
	Non adapté	3	0	0

- 15 IG utilisent l'un ou l'autre des 2 termes mais en les différenciant (**42.8%**)
- 9 IG n'utilisent que le terme «projet de soins» (**25.8%**)
 - ◆ « Il renvoie à une approche plus institutionnelle du soin»
 - ◆ « Il témoigne de la volonté du SSI de s'ouvrir, projet plus professionnel»
 - ◆ « Il inclut l'intervention d'autres paramédicaux»
- 11 IG n'utilisent que le terme «projet de soins infirmiers» (**31.4%**)
 - ◆ «Il est relatif aux soins dispensés par IDE + AS»
 - ◆ «Il est spécifique infirmier»
 - ◆ «Il est élaboré par le DSSI au regard de la politique de soins infirmiers en conformité avec le cadre législatif (Loi de 91-Ordonnances de 96)»

La population des DSSI est ainsi bien partagée sur l'aspect sémantique du problème.

4. Avez-vous mis en œuvre un projet de soins ?

	Fréquence	Pourcentage
Oui	26	63.5%
Non	14	34.1%
Non adapté	1	2.4%

N.B : Nous avons réintroduit dans le traitement de l'information des 2 questionnaires formulant les appellations projet paramédical et projet de soin (sans s).

Une majorité des DSSI ont mis en œuvre un projet de soins mais il reste un tiers d'entre eux qui ne l'ont pas fait et restent attachés au projet de soins infirmiers.

N.B : Les questions 5, 6, et 7 ne s'adressant qu'aux personnes ayant répondu oui à la question 4, les pourcentages sont calculés sur une base de 26.

5. Si oui, quels acteurs extérieurs au service de soins infirmiers avez-vous associés à sa réalisation ?

Sont cités dans un ordre décroissant :

- Les kinésithérapeutes dans **66%** réponses
- Les manipulateurs de radiologie : **54%**
- Les diététiciennes : **50%**
- Les techniciens de laboratoire : **42%**

Sont également cités plus de 2 fois :

- Les assistantes sociales : 7 fois
- Les sages-femmes : 6 fois
- Les ergothérapeutes : 5 fois
- Les secrétaires médicales : 4 fois
- Les médecins, préparateurs en pharmacie, orthophonistes : 3 fois

6. A quel stade du projet les avez-vous associés ?

Au niveau du groupe projet : 9 fois

Au sein de la CSSI : 6 fois

Dans les groupes de travail : 4 fois

Dès le début du projet : 4 fois

En cours de projet : 1 fois

Les réponses se sont réparties entre des notions de structure organisationnelle ou de temps, la question étant certainement mal posée.

7. Avez-vous rencontré des difficultés particulières à leur participation ? Si oui, lesquelles ?

Nous comptons 20 réponses négatives (**76%**), dont 2 «*non, au contraire !*»

Sur les 6 réponses positives, il s'agissait 2 fois de difficultés avec les sages-femmes et les kinésithérapeutes, 1 fois avec les diététiciennes et les manipulateurs de radiologie.

Nous constatons que 2 fois sur 3, les DSSI disent ne pas rencontrer de problème pour travailler avec les paramédicaux autres qu'infirmiers.

8. De quel ordre sont vos relations avec les cadres de santé non infirmiers ?

- ◆ relation fonctionnelle : **66%** (soit 27 réponses)
- ◆ relation hiérarchique et fonctionnelle : **30%** (soit 12 réponses)
- ◆ relation hiérarchique : 2.4% (soit 1 réponse)
- ◆ ni l'une ni l'autre : 2.4%

L'aspect fonctionnel de la relation domine nettement.

9. Pensez-vous que la formation commune des cadres de santé favorise l'évolution vers un projet de soins ?

	Fréquence	Pourcentage
Oui	28	68.3%
Non	6	14.6%
Non adaptée	6	14.6%

Parmi les OUI qui représentent deux tiers des réponses :

- ◆ *«Plus grande ouverture et écoute, meilleure entente et collaboration.»*
- ◆ *«Approche complémentaire des différents cadres de santé en gardant leur spécificité.»*
- ◆ *«Décloisonnement des services et des activités.»*

Parmi les NON :

- ◆ *«Chacun reste très corporatiste.»*
- ◆ *«Risque de perte de savoir, de réappropriation des concepts par d'autres sans légitimité.»*
- ◆ *«Cela ne dépend pas du type de formation mais de la volonté sur le terrain et du positionnement de chacun.»*

Globalement, la formation commune semble être admise comme enrichissante par les deux tiers des DSSI.

10. Accepteriez-vous une évolution de la commission des soins infirmiers vers une commission des soins ?

	Fréquence	Pourcentage
Oui	27	65.9%
Non	9	22%
Non adaptée	5	12.2%

Parmi les OUI, majoritaires aux deux tiers :

- ◆ *«En accord avec la Direction.»*
- ◆ *«En incluant les autres paramédicaux qui gravitent autour des soins infirmiers pour éviter le morcellement.»*
- ◆ *«CSSI ouverte à des paramédicaux invités permanents.»*

Décloisonnement, collaboration, complémentarité sont les mots le plus souvent cités.

Parmi les NON

- ◆ *«Cette commission traite des points spécifiquement infirmiers : organisation des soins infirmiers, plan de formation.»*
- ◆ *« La CSSI est réglementaire.»*
- ◆ *«Cela n'aurait plus de SENS. Qui est acteur de soins ? Les acteurs du service de soins infirmiers, c'est clair !»*

Le contenu du discours des deux parties est très différent. Le premier est axé sur le thème de l'ouverture, le second insiste sur la spécificité infirmière.

11. Selon la même logique accepteriez-vous de devenir directeur des soins ?

	Fréquence	Pourcentage
Oui	24	58.5%
Non	10	24.4%
Non adaptée	7	17.1%

Parmi les OUI

- ◆ *«En accord avec la Direction »*
- ◆ *«Emergence d'une structure fédératrice et mobilisatrice dans le cadre d'un projet commun »*
- ◆ *«En fait, nous le sommes !»*
- ◆ *«Oui si c'est moi !»*

Parmi les NON

- ◆ «L'IG coordonateur est nécessaire: c'est le seul, de par sa formation, son expérience, sa fonction, à avoir une vision globale.»
- ◆ «Rester DSSI n'exclut pas de travailler avec les paramédicaux à l'élaboration d'un projet de soins.»

En croisant les questions 10 et 11

		Evolution vers Commission Service des Soins		
		oui	non	Non adapté
Evolution vers Directeur des soins	Oui	22	0	2
	Non	3	7	0
	Non adapté	2	2	3

Nous apprenons que :

- 22 DSSI sont favorables aux 2 évolutions (**53.6%**)
- 7 DSSI sont défavorables aux 2 évolutions (**17%**)
- 3 sont favorables à l'évolution vers une commission des soins mais défavorables vers celle de directeur des soins (**7.3%**)

Au total, plus de la moitié des DSSI seraient prêts ces évolutions sémantiques.

12. Quelle signification donneriez-vous à la disparition ainsi observée de l'adjectif infirmier ?

Nous avons classé la multitude de réponses selon deux catégories qui correspondent bien à notre problématique initiale.

Les réponses en lien avec le positionnement de l'IG, avec une crise identitaire :

Parmi les *CONTRE* la disparition du mot infirmier :

- ◆ «Abandon de la spécificité infirmière»
- ◆ «Infirmier = identité professionnelle»

- ◆ *«Perte de l'identité professionnelle et de la reconnaissance de la fonction, de l'expertise, de la spécificité du métier»*
- ◆ *«Seule l'infirmière peut garder la maîtrise de l'ensemble : elle doit être coordinatrice des soins»*
- ◆ *«Je n'aimerai pas qu'il disparaisse car il est notre profession»*
- ◆ *«Faut-il renier son origine ?»*
- ◆ *«L'adjectif infirmier ne sera jamais gommé dans l'opérationnel. S'il disparaît, ce sera au niveau stratégique»*
- ◆ *«Dans DSSI, le plus important est le I: soyons en fiers !»*

Nous notons un attachement fort au métier d'origine.

Parmi les *POUR* la disparition du mot infirmier :

- ◆ *«Les soins ne sont pas seulement infirmiers : concept du prendre soin»*
- ◆ *«Les soins sont davantage objectivés sur l'activité et la mission et non pas sur une identité catégorielle centrée sur elle-même»*
- ◆ *«La notion infirmière peut paraître restrictive : d'accord avec cette disparition»*
- ◆ *«La fin d'un corporatisme désuet. Evitons d'être corporatistes»*
- ◆ *«Quand le service infirmier aura compris que son identité et son évolution passe par une approche pluridisciplinaire et une ouverture, le soin et la profession en seront les premiers bénéficiaires»*

Nous notons l'apparition de la notion du concept de «prendre soin» plusieurs fois cité.

Les réponses en lien avec une nouvelle conception de l'organisation des soins :

Parmi les *CONTRE* la disparition du mot infirmier :

- ◆ *«Dilution des compétences, des responsabilités donc non qualité»*
- ◆ *«Les soins infirmiers et le travail en binôme avec l'aide-soignant doivent faire l'objet de travaux spécifiques»*
- ◆ *«C'est la disparition de la fonction IG et DSSI (référence au groupe DARNIS)»*
- ◆ *«Permettrait aux Directeurs d'hôpital de nommer des Directeurs de soins autres qu'infirmiers»*

- ◆ *«Nécessité de connaître une profession pour la représenter»*
- ◆ *«Il ne faudra plus prétendre au poste d'IG. On verra alors des kinésithérapeutes directeurs des soins et pourquoi pas des cadres de direction»*

C'est un sentiment de peur qui domine dans toutes ces réponses : peur de disparaître, peur de se faire prendre sa place par quelqu'un d'autre.

Parmi les *POUR* la disparition du mot infirmier :

- ◆ *«Prise en charge plus globale des soins pour le malade»*
- ◆ *«Le soin centré sur le malade nécessite une étroite collaboration des différents intervenants»*
- ◆ *«Nous œuvrons tous pour un même objectif : le malade»*
- ◆ *«Il faut ouvrir vers un vrai management»*
- ◆ *«Fédération des professionnels autour du client»*
- ◆ *«Meilleure qualité des soins»*
- ◆ *«Je suis meilleur dans mon action lorsque je ne connais pas le sujet car j'implique les autres»*

Partenariat, collaboration, coordination, décloisonnement, transversalité, évolution et complémentarité sont les mots les plus souvent utilisés. Un ensemble de mots qui stigmatise un esprit d'ouverture.

Nous avons également souhaité insérer plusieurs remarques d'ordre général qui nous ont semblé intéressantes :

- ◆ *«Il ne faut pas en rester aux mots mais savoir passer aux faits»*
- ◆ *«Il faut clarifier le vocabulaire, les fonctions, les missions de chacun, avec tous les corps de métier habilités à réaliser des soins»*
- ◆ *«La fonction infirmière se rétrécit du fait de l'évolution : augmentation des compétences aides-soignantes, appel aux kinésithérapeutes, ergothérapeutes Mieux vaut les intégrer dans les DSSI pour enrichir la prestation plutôt que de se protéger par des mots ou des textes.»*
- ◆ *«La réalité du terrain nous pousse à la complémentarité.»*

Et nous avons gardé pour clore cette analyse du questionnaire, une phrase d'une DSSI qui pourrait mettre tout le monde d'accord :

- ◆ *«Le mot infirmier ne disparaît pas : donner une place aux autres, ce n'est pas perdre son identité, c'est la renforcer»*

4.3. Bilan d'analyse du questionnaire

L'analyse des réponses au questionnaire montre bien que la tendance à voir disparaître le mot infirmier ne laisse aucun DSSI indifférent.

Il semble exister dans le discours un lien étroit entre cette tendance à la disparition du mot, le profil identitaire du DSSI qui l'utilise ou pas et le type d'organisation des soins qu'il met en place.

Nous éprouvons le besoin de confronter le contenu du discours à la réalité du terrain. Deux observations de mise en œuvre d'un projet de soins, suivies d'entretiens avec des cadres de santé non infirmiers impliqués dans leur élaboration, vont apporter un éclairage complémentaire à notre étude.

5. LES ENTRETIENS

5.1. Préparation des entretiens

Pour faire écho au questionnaire adressé aux DSSI et pour compléter l'étude de notre problématique, il nous est apparu intéressant d'interroger des cadres paramédicaux non infirmiers.

Nous avons utilisé le temps de nos deux stages pour faire une observation du contenu du «projet de soins» mis en œuvre et réaliser quatre entretiens semi-directifs, s'adressant à des cadres de santé non infirmiers de ces établissements.

Le but était de connaître leur opinion sur la question de l'opportunité de leur participation au projet de soins et d'avoir leur point de vue sur le positionnement du DSSI dans cette démarche.

La première observation a eu lieu dans un CH de province d'environ 750 lits de courts, moyens et longs séjours que nous appellerons l'hôpital A.

Nous y avons rencontré un cadre kinésithérapeute (cadre kinésithérapeute A) en mission transversale, chargé de développer, en étroite collaboration avec le cadre infirmier de l'unité et le médecin rééducateur nouvellement recruté, un service de rééducation fonctionnelle prestataire de service sur l'ensemble de l'établissement.

Le second entretien nous a permis d'interroger le cadre de santé du service de radiologie (cadre manipulateur de radiologie A).

La seconde observation s'est effectuée dans un CHU de province comptant environ 2000 lits. Il s'agit, dans notre étude, de l'hôpital B.

Nous avons rencontré le cadre supérieur kinésithérapeute (cadre supérieur kinésithérapeute B), responsable du service de rééducation fonctionnelle du site le plus important du CHU. Il est à la tête d'une équipe composée d'un cadre et de quinze kinésithérapeutes et ergothérapeutes équivalents temps plein, sous l'autorité d'un médecin rééducateur. Il dépend hiérarchiquement du directeur du site.

Le quatrième entretien s'est adressé au cadre supérieur du service de radiologie du même site (cadre supérieur manipulateur de radiologie B).

5.2. Réalisation des entretiens

Nous avons utilisé la même grille d'entretien lors de nos quatre rencontres qui ont toutes duré une heure environ. Nous n'avons pas utilisé d'appareil enregistreur pour ne pas risquer une autocensure des interviewés. Nous avons donc retranscrit aussitôt après les entretiens, le contenu des échanges en essayant de relever le plus fidèlement possible les phrases telles qu'elles nous ont été dites.

Les entretiens se sont déroulés à partir des questions suivantes:

Question n°1 : Avez-vous connaissance de l'existence d'un projet de soins dans votre établissement et avez-vous été contacté pour participer à son élaboration ?

Si oui, quelle a été votre contribution au projet de soins ?

Question n°2 : Que représente pour vous l'évolution du projet de soins infirmiers vers le projet de soins ?

Question n°3 : Pensez-vous que la formation commune aux cadres de santé favorise cette évolution ?

Question n°4 : Que pensez-vous de l'ouverture éventuelle de la CSSI aux paramédicaux non infirmiers ?

Question n°5 : Que penseriez-vous de la création d'une direction des soins ? Trouvez-vous légitime que ce soit l'IG qui en assume la direction ? Sinon, qui verriez-vous occuper le poste de directeur des soins ?

5.3. Observation du projet de soins de l'hôpital A

La DSSI de l'hôpital A est IG depuis près de vingt ans dans ce même établissement.

Elle insiste beaucoup sur l'appellation «projet de soins» dans le sens où celui-ci concerne toutes les catégories de soignants. La version 1999 dite de deuxième génération, en cours d'élaboration durant notre stage, fait suite à un premier «projet de soins infirmiers» intégré au projet d'établissement 1991-1996.

La DSSI a souhaité une plus grande appropriation de ce projet par le personnel soignant, reconnaissant que le précédent avait plutôt été considéré, selon les propres termes de quelques agents, comme étant «celui de l'IG».

L'élaboration du projet a donc été l'occasion de quantité de groupes de travail, les uns sur les concepts et théories de soins, les autres sur les valeurs partagées ou sur l'étude des textes réglementaires et législatifs... ; autant de rencontres enrichissantes et fructueuses (nous avons eu la chance d'assister à la réunion de restitution des groupes de travail et de le constater).

A la question d'un cadre qui s'étonnait de l'absence des paramédicaux non infirmiers, la DSSI a répondu que les kinésithérapeutes, les diététiciennes, les manipulateurs de radiologie seraient intégrés dans les groupes au moment voulu et qu'ils n'étaient pas oubliés.

La dimension trop importante du groupe était avancée comme argument principal à cette absence.

Cet exemple est intéressant car il témoigne d'un décalage entre le discours qui se veut novateur et fédérateur et la réalité des faits.

Il nous montre ainsi une des limites importantes de notre travail à propos de la valeur des mots dans la mesure où ils peuvent être utilisés pour dire le contraire de ce qu'ils représentent.

Le cas présent est un contre exemple de ce que nous voulions démontrer : le rapport entre le discours, le profil professionnel et le type de management.

5.4. Observation du projet de soins de l'hôpital B

Le CHU a formalisé son projet de soins dès 1994.

Le document sur lequel nous nous sommes appuyé pour cette observation est très intéressant. Il se compose de cinq parties. La première est appelée «projet de soins commun» et résulte de la réflexion commune et partagée sur les conceptions fondamentales du service infirmier, des sages-femmes, des kinésithérapeutes et des manipulateurs en électroradiologie.

Dans les quatre parties suivantes, chaque corps de métier affiche son propre projet et fait ainsi partager sa culture et ses spécificités à ses partenaires. Le projet de chacun est en cohérence avec le projet commun.

Le projet de soins de deuxième génération bénéficie de l'antériorité du projet initial et est finalisé autour de 4 grandes orientations :

- Développer les complémentarités professionnelles internes et externes centrées sur le patient.
- Donner les moyens aux patients et à leur entourage d'être co-acteurs de leur santé.
- Intégrer la lutte contre les infections nosocomiales dans l'organisation des soins, les pratiques professionnelles et la formation.
- Rechercher une cohérence du processus global de formation tant en formation initiale qu'en formation continue.

Le second projet n'est pas présenté en rupture avec le premier mais plus comme une valeur ajoutée. Le second n'annule donc pas le premier.

5.5. Analyse de contenu des entretiens

Nous avons repris les deux axes explorés par notre problématique, à savoir l'ouverture vers les autres paramédicaux qu'implique la mise en œuvre du projet de soins et le positionnement du DSSI dans cette entreprise.

Question n°1 : Avez-vous connaissance de l'existence d'un projet de soins dans votre établissement et avez-vous été contacté pour participer à son élaboration ?

Si oui, quelle a été votre contribution au projet de soins ?

Les deux cadres de l'établissement A ont connaissance qu'un projet de soins se prépare mais n'ont participé ni l'un ni l'autre aux travaux d'élaboration. Le cadre de la radiologie s'en étonne d'autant que le DSSI l'avait dans un premier temps sollicité avec enthousiasme. Il nous rappelle qu'il a été associé à un projet du service des soins infirmiers portant sur l'amélioration de l'hygiène au cours duquel la collaboration avait été fructueuse. Le cadre kinésithérapeute juge cet oubli préjudiciable pour la suite du projet.

Les deux cadres supérieurs de l'établissement B se souviennent avoir activement participé à l'élaboration du premier projet de soins. Le cadre supérieur manipulateur de radiologie estime que le projet de soins a contribué à une certaine reconnaissance des manipulateurs de radiologie et de leur activité.

Pour le cadre supérieur kinésithérapeute, la démarche a été intéressante d'un point de vue théorique mais il pense que les effets sur le terrain ont été décevants : «Chaque corps de métier a privilégié son propre projet au détriment du projet commun qui est resté lettre morte.»

Question n°2 : Que représente pour vous l'évolution du projet de soins infirmiers vers le projet de soins ?

Pour le cadre manipulateur de radiologie A, c'est une façon de ne plus être «un électron libre». Il préférerait être rattaché à la direction du service de soins infirmiers, reconnaissant que le DRH ne répond pas toujours à ses préoccupations.

Le cadre kinésithérapeute A pense que cela peut être une bonne chose pour le malade mais à condition que le DSSI joue le jeu.

Le cadre supérieur kinésithérapeute du CHU est beaucoup plus sévère : «Dans notre domaine, les besoins des patients sont énormes mais ne sont pas couverts car il existe une grave pénurie en kinésithérapeutes hospitaliers. La kinésithérapie doit se développer en gériatrie, dans le domaine des soins palliatifs, dans celui de la prévention. Le projet de soins ne résoudra pas notre manque de moyens humains. La priorité, c'est de trouver des kinésithérapeutes qui veulent bien travailler à l'hôpital. Mais la carrière hospitalière n'est pas socialement valorisée et les salaires sont très inférieurs à ceux du secteur libéral.»

Quant au cadre supérieur manipulateur de radiologie., il trouve que l'évolution est intéressante mais que compte-tenu de la dimension du CHU, il est un peu vain de penser que l'on puisse réunir tout le monde autour du même objectif. Il trouve plus pertinent de travailler à l'échelle d'un projet de service ou de département.

La dimension de l'établissement semble nuire à la lisibilité du projet de soins.

Question n°3 : Pensez-vous que la formation commune aux cadres de santé favorise cette évolution ?

Les deux représentants de la filière des kinésithérapeutes voyaient dans la formule ancienne l'occasion d'approfondir leur connaissance de la kinésithérapie : «Cette nouvelle formation est intéressante en terme de management mais au détriment du module spécifique et technique» dit le cadre supérieur kinésithérapeute B.

Chacun regrette la formation spécifique, même si le kinésithérapeute de l'hôpital A reconnaît qu'elle peut permettre à certains de devenir cadre d'unité dans des services de rééducation fonctionnelle avec autant de légitimité qu'un cadre infirmier.

Le cadre kinésithérapeute A se perçoit comme un kinésithérapeute référent, un enseignant, une sorte de «super kinésithérapeute». Pour lui, la formation commune représente une perte pour son métier, une perte d'identité car trop axé sur le management.

Une première analyse nous permet de constater le lien étroit conservé par les deux cadres kinésithérapeutes avec leur métier d'origine.

Les propos tenus par les deux cadres manipulateurs de radiologie sont d'une teneur toute autre. Pour tous les deux, la formation commune est vécue comme une opportunité. Elle permet de partager avec les autres filières une culture, un langage communs et elle contribue à l'affirmation de leur identité soignante, abandonnant ainsi pour partie, leur étiquette de cadre médico-technique.

Question n°4 : Que pensez- vous de l'ouverture éventuelle de la CSSI aux paramédicaux non infirmiers ?

Pour les deux cadres de l'établissement A, ce serait le témoignage d'une volonté certaine du groupe infirmier d'intégrer les autres paramédicaux dans le processus de prise en charge des soins. Mais le cadre kinésithérapeute ajoute que c'est surtout au niveau des services que cette intégration devrait être réalisée.

Les cadres de l'hôpital B s'accordent à dire qu'une commission des soins serait ingérable par le nombre de personnes qu'elle rassemblerait.

Le cadre supérieur kinésithérapeute rajoute que si la représentation se calcule à la proportionnelle, les kinésithérapeutes n'y seront pas très nombreux.

Question n°5 : Que penseriez-vous de la création d'une direction des soins ? Trouvez-vous légitime que ce soit l'IG qui en assume la direction ? Sinon, qui verriez-vous occuper le poste de directeur des soins ?

Le cadre manipulateur de radiologie de l'établissement A. y est favorable parce qu'il entretient d'excellents rapports avec le DSSI. Il avoue que sa position tient plus aux qualités et à la personnalité de l'IG en question.

Le cadre kinésithérapeute préfère dépendre hiérarchiquement de la DRH même s'il se dit prêt à collaborer étroitement avec le service infirmier. Il éprouve ainsi le sentiment de garder une certaine autonomie par rapport à la DSSI. Mais il ne voit pas qui d'autre que l'infirmier général pourrait assurer cette direction.

Le cadre kinésithérapeute supérieur du CHU ne souhaite pas la création d'une telle direction. Il veut, dit-il, garder son autonomie et ne pas dépendre hiérarchiquement du DSSI. «Avec une direction des soins, nous serions noyés dans la masse des infirmières et nous n'obtiendrions rien. Quand j'ai vraiment besoin de quelque chose, je négocie directement avec le directeur du site.»

Si elle témoigne de la difficulté d'une ascension dans la hiérarchie hospitalière pour un kinésithérapeute, elle reconnaît que les choses ont beaucoup évolué. Si elle ne se voit pas «kiné générale», elle serait intéressée par un poste de direction dans une maison de retraite ou un centre de rééducation. Envisager le cursus EDH à l'ENSP ne lui dit rien mais l'idée d'une

passerelle avec la formation des IG ne lui semble pas aberrante même si elle n'y avait pas pensé.

5.6. Bilan des entretiens

La dimension de l'établissement semble influencer sur la mise en œuvre opérationnelle du projet de soins.

Les cadres kinésithérapeutes ne souhaitent pas dépendre de l'autorité du DSSI et ils sont moins demandeurs d'un rapprochement avec le service infirmier que ne le sont les cadres manipulateur de radiologie.

Le nombre insuffisant d'entretiens nous obligent à rester très prudent sur l'analyse que nous pouvons en faire.

6. CONCLUSION DE L'ETUDE DE TERRAIN

A ce stade de notre réflexion, pouvons-nous valider notre hypothèse ?

1. A la question de savoir si l'abandon par l'IG du mot infirmier dans les expressions «projet de soins», «commission des soins», «directeur des soins», traduit de sa part une ouverture concrète vers les autres paramédicaux nous serions tenté de répondre oui mais avec deux réserves d'importance.

En premier lieu, notre questionnaire nous a montré à quel point la population des DSSI était partagée sur le sujet et hésite à se positionner pour ou contre cette disparition. Près de 30% d'entre eux s'y refusent en ardent défenseur de la profession infirmière. Plutôt que «abandon» du mot infirmier vaudrait-il mieux employer l'expression «retrait relatif» puisque la moitié des DSSI emploient tantôt une expression, tantôt l'autre.

En second lieu, nous avons pu constater que, dans la pratique, l'évolution du langage vers le retrait relatif du mot infirmier ne s'accompagne pas systématiquement des effets d'ouverture attendus, ce qui nous oblige à tempérer notre affirmation.

Il semblerait même, mais cela demande à être confirmé, que certains DSSI tiennent ce langage pour mieux capturer dans leur champ de responsabilité un plus grand nombre de professionnels.

Mais notre but n'est pas d'alimenter la polémique.

Malgré ces deux réserves, de nombreux témoignages de DSSI favorables à l'évolution sémantique vont dans le sens d'une ouverture sans ambiguïté vers les paramédicaux. La notion de prise en charge globale et collective du patient est au centre de leur discours. Ils ont une vision plus institutionnelle du soin. Une identité soignante s'affirme chez eux et remet en cause le corporatisme professionnel de toute origine.

S'ils ne sont qu'un quart des DSSI à avoir gommé de leur vocabulaire le mot infirmier qui les gêne dans leur mission institutionnelle et stratégique, près de la moitié de cette population, encore indécise, paraît être en chemin vers la même évolution.

2. A la question de savoir si l'abandon par l'IG du mot infirmier dans les expressions «projet de soins», «commission des soins», «directeur des soins», entraîne son repositionnement dans l'institution et au sein de l'équipe de direction nous répondons par l'affirmative.

En tant que directeur des soins, l'IG se positionne de façon beaucoup plus légitime dans l'équipe de direction, au même titre que les autres directions fonctionnelles. Il abandonne son étiquette d'expert en soins infirmiers placé auprès du directeur et entérine ainsi la rupture avec son corps d'origine, sans le renier pour autant.

Par rapport aux professionnels de santé du centre opérationnel, l'évolution du service de soins infirmiers vers un service de soins n'est neutre pour personne.

Elle entraîne des conséquences sur l'organisation des soins et sur le management des équipes soignantes. En ce sens, elle concerne non seulement le personnel paramédical dans son ensemble mais aussi la communauté médicale.

Cette évolution vers un service de soins semble paraître une opportunité pour certains (en terme d'intérêt pour le patient par exemple) mais apparaît une contrainte pour d'autres (dans une dimension de logique professionnelle).

PLAN D'ACTION

La construction de notre plan d'action tiendra compte de plusieurs considérations :

- Des deux axes développés dans notre problématique, à savoir l'ouverture du service infirmier vers les paramédicaux non infirmiers et le repositionnement institutionnel du DSSI qui résulte de cette ouverture.
- De la dimension de l'établissement dans lequel nous projetons ce plan d'action, c'est à dire un C.H. de proximité regroupant 320 lits de médecine, chirurgie, obstétrique, moyens et longs séjours, qui emploie 400 personnes dont moins d'une vingtaine sont des paramédicaux non infirmiers. L'équipe de direction comprend un directeur, un directeur des ressources humaines, un directeur des finances et des travaux et un directeur des soins infirmiers. Il est bien évident que le positionnement du DSSI, sa stratégie et la mise en œuvre de ses actions n'est aucunement comparable entre un tel établissement et un CHU.
- D'une volonté de notre part de mettre en place un management qui permette à chacun d'être un acteur responsable dans les missions de soin et de service public qui sont les siennes.
- D'un souci constant de positionner l'utilisateur au centre des préoccupations de tous et de chacun, quel que soit le métier que l'on exerce à l'hôpital.
- D'une participation à la maîtrise des dépenses de santé en contribuant au développement du partenariat et de la coopération des acteurs hospitaliers, c'est à dire en exploitant la richesse que constitue les ressources humaines dans un hôpital et non pas en «gérant la pénurie».

1. CLARIFIER NOTRE POSITIONNEMENT DANS L'INSTITUTION

1.1. Argumenter la création d'une direction des soins.

Il n'est, bien entendu, pas question pour l'IG de se déclarer responsable de la direction des soins avant que la proposition de création du service de soins n'ait reçu le label de priorité institutionnelle.

Nous avons la conviction que le DSSI d'une petite structure à un rôle institutionnel d'intégration des logiques hospitalières important à jouer, d'une part entre la logique médicale et la logique administrative, d'autre part entre les multiples logiques professionnelles parfois contradictoires. La définition d'intégration est entendue dans son acception conceptuelle décrite par Michel CREMADEZ à la page 23 de notre cadre théorique.

Créer une direction des soins est, de notre point de vue, un moyen fédérateur efficace pour rassembler les soignants et les faire évoluer vers plus d'interdépendance, pour une meilleure prise en charge individuelle et collective de l'utilisateur.

Une référence au manuel d'accréditation des établissements de santé ne fera que renforcer nos arguments.

En effet, nous pouvons souligner dans l'introduction du référentiel sur le management de l'établissement et des secteurs d'activité (MEA)³⁸ :

«Assurer une prise en charge de qualité du patient requiert une conduite et une organisation de l'établissement et des secteurs d'activité tournés vers cette priorité. Le management s'attachera à définir les orientations stratégiques ou le projet de l'établissement permettant de satisfaire les besoins des patients, à les mettre en œuvre dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, en veillant tout particulièrement à l'implication et à la coordination des professionnels des différents secteurs d'activité. L'implication des directions est déterminante pour le succès de ces démarches.»

La seconde étape consistera à négocier les modalités de fonctionnement qui s'inscrivent dans la politique générale de l'établissement.

1.2. Vers un élargissement de l'équipe de direction

1.2.1. L'organigramme de l'équipe de direction

La décision de création d'une direction des soins par le directeur impose une refonte de l'organigramme de l'équipe de direction.

Nous souhaitons que figure sur cet organigramme l'appellation directeur des soins, celle d'infirmier général pouvant revêtir pour certains une connotation d'appartenance professionnelle. Or nous revendiquons, pour plus de cohérence, une identité soignante qui n'est nullement contradictoire avec notre origine infirmière.

Le domaine de compétence de chacun doit être défini avec précision, pour faire apparaître les complémentarités et les limites des activités de chacun. En ce qui nous concerne ce sont surtout les relations avec le DRH qui doivent être abordées d'emblée parce que les zones d'interventions peuvent facilement se chevaucher. Il faudra, par exemple, définir ensemble, sous l'autorité du directeur, la procédure de recrutement du personnel soignant.

1.2.2. Choisir un type de management

Le type de management est un choix qui émane du directeur.

Si l'option participative est retenue, le principe de subsidiarité doit être appliqué à tous les échelons de la hiérarchie. Il peut même être appliqué jusque dans la relation entre le soignant et le soigné et consiste alors à rendre le patient co-acteur de sa santé.

L'encadrement doit être formé à ce type de management par le biais de la formation continue.

Un exemple concret des incidences d'un tel management concerne la mise en place de la contractualisation interne. En effet, cette modalité de délégation de gestion à des centres de responsabilité, à l'initiative des équipes médicales et paramédicales, inscrite dans l'ordonnance du 24 avril 1996, a une influence majeure en terme d'organisation.

Si dans un premier temps, la direction négocie avec le centre de responsabilité les moyens mobilisés par l'institution pour atteindre les objectifs pluriannuels fixés, c'est ensuite la responsabilité des acteurs du centre opérationnel de définir le contenu, c'est à dire le

³⁸ ANAES, manuel d'accréditation des établissements de santé, référentiel MEA : «Management de l'établissement et des secteurs d'activité», février 1999, p. 62.

comment atteindre les objectifs fixés avec les moyens humains, matériels et financiers alloués. Cela impose au centre de responsabilité de respecter l'échéancier qu'il aura établi en annonçant des sous objectifs annuels compatibles avec les clauses du contrat.

Un rapport annuel d'activité le plus exhaustif possible est communiqué à la direction. Il permet aux deux parties contractantes de faire le point sur la réalisation du contrat et de procéder à d'éventuels cadrages.

Pour nous, la médicalisation de la gestion et le principe de subsidiarité qu'il suppose, nous semble être un axe d'organisation novateur que le directeur des soins peut accompagner dans le cadre de la politique interne de l'hôpital et dans les limites de ses compétences.

1.2.3. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est un document essentiel à la politique hospitalière.

En externe, il doit être compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens concluent avec l'agence régionale de l'hospitalisation. En interne, il définit les orientations stratégiques et comporte des objectifs hiérarchisés et réalisables, servant de base à la planification des actions, à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Le projet de soins, qui définit la politique du service de soins doit venir enrichir le projet d'établissement en cours et rester cohérent avec le projet médical. S'il doit être élaboré avec le personnel soignant lui-même afin qu'il se l'approprie, nous pensons que compte-tenu du délai nécessaire à sa construction, il est du ressort du directeur des soins d'en écrire, dès sa prise de fonction, une première version provisoire et synthétique. Celle-ci présentera la philosophie et les grandes orientations du projet en les centrant dans le contexte institutionnel.

Les articulations avec le projet médical seront mises en évidence.

1.3. Ouvrir le débat et informer

Si la décision de créer une direction des soins revient au Directeur, il n'en est pas moins vrai qu'elle doit correspondre à l'aspiration d'une majorité des acteurs, faute de quoi l'entreprise serait vouée à l'échec. L'adhésion des hommes est le préalable indispensable à une gestion efficace des ressources humaines.

Le corps médical, par l'intermédiaire du président de la CME, doit être associé à cette décision et dans la mesure du possible, y être favorable dans une grande majorité.

Le personnel soignant doit être consulté et chacun doit pouvoir s'exprimer sur le sujet.

Il en va de même pour les représentants du personnel, par le biais du Comité Technique d'Etablissement.

Le débat doit donc être le plus large possible afin que la décision ne soit pas imposée mais émane d'une réflexion générale et consensuelle.

Une large diffusion, par les moyens de communication internes habituels, doit assurer une information claire et précise de tout le personnel hospitalier. La clarté, la transparence et la qualité de l'information sont des atouts majeurs à la mise en place d'une politique participative.

Une ou plusieurs réunions compléteront la présentation de la nouvelle direction et permettront au directeur des soins de rencontrer les acteurs de terrain.

1.4. Clarifier le positionnement du directeur des soins par rapport aux acteurs hospitaliers

1.4.1. Avec le corps médical

De notre point de vue, le directeur des soins a un rôle d'intégration fondamental à jouer entre le corps médical et l'administration. L'expérience professionnelle acquise pendant de longues années au niveau du centre opérationnel donne à l'IG une lisibilité de la réalité que les autres directeurs n'ont pas.

Il est illusoire d'envisager une politique des soins sans un partenariat étroit avec les médecins, l'organisation des soins étant intimement liée à l'organisation médicale.

De ce fait, le directeur des soins doit tout mettre en œuvre pour qu'une collaboration durable et efficace s'installe entre la communauté médicale et les soignants, à tous les niveaux : entre le président de CME et le directeur des soins dans une dimension stratégique, entre le chef de service et le cadre de proximité dans une dimension plus opérationnelle.

Lire régulièrement la presse médicale spécialisée, par exemple «Le quotidien du médecin» est très instructif sur la vision que les médecins ont de la politique de santé et

permet une approche plus pertinente de leurs problèmes, difficultés ou positionnement par rapport à l'actualité hospitalière.

Enfin, nous pensons qu'il est utile de rappeler que la création de cette direction des soins concrétise une vision systémique et globale de la prise en charge du patient.

La petite dimension de l'établissement dans lequel nous nous projetons et le faible contingent que représente les paramédicaux non infirmiers gomme la notion de pouvoir sous-jacente à cette création.

1.4.2. Avec le corps infirmier

Le message à faire passer aux infirmiers est celui de l'interdépendance entre tous les professionnels au service du patient. Il ne doit pas remettre en cause l'identité infirmière mais la situer dans la dimension plus large du soin et dans le contexte plus général de l'institution.

Mais le directeur des soins doit clairement faire comprendre qu'il n'est pas le représentant de la profession infirmière mais le responsable de la fonction soin de l'établissement.

1.4.3. Avec les paramédicaux non infirmiers

Le discours fédérateur ne doit pas remettre en cause la spécificité de chacun. Le concept d'intégration s'appuie en effet sur celui de la différenciation : reconnaissons nos différences pour mieux appréhender nos complémentarités et utilisons notre diversité comme une richesse.

Nous n'aborderons donc pas les paramédicaux non infirmiers dans leur ensemble mais en tenant compte de leur spécificité.

Le cas particulier des sages-femmes n'est pas abordé dans le cadre de notre travail puisqu'elles ne représentent pas un métier paramédical mais une profession médicale à prescription limitée.

Une fois abordée cette question cruciale du positionnement du directeur des soins dans l'institution, il s'agit à présent de mettre en cohérence son discours d'ouverture avec un management réellement participatif, de créer du lien et de donner du sens au travail de chacun.

2. METTRE EN ŒUVRE LA POLITIQUE DE SOINS

La politique de soins repose sur une conception des soins définie par le service de soins et s'inscrit dans une politique déterminée par l'institution.

Elle consiste à élaborer les orientations des soins, à fixer les objectifs, à adapter les stratégies, à mettre en œuvre les actions et à en évaluer les effets.

2.1.Un état d'esprit à faire partager

2.1.1. Donner du sens

Donner du sens, c'est être respectueux de l'autre, être à son écoute, le connaître et le reconnaître jusque dans sa différence. C'est aussi apprécier sa contribution à l'œuvre de soin et la valoriser. C'est enfin conduire chacun des acteurs de soin à auto-évaluer ses actions individuelles dans un engagement collectif, c'est à dire traduire sa capacité à coordonner ses activités avec celles des autres partenaires professionnels.

2.1.2. Créer du lien

Créer du lien, c'est faire se rencontrer les acteurs hospitaliers qui travaillent côte à côte en poursuivant le même but mais qui ne travaillent pas forcément ensemble. C'est faire se rencontrer des logiques contradictoires, certes, mais toutes convergentes vers un même objectif : le service rendu au patient hospitalisé. En coordonnant les actions de chacun, la voie de la coopération et de l'interdépendance est ouverte.

2.1.3. Donner confiance et faire confiance

Donner confiance, c'est faire en sorte que nos actes soient toujours en accord avec notre philosophie des soins, avec le discours tenu.

C'est aussi inscrire son action dans le temps, sans précipitation, et savoir fixer des objectifs communs réalisables pour être sûr de les atteindre. Mieux vaut réaliser avec succès un petit projet qu'en abandonner un trop ambitieux.

C'est enfin établir des règles du jeu les plus explicites possibles et prévoir un système de protection qui garantisse qu'en cas de difficulté, de fragilité ou d'erreur, l'acteur puisse trouver un appui auprès de la direction.

Faire confiance, c'est confier à chaque acteur les responsabilités qui lui incombent et le valoriser dans ses prises d'initiative. Protection et Permission vont permettre de dégager la Puissance, c'est à dire la libération de l'énergie des individus et des équipes.³⁹

2.1.4. Etre pédagogue

Etre pédagogue sur le terrain, c'est ne pas hésiter à prendre le temps pour expliquer autant de fois qu'il le faut la finalité de la politique de soins mise en place.

C'est aussi remplir sa mission de contribution au développement des études en soins infirmiers et à la formation des personnels du service infirmier dans le même état d'esprit, en faisant passer le message des avantages du travail en équipe et de l'inter-professionnalité aux étudiants infirmiers et aux élèves aides-soignants.

Nous pouvons aussi profiter de notre présence au conseil technique des IFSI et des écoles d'aides-soignantes pour suggérer des actions d'inter-filiarité avec les autres écoles paramédicales les plus proches : cours théoriques communs, travaux de groupes multiprofessionnels sur la prise en charge des patients, mise en commun de bilans de stage...

Si elle est enseignée précocement, la coopération interprofessionnelle deviendra un comportement naturel.

³⁹ LENHARDT V., op cit., p. 54

2.2. Une organisation des soins qui consacre l'interdépendance professionnelle

2.2.1. Une institutionnalisation de l'esprit de l'ouverture

L'ouverture du service infirmier aux paramédicaux non infirmiers se doit d'être traduite dans les faits.

C'est pourquoi nous proposerons de négocier avec le directeur une modification à caractère interne de l'article L. 714-26 de la Loi du 31 juillet 1991 en ces termes :

«Il est créé, dans l'établissement, un service de soins dont la direction est confiée au directeur des soins, membre de l'équipe de direction.

Une commission, présidée par le directeur des soins et composée des différentes catégories de personnels du service de soins, est constituée en son sein.

Elle est consulté sur :

- 1° L'organisation générale des soins et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins ;
- 2° La recherche dans le domaine des soins et l'évaluation de ces soins ;
- 3° L'élaboration d'une politique commune de formation ;
- 4° Le projet d'établissement.»

Nous sommes conscient que cette disposition constitue une entorse à la Loi mais elle est motivée par le souci de répondre au mieux aux besoins du patient et d'améliorer la qualité de sa prise en charge.

2.2.2. Le projet de soins

Nous revenons à parler du projet de soins car il est pour nous autant un acte politique qu'un outil fondamental au service de l'opérationnalité. Il réalise ainsi un lien entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Il est en ce sens un outil d'intégration des logiques hospitalières.

Il constitue un cadre de référence pour l'élaboration des projets de services.

Il réunit donc, autour de principes éthiques et d'une approche commune de la prise en charge des usagers, des partenaires très divers. Sa capacité à faire travailler ensemble différents partenaires, à mobiliser les compétences pour innover constitue un gage de pertinence et de pérennité des actions inscrite dans le projet.

La diversité des partenaires doit être vécu comme la principale richesse du collectif.

Le concept du «prendre soin», développé en France par Walter HESBEEN,⁴⁰ nous semble être porteur d'une grande capacité à rassembler les acteurs de soins et à les conduire sur la voie de la coordination de leurs actions, voire de leur coopération. Il cautionne une perspective soignante porteuse de sens et aidante pour la personne soignée, orientée à «prendre soin» plutôt qu'à faire des soins et consacre à l'utilisateur un statut de «sujet de soin» et non plus d'objet des soins.

2.2.3. La commission du service de soins

Elle intègre donc dans sa composition des représentants des métiers paramédicaux non infirmiers en tant que membres de droit.

Nous pensons que la qualité «d'invité permanent» est insuffisante pour répondre à la volonté d'ouverture de la commission.

Le mode de désignation des paramédicaux non infirmiers sera identique à celui décrit pour le personnel infirmier, à savoir le tirage au sort parmi les volontaires.

Leur nombre sera défini au prorata de l'effectif qu'ils représentent sur l'établissement. Chaque corps de métier ayant une activité sur l'hôpital sera représenté dans la commission.

Le but de cette commission est triple :

- Créer du lien entre professionnels du soin.
- Diffuser l'information.
- Être un lieu d'expression du personnel paramédical. La commission a pour mission de donner un avis sur l'organisation générale des soins, la recherche dans le domaine des soins et l'évaluation de ces soins, l'élaboration de la politique de formation, le projet d'établissement

⁴⁰ HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital, InterEdition Masson, Paris, mars 1997.

2.3. Des outils qui symbolisent le partage et l'esprit d'ouverture

Si l'un des objectifs managériaux du directeur des soins est de garantir une bonne coordination des actions de soin, le développement de la vision systémique de l'hôpital et de l'analyse des activités par processus peuvent contribuer à faire avancer les acteurs dans cet axe de progrès.

Quatre exemples vont illustrer nos propos.

2.3.1. Le dossier patient

Le manuel d'accréditation consacre un référentiel entier au dossier du patient (DPA).

La référence 5 est ainsi libellée⁴¹ :

«Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activité.»

Ainsi, le dossier patient doit-il réunir de façon homogène et cohérente le dossier médical, le dossier de soins et le dossier administratif. Les informations qu'il contient doivent être organisées selon des standards, afin d'assurer la coordination de la prise en charge du patient d'un secteur d'activité à l'autre.

Son utilisation doit donc être pensée dans une dimension institutionnelle qui dépasse le cadre de l'unité de soins.

Ces mécanismes d'intégration suppose au préalable une formalisation des activités et une standardisation des qualifications telle que la décrit Henry MINTZBERG (cadre conceptuel page 24).

L'outil informatique nous paraît indispensable pour tendre vers cette cohérence.

Quand au dossier de soins, il est de notre point de vue le support idéal de la complémentarité à condition que chaque corps de métier se l'approprié et l'utilise comme tel.

⁴¹ ANAES, op cit., p. 47.

2.3.2. L'informatique

L'outil informatique, de plus en plus présent dans nos hôpitaux, témoigne du développement de cette prise en compte de l'organisation hospitalière en tant que système.

L'outil informatique est un support précieux à la formalisation de l'activité médicale et soignante.

La mise en réseau des ordinateurs offre la possibilité d'un échange et d'un partage d'informations entre les différents services (services de soins, services administratifs, services médico-techniques).

La performance du réseau se mesure à la qualité de ses interfaces. Or nous pouvons considérer que les interfaces du réseau correspondent justement aux relations inter-services ou interprofessionnelles que nous avons décrites comme les points faibles de l'organisation hospitalière. C'est pourquoi nous pensons l'informatisation comme un axe de progrès très fort qu'il faut développer. (dans le respect des règles de confidentialité)

La démarche d'informatisation oblige les différents acteurs hospitaliers à se rencontrer, à travailler et à débattre avant de mettre en place et d'utiliser une application. Elle participe en ce sens à la promotion de la coordination.

L'outil informatique est aussi un outil de gestion. Sa performance dans le traitement de l'information en font un instrument de classification et de mesure de l'activité incomparable.

2.3.3. Le plan de formation continue

Le plan de formation construit en partenariat avec le DRH privilégiera les actions transversales en groupe multiprofessionnel.

Une formation action sur le thème : «Le dossier de soins comme support du partage» est un exemple qui illustre bien ce type d'action là. Les formations «intra-muros» ont l'avantage de concerner plus de personnes à un moindre coût. Le retour sur investissement est souvent meilleur qu'après des formations individuelles.

Une formation des cadres au management participatif choisi est indispensable dans un souci de cohérence institutionnelle. Cette formation est multiprofessionnelle et s'adresse aux cadres soignants, administratifs et techniques.

2.3.4. Une méthode d'amélioration continue de la qualité : Le «kaisen»

Le «kaisen», mot d'origine asiatique est en fait une méthode de résolution des problèmes utilisée dans les concepts d'amélioration continue de la qualité.

Sans adhérer complètement avec ces méthodes extrêmes de management participatif, nous nous en inspirons pour lutter contre «la réunionnite».

Que de temps perdu à faire le bilan de la réunion précédente et à fixer la date de la prochaine ! Combien de groupes de travail se sont-ils dissous après nombre de réunions infructueuses ?

Le «kaisen» consiste à former un groupe multiprofessionnel de volontaires concernés au plus près par un problème de l'entreprise. Ce groupe, placé hors hiérarchie et libéré de son activité habituelle, possède une semaine pour proposer à la direction une ou plusieurs solutions pour résoudre ce problème, en sachant qu'aucun moyen supplémentaire n'est proposé : il faut faire avec les moyens disponibles. Une fois validée, la solution est rapidement exploitée pour rendre à cette technique toute son efficacité et toute la puissance de ses effets. Or nous savons qu'un problème n'est jamais mieux résolu que par les personnes qu'il concerne au plus près. La relative brièveté du délai accordé oblige à aller à l'essentiel et constitue ainsi un atout majeur.

Un problème d'acheminement des prélèvements au laboratoire pourra faire l'objet, par exemple, d'un «kaisen» réunissant peut-être un coursier, une infirmière, un laborantin, un analyste programmeur, un cadre, le médecin biologiste.

Ils consacreront une semaine à décortiquer le processus d'acheminement en repérant qui fait quoi, comment et avec quel matériel, à quel moment de la journée et selon quelle périodicité. Ils auront la possibilité de faire appel à des personnes ressources qu'ils choisiront.

Un rapporteur rencontrera en milieu de semaine un représentant de la direction afin d'éviter les éventuelles fausses routes. En fin de semaine, après validation par le directeur, une restitution, ouverte au personnel, sera faite par le groupe.

La présence des membres de l'équipe de direction est vivement souhaitable pour donner du poids à l'événement.

Les résultats seront largement diffusés par les moyens de communication habituels et les dispositions de mise en œuvre expressément exécutées.

2.4. Dépasser le projet de soin

Nous entendons contribuer au renforcement des liens entre tous les partenaires hospitaliers comme le préconise le référentiel intitulé organisation et prise en charge des patients (OPC) du manuel d'accréditation dans son critère OPC.6.e⁴² :

«Une coordination est assurée entre les professionnels chargés des prestations hôtelières et ceux assurant la prise en charge des soins.»

L'interdépendance professionnelle entre acteurs de soins, tellement souhaitable pour une véritable prise en charge globale du patient devra dans un futur proche dépasser le domaine du soin et se répandre en tache d'huile aux autres acteurs hospitaliers en impliquant tous les métiers, sans exception aucune. Car même s'il n'appartient pas à la famille des soignants, le menuisier qui répare promptement le volet de la chambre d'un patient, ne participe-t-il pas activement à la qualité de la prestation offerte et due à l'utilisateur ?

L'efficacité de son action évitera peut-être la prescription d'un somnifère et sera ainsi intimement liée au projet de soins. Nous pourrions tenir le même raisonnement pour l'ingénieur ou le responsable des services économiques qui veillent à ne retenir dans les appels d'offre que des sols à fort isolement acoustique.

Chacun, peu importe le niveau de son action et quelle que soit son activité, participe à l'œuvre collective hospitalière.

Si les soignants sont au contact direct des patients, ce qui est à la fois une richesse, une chance et une difficulté, ils ne sont cependant qu'un maillon, certes essentiel, du processus de prise en charge du patient hospitalisé. Ce n'est qu'en renforçant les liens et en admettant l'importance de la contribution de tous, médecins, directeurs, personnel soignant, social, technique, médico-technique, administratif que nous pourrions chacun, espérer connaître le sentiment du devoir accompli.

L'IG, de par son origine soignante et du fait de son orientation administrative secondaire le conduisant à faire partie intégrante de l'équipe de direction n'est-il pas l'un des acteurs le mieux placé, à condition d'être mandaté par le Directeur, pour impulser et accompagner cette entreprise fédératrice ?

⁴² ANAES, op cit., p.56.

Nous préférons cette interprétation optimiste et dynamique plutôt que la plainte récurrente et stérile du «ni-ni» de l'IG qui n'est plus reconnu du monde soignant sans appartenir encore au corps de direction.

CONCLUSION

L'hôpital est un univers qui se caractérise par sa grande complexité.

La prédominance des logiques professionnelles sur la logique institutionnelle, l'héritage d'une bureaucratie professionnelle, la diversité de pouvoirs génèrent du cloisonnement.

Pour nous, être novateur, c'est tenter de corriger les défauts du système.

L'infirmier général qui devient directeur des soins est le symbole d'une évolution d'une logique professionnelle vers une logique institutionnelle, d'une identité infirmière à une identité soignante.

Gommer le mot infirmier et parler de «projet de soins», de «commission des soins», de cadre de santé, de direction du service des soins, est de notre point de vue de nature à faciliter les approches transversales et interprofessionnelles du management.

Nous pensons que le décroisement ne repose pas sur une remise en cause structurelle de l'organisation. L'exemple récent de la résistance à la départementalisation nous le montre. La solution réside dans les hommes et la gestion des ressources humaines.

Pour nous, être manager à l'hôpital, c'est s'intéresser à trois types de problèmes : la coordination des activités, la coopération entre les acteurs hospitaliers et leur adhésion à des valeurs partagées.

La coordination peut être accélérée par le processus d'informatisation qui contribue à formaliser les activités, à les intégrer en réseau. L'informatisation oblige les acteurs à s'interroger sur l'efficacité des interfaces, quelles soient interprofessionnelles ou inter-services.

La coopération implique le respect, l'écoute, la connaissance et la reconnaissance de l'autre. Sa croissance passe nécessairement par une prise de conscience d'objectifs communs.

Or, quel que soit le métier que nous exerçons à l'hôpital, l'élément qui nous réunit tous, c'est le patient, l'objectif commun étant la qualité de sa prise en charge.

C'est donc en plaçant l'utilisateur au centre du dispositif de soins comme élément de cohésion des équipes que nous pourrions répondre au mieux, tous ensemble, à ses besoins et à sa demande de soins.

Nous comptons donner du sens à notre mission de direction en privilégiant les valeurs collectives tout en permettant aux qualités individuelles de chacun de s'exprimer et en

respectant la diversité tout en cheminant vers l'unité par le développement des complémentarités et de la coopération.

L'amélioration de la performance de l'hôpital réside dans la capacité d'action collective de tous ses acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, PUF, novembre 1993.

CROZIER M. et FRIEDBERG E., L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, Collection Points, 1977.

FREIDSON Eliot, La profession médicale, Paris, Editions Payot, mai 1984.

GONNET Françoise, L'hôpital en question(s), Editions Lamarre, Paris, novembre 1992.

HESBEEN Walter, Prendre soin à l'hôpital, InterEdition Masson, Paris, mars 1997.

HONORE B., SAMSON G. et SCHMITT B., La démarche de projet dans les établissements de santé, «La responsabilité des médecins dans la construction de l'hôpital de demain», Editions Privat, Paris, septembre 1994.

MAGNON René et DECHANOZ Geneviève, Dictionnaire des soins infirmiers, Edition AMIEC, mai 1995.

MARTIN B., LENHARDT V. et JARROSON B., Oser la confiance, «Une histoire porteuse de sens», INSEP Editions, Paris, 1996.

MERLE Pierre et SCHWEYER François-Xavier, La compétence en question, «L'infirmière qui devient directeur», Presses universitaires de Rennes, septembre 1993.

MINTZBERG Henri, Structure et dynamique des organisations, Les Editions d'organisation, Paris, 1982.

ROLLAND Gabrielle et SERIEYX Hervé, Colère à deux voix, «Halte à la reproduction des pouvoirs», InterEdition, Paris, 1995.

ARTICLES :

ARBORIO Anne-Marie, «Quand le «sale boulot» fait le métier», sciences sociales et santé, septembre 1995, vol. 13 n°3.

BODART Jean-Pierre, «La direction des soins», directeur d'hôpital, octobre 1997, n°53.

CREMADEZ Michel, «Les clefs de l'évolution du monde hospitalier», Les cahiers de gestions hospitalières, n°266, mai 1987.

FERONI Isabelle, «La profession d'infirmière en France», sciences sociales et santé, septembre 1995, vol. 13 n° 3.

MINTZBERG Henry, «Nous vivons dans le culte du management», Sciences humaines, hors série n°20, mars/avril 1998.

PAICHELER Geneviève, «Les professions de soins : territoires et empiétements», sciences sociales et santé, septembre 1995, vol. 13 n°3.

SAUBAGNE Francine et WATWAT Jean-Michel, «Un dossier unique, résultat d'une démarche qualité en long séjour», Gestions Hospitalières, mars 1999.

RAPPORTS :

ESPER Claudine, Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public, février 1994.

TAVERNIER Nicole et coll., «La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics», 1994.

MEMOIRES :

HENRY Josiane, «Plus value de la transversalité dans le management des soins à l'hôpital», mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux, 1998.

PAOLI Bernard, «Vers un infirmier général fédérateur des professionnels de soins non médicaux. Est-ce une solution envisageable ? », mémoire de fin d'études, formation des infirmiers généraux, 1996.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES :

LOI DU 8 JANVIER 1946, RELATIVE A LA CREATION DU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIERE.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Décret du 11 avril 1975, portant création du grade des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Décret du 12 mai 1981, relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret n°92-264 du 23 mars 1992, relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

Décret du 16 février 1993, relatif aux règles professionnelles.

Décret n°93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Décret du 18 octobre 1994, modifiant le décret du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Décret n°95-926 du 18 août 1995, portant création d'un diplôme de cadre de santé

Arrêté du 26 octobre 1994, relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Arrêté du 14 octobre 1996, fixant les modalités du concours national sur épreuves pour l'accès au grade d'IG2 de la fonction publique.

Circulaire du 31 juillet 1975, relative à l'application du décret du 11 avril 1975.

Circulaire du 2 octobre 1990, relative à l'application du décret du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

COURS :

SCHWEYER François Xavier, «le changement à l'hôpital», en référence à SAINSAULIEU, Cours ENSP, mars 1999.

AUTRES :

ANAES, manuel d'accréditation des établissements de santé, février 1999.

ANIG, courrier de l'Association Nationale des Infirmiers Généraux, avril 1999.