

Ecole Nationale de la Santé Publique

FILIERE DES INFIRMIERS GENERAUX
Promotion 1999

**LE PROJET DE SOINS INFIRMIERS :
UN APPRENTISSAGE EXPERIENTIEL**
Un acquis du service de soins infirmiers et de
l'infirmier général pour s'impliquer dans une
dynamique de changement.

Dominique COUSIN

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1- LA PROBLEMATIQUE

p 3

1.1 Le contexte

p 3

1.2 L'intérêt professionnel

p 4

1.3 La question de départ

p 6

1.4 Réponses possibles

p 6

1.4.1 Les attentes des acteurs

p 6

1.4.2 La cohésion

p 6

1.4.3 Le temps/appropriation

p 6

1.4.4 La vision de l'avenir

p 7

1.4.5 Les enjeux de l'Ordonnance du 24 avril 1996

p 7

1.5 La problématique

p 7

1.6 Les intérêts de la démarche projet

p 8

1.6.1 La dynamique de changement

p 8

1.6.2 La transversalité

p 8

1.6.3 Les acquisitions de savoirs

p 8

1.6.4 La méthodologie

p 9

1.6.5 Hypothèse 1

p 9

1.7 Les enjeux liés à l'Ordonnance du 24/04/96

p 10

1.7.1 Le contexte environnemental

p 10

1.7.2 L'impact des restructurations

p 10

1.7.3 Les incertitudes

p 11

1.7.4 La réalité des enjeux

p 12

1.7.5 Le projet de soins infirmiers en 1991

p 12

1.7.6 Les établissements pivots

p 12

1.7.7 Les établissements de proximité

p 12

1.7.8 Hypothèse 2

p 13

1.8 La méthodologie de recherche

p 13

1.8.1 Le choix des établissements pivots

p 14

1.8.2 Le choix des établissements de proximité

p 14

1.8.3 Les entretiens

p 14

2. LE CADRE CONCEPTUEL ET REGLEMENTAIRE

p 16

2.1 LE CADRE CONCEPTUEL

p 17

2.1.1 l'expérience et l'apprentissage : les liens

p 17

2.1.1.1 L'expérience

p 17

2.1.1.2 L'apprentissage

p 19

2.1.1.3 L'apprentissage expérientiel

p 21

2.1.2 Le projet

p 24

2.1.2.1 L'étymologie

p 25

2.1.2.2 La définition

p 25

2.1.2.3 Le concept de projet

p 26

2.1.3 Le Service de Soins Infirmiers

p 26

2.1.3.1 Le Service de Soins infirmiers

p 26

2.1.3.2 Le Directeur du Service de Soins Infirmiers

p 27

2.1.3.3 Le Projet de Soins Infirmiers

p 28

2.1.3.4 La notion d'équipe

p 29

2.1.4 Le management par projet

p 29

2.1.4.1 La définition

p 29

2.1.4.2 La typologie des modes de management

p 32

☐ *2.1.4.2.1 Management participatif*

p 32

☐ *2.1.4.2.2 Management fédérateur*

p 32

2.1.4.3 Le manager et le leader dans le changement

p 33

2.1.5 Le changement

p 33

2.1.5.1 Le changement à l'hôpital

p 34

2.1.5.2 Les obstacles aux changements

p 36

2.2 LE CADRE REGLEMENTAIRE

p 37

2.2.1 L'évolution de l'environnement depuis 1991

p 37

2.2.1.1 La Loi du 31 juillet 1991

p 37

2.2.1.2 L'ordonnance du 24 avril 1996

p 38

2.2.1.3 Les changements fondamentaux

p 39

3. L'ENQUETE

p 41

3.1 Les lieux d'investigation

p 42

3.1.1 Les établissements pivots

p 43

3.1.2 Les établissements de proximité

p 43

3.2 Les personnes concernées par l'enquête

p 43

3.3 Les entretiens

p 44

<u>3.3.1 Méthodologie d'entretien</u>	p 44
<u>3.3.2 Questions posées et déroulement des entretiens</u>	p 45
<u>3.4 Les limites de notre recherche</u>	p 45
<u>3.5 L'analyse de l'enquête</u>	p 46
<u>3.5.1 L'analyse des entretiens concernant la période 1991-1996</u>	p 46
☐ 3.5.1.1 L'analyse commune	p 46
➤ <i>3.5.1.1a Une nouvelle expérience</i>	p 46
➤ <i>3.5.1.1b Les difficultés de mise en œuvre</i>	p 47
➤ <i>3.5.1.1c La recherche d'une vision d'avenir</i>	p 47
➤ <i>3.5.1.1d Donner du sens au travail</i>	p 48
➤ <i>3.5.1.1e Les prémisses d'une démarche participative</i>	p 48
➤ <i>3.5.1.1f Le travail en groupe en interdisciplinarité</i>	p 48
➤ <i>3.5.1.1g Reconnaissance du service de soins infirmiers</i>	p 49
☐ 3.5.1.2 L'analyse des points spécifiques des cadres infirmiers	p 50
➤ <i>3.5.1.2a Le travail en groupe</i>	p 50
➤ <i>3.5.1.2b L'implication dans les décisions</i>	p 50
➤ <i>3.5.1.2c Une autre vision du directeur du service de soins infirmiers</i>	p 51
➤ <i>3.5.1.2d D'une culture orale à une culture écrite</i>	p 52
☐ 3.5.1.3 L'analyse des points spécifiques des directeurs des services de soins infirmiers	p 53
➤ <i>3.5.1.3a Une responsabilité accrue</i>	p 53
➤ <i>3.5.1.3b Un nouveau style de management</i>	p 53
➤ <i>3.5.1.3c Le changement</i>	p 54
☐ 3.5.1.4 L'analyse globale au regard de l'hypothèse n°1	p 56
<u>3.5.2 L'analyse des entretiens sur l'influence des changements environnementaux depuis l'Ordonnance du 24 avril 1996</u>	p 57
☐ 3.5.2.1 Le projet de soins infirmiers dans les établissements pivots	p 57
➤ <i>3.5.2.1a Une démarche plus institutionnelle</i>	p 57
➤ <i>3.5.2.1b Une difficulté : la vision sectorielle</i>	p 58
➤ <i>3.5.2.1c Pas de peur pour l'avenir des activités</i>	p 59
➤ <i>3.5.2.1d Le manque de moyens</i>	p 60
➤ <i>3.5.2.1e De l'accréditation</i>	p 61
☐ 3.5.2.2 Le projet de soins infirmiers dans les établissements de proximité	p 63
➤ <i>3.5.2.2a Pas de démarche institutionnelle</i>	p 63
➤ <i>3.5.2.2b De nombreuses incertitudes</i>	p 63
➤ <i>3.5.2.2c Les peurs individuelles</i>	p 64
➤ <i>3.5.2.2d Le sentiment de doute</i>	p 64

- 3.5.2.2e *La peur de l'environnement* p 65
- 3.5.2.2f *L'accréditation* p 65

3.5.2.3 L'analyse globale au regard de l'hypothèse n°2 p 68

4. LE PLAN D'ACTION p 72

4.1 Les préalables nécessaires à l'initialisation du projet de soins p 73

4.1.1 Etre en phase avec les missions spécifiques de la fonction d'Infirmier Général p 73

4.1.2 L'infirmier général et la mise en place d'un mode de management et de la stratégie de réalisation p 74

- ☐ 4.1.2.1 L'infirmier général et la mise en place d'un mode de management p 74
- ☐ 4.1.1.2 La stratégie de réalisation p 75
- ☐ 4.1.2.3 Le DSSI, l'équipe de direction et les Instances Consultatives p 76

4.2 L'analyse de l'existant p 78

4.2.1 Définir une conception de soins p 79

4.2.2 Le groupe projet p 79

4.2.3 La construction du projet de soins p 80

4.3 L'implication de l'encadrement soignant p 81

4.3.1 La stratégie d'accompagnement des cadres p 82

- ☐ 4.3.1.1 Les cadres infirmiers supérieurs (CIS) p 83
- ☐ 4.3.1.2 L'accompagnement des cadres par un formateur extérieur p 84

4.4 L'infirmier général et la politique de formation continue p 84

4.5 L'évaluation du projet de soins de 2^{ème} génération p 85

CONCLUSION p 87

BIBLIOGRAPHIE p 90

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La Loi du 31 juillet 1991 n° 91-748 a prescrit pour les établissements de santé, l'obligation de réaliser un projet d'établissement. Cette obligation est le fait d'une lente évolution dont l'objectif tendait à instaurer le projet d'entreprise comme une réponse possible à la crise des années 1980. Son apparition au sein des hôpitaux visait à mobiliser les personnels hospitaliers et à développer de nouveaux styles de management pour faciliter le changement et l'adaptation du système sanitaire français aux réalités.

Pour les hôpitaux et leur direction ceci était une nouveauté. On devait être capable de définir les grands axes stratégiques de l'établissement pour cinq ans. Tous les acteurs étaient concernés par cette évolution. Le Service de Soins Infirmiers (SSI) et son responsable, le Directeur du Service de Soins Infirmiers (DSSI) ont dû élaborer, écrire et mettre en œuvre un Projet de Soins Infirmiers (PSI).

Cette réalisation du PSI, selon les établissements, s'est déroulée de manière très différente. Que subsiste-t-il aujourd'hui de cette démarche ?

Une enquête réalisée par l'ENSP¹ en 1997, avec une réponse globale de 224 hôpitaux publics, a montré que le PSI existait dans 89,7% de ces établissements.

L'Ordonnance du 24 avril 1996 a renouvelé l'obligation de produire un projet d'établissement et de contractualiser les objectifs de ce projet.

Aujourd'hui, dans les hôpitaux, cette démarche projet est un moyen de faire adhérer les acteurs aux objectifs d'évolution de l'établissement mais aussi d'implication des acteurs dans cette évolution. L'environnement économique, social et culturel s'est modifié entre les publications de la Loi du 31/07/1991 et de l'Ordonnance du 24/04/1996.

¹ ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

L'Ordonnance demande aux établissements de santé de prendre en compte la réalité environnementale, au regard des données sociologiques, épidémiologiques et démographiques, afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population.

Comment les acteurs hospitaliers ont-ils intégré cette nouvelle approche managériale et de gestion de l'hôpital par projet ? De nouvelles capacités, des changements comportementaux individuels et collectifs ont-ils été développés par ce nouveau mode d'organisation et de management ?.

C'est une approche de ce questionnement que nous nous proposons d'explorer dans ce mémoire.

1 - PREMIERE PARTIE

LA PROBLEMATIQUE

1. LA PROBLEMATIQUE

1.1 Le contexte

Aujourd'hui, tous les établissements de santé s'impliquent dans l'élaboration d'un projet d'établissement de 2ème génération, visant à mieux répondre aux besoins de la population, en matière sanitaire.

Selon les établissements, cette dynamique est, soit en voie d'achèvement, soit en cours d'élaboration.

En réponse à la Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, qui a institué le projet d'établissement comme déterminant de la stratégie de l'hôpital, les établissements de santé ont élaboré et réalisé des projets d'établissement de 1ère génération.

Ce nouveau mode de management par projet a suscité au sein des hôpitaux de nombreuses difficultés, notamment au regard des projets d'établissement qui n'ont pas été validés par la tutelle de l'époque (DRASS²). Le motif de refus était souvent le fait que le projet d'établissement était une juxtaposition de projets de services dont l'amalgame était présenté comme un projet d'établissement. Georges NIZARD, souligne que «dans nombre d'hôpitaux le Projet Médical d'Etablissement juxtapose bien souvent les projets de service au lieu de hiérarchiser les priorités. Chaque chef de service se définit par une suzeraineté géographique. Il s'interdit de s'immiscer dans le domaine de son voisin et s'attend (de sa part) à une attitude identique³ ».

L'Ordonnance du 24/04/96, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a réaffirmé, pour les établissements de santé, l'obligation d'élaborer et de valider un projet d'établissement.

² DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

³ Rapporté par G. ARBUZ et D. DEBROSSE « Réussir le changement à l'hôpital » InterEditions Paris 1996 p78 (NIZARD G. « L'hôpital en turbulence », 1994, Toulouse, Privat.p45).

Article 714-11 du code de la Santé Publique :

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information .

Ce projet qui doit être compatible avec les objectifs du Schéma d'Organisation Sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, en personnel et en équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ».

Ce projet doit être validé auprès de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Cette nouvelle structure de tutelle, induite par l'ordonnance du 24 avril 1996 est créée au sein de chaque région.

1.2 L'intérêt professionnel

La Loi du 31 juillet 1991 reconnaît l'existence du Service de Soins Infirmiers (SSI) et son rôle dans l'élaboration du projet de soins infirmiers dans le cadre du projet d'établissement.

L'infirmier général est responsable du SSI et, de ce fait, assure la responsabilité de l'élaboration et de la réalisation du projet du Service de Soins Infirmiers (PSSI).

Le projet de soins infirmiers est défini comme :

- ❖ «une des composantes du Projet d'établissement. Il est un ensemble d'orientations et d'objectifs de soins définis par le service de soins infirmiers au regard des options médicales et de la politique de l'établissement.

Ce projet implique des stratégies, prévoit des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de soins des patients et s'inscrit dans la politique de l'institution ».

En 1992, notre expérience professionnelle nous a montré la difficulté d'engager les équipes dans une démarche projet. Ce nouveau mode de management demande une grande implication des acteurs au regard des objectifs à atteindre. L'élaboration et la mise en œuvre du PSI, à cette époque, se trouvaient confrontées à deux difficultés :

- la première est que les établissements n'avaient pas intégré les réalités de leur environnement et les besoins spécifiques de leurs secteurs d'attractivité.
- La seconde est que ce mode de management par projet était une nouveauté pour beaucoup d'établissements et pour leur direction.

Néanmoins, il est à constater que les DSSI et le service de soins infirmiers ont élaboré, conçu et réalisé des projets de soins infirmiers. Ces projets, malgré leurs imperfections parfois, tels que le manque de transversalité, le manque d'un véritable management participatif, la difficulté de mise en œuvre du projet, sont des expériences qui, aujourd'hui, prennent tout leur sens dans la dynamique de changement au regard du projet de soins infirmiers de 2^{ème} génération.

1.3 La question de départ

A partir de ce constat, la question suivante peut être posée :

« Comment à partir de l'expérience acquise, par les DSSI, avec l'élaboration et la réalisation du PSI de 1ère génération, le DSSI peut mobiliser les acteurs sur un nouveau PSI de 2ème génération ? »

1.4 Les réponses possibles

A cette question nous pouvons émettre des réponses possibles :

1.4.1 Les attentes des acteurs

- ❖ Le fait d'avoir engagé le SSI dans un management par projet a suscité chez les acteurs des attentes qui ont donné du sens à leur travail. Même si ces attentes n'ont pas été complètement réalisées, elles ont néanmoins permis de valoriser et de motiver les acteurs du SSI.

1.4.2 La cohésion

- ❖ La démarche participative générée par ce management a induit une cohésion, plus ou moins forte du SSI, même parfois au-delà du SSI, en associant des partenaires de soins, dans une vision commune et prospective de leur avenir. Certains projets, en interne, s'appelaient « Projets de Soins ». La spécificité infirmière n'était pas spécifiée, montrant ainsi l'ouverture de ce projet à l'ensemble des personnels paramédicaux.

1.4.3 Le temps/appropriation

- ❖ Que le temps écoulé entre le premier projet et l'élaboration du projet de 2ème génération a permis aux acteurs de s'approprier cette démarche de changement.

1.4.4 La vision de l'avenir

- ❖ Dans un environnement instable, sujet à des restructurations sanitaires, à un consumérisme de plus en plus important, à une recherche de qualité et de sécurité, une vision de l'avenir à court, moyen et long terme, permet aux acteurs de baliser le «chemin».

1.4.5 Les enjeux de l'Ordonnance du 24 avril 1996

- ❖ La réaffirmation, par l'Ordonnance de 1996, de l'obligation de valider un projet d'établissement, de s'engager dans une procédure d'accréditation et de s'inscrire dans des contrats d'objectifs et de moyens, sont de nouveaux enjeux pour les établissements et le service infirmier.

1.5 La problématique

A partir de cette question de départ et des différentes voies d'explications, il nous est possible de formuler l'objet de notre recherche :

Le PSI de 2^{ème} génération est le résultat d'un processus d'apprentissage pour le DSSI et le SSI.

1.6 Les intérêts de la démarche projet

Nous avons constaté les effets de la mise en œuvre d'une démarche projet notamment par :

1.6.1 La dynamique de changement

- ❖ En 1991, l'élaboration et la réalisation du PSI ont nécessité pour les acteurs du SSI de s'interroger sur le sens de leur travail et de leurs pratiques. Le DSSI, responsable du PSI, a dû mobiliser les acteurs en interne, sur cette notion de projet spécifique du SSI. Cette expérimentation de l'élaboration et de la réalisation du PSI a induit pour le DSSI et le SSI, peu ou prou, de réfléchir ensemble et de travailler différemment. Une certaine dynamique de changement s'est concrétisée dans les établissements de santé à partir de cette période.

1.6.2 La transversalité

- ❖ La relation hiérarchique entre le DSSI et les acteurs du SSI s'est modifiée.

Cette relation ne se conçoit plus comme seulement hiérarchique, mais nécessite une réflexion sur une relation plus transversale au sein de l'établissement. Chaque acteur, dans la démarche impulsée par le PSI, a apporté, en fonction de ses compétences, des connaissances spécifiques pour son élaboration et sa réalisation.

1.6.3 Les acquisitions de savoirs

- ❖ Aujourd'hui, de cette expérimentation réalisée au cours du PSI de 1ère génération, le DSSI et le SSI, ont acquis des savoirs qui leur permettent

d'être plus opérationnels pour la réalisation du PSI de 2ème génération. Les savoirs acquis, dans la première moitié des années 1990 et leur mobilisation pour le PSI de 2eme génération se sont enrichis et ont évolué avec le temps écoulé entre ces deux projets.

1.6.4 La méthodologie

- ❖ De plus, ce temps écoulé entre ces deux projets, a permis au DSSI d'affiner et de structurer sa méthodologie au regard de la dynamique de changement générée par le PSI. En effet, en 1991 cette dynamique de changement par projet était un mode de management nouveau pour la plupart des établissements de santé et leurs dirigeants. Les DSSI ont été confrontés à cette situation de découverte.

Selon les établissements, des aides méthodologiques externes ont été apportées par des organismes de formation ou des cabinets d'audit, d'autres se sont appuyés sur leurs ressources internes pour fédérer les acteurs dans cette dynamique de changement.

Ces différentes approches, visant à donner une méthodologie pour réaliser le management par projet au sein des établissements de santé permettent en fonction des acquis et des difficultés rencontrées ou pas, aux acteurs, d'appréhender différemment cette dynamique de changement.

Ceci nous permet de formuler cette première hypothèse.

1.6.5 Hypothèse 1

L'expérimentation, le temps écoulé entre les deux projets de soins infirmiers et l'évolution de la méthodologie de la dynamique de changement initié par le PSI de 1ère génération sont des éléments importants dans l'élaboration et la réalisation du PSI de 2ème génération.

1.7 Les enjeux liés à l'Ordonnance du 24/04/96

1.7.1 Le contexte environnemental

- ❖ Les enjeux déclinés par l'Ordonnance du 24 avril 1996, notamment par le renforcement de la notion des droits des malades et de la qualité de la prise en charge de ces derniers, devront être validés par une procédure d'accréditation. Les contrats d'objectifs et de moyens sont des éléments prépondérants pour accentuer les changements institutionnels. Les enjeux fixés sont des réalités institutionnelles, dans un contexte environnemental instable, ils obligent les établissements de santé à s'inscrire dans une dynamique de changement. Cependant, aujourd'hui le contexte environnemental s'est profondément modifié pour les établissements de santé. Selon la structure de l'établissement et son positionnement au sein de son secteur sanitaire, des restructurations importantes sont envisagées par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

Les exemples se sont multipliés pendant ces deux dernières années concernant des décisions de fermeture ou d'arrêt d'une activité à envisager au sein d'établissements. Celles-ci sont motivées par des insuffisances en matière de qualité, de sécurité ou de sous-activité.

1.7.2 L'impact des restructurations

- ❖ Ces décisions de restructuration envisagées ont un impact très fort pour les acteurs des établissements concernés. Nombre d'établissements de proximité sont concernés par ces restructurations, notamment ceux ayant des secteurs de maternité et de chirurgie. Telle « une épée de Damoclès » ces évolutions possibles du paysage sanitaire d'un secteur, suite aux décisions de l'Agence

Régionale d'Hospitalisation, mobilisent les énergies des acteurs des établissements de santé. L'incertitude de la pérennité des activités et les conséquences d'une restructuration qui en découleraient (perte d'emploi, redéploiement des personnels qualifiés au sein des secteurs, modes différents de prise en charge des usagers....) sont des sources d'inquiétude pour les personnels hospitaliers.

1.7.3 Les incertitudes

- ❖ Ces incertitudes ont souvent pour effet de potentialiser l'attention des acteurs sur le court terme et ainsi de freiner une « vision » à long terme de l'établissement. L'avenir paraissant incertain et ne dépendant pas directement de la volonté des acteurs de l'établissement, n'inclinent pas ceux-ci à se mobiliser dans une dynamique de changement par projets.

Pour exemple, nous connaissons la difficulté liée à l'absence ou au nombre restreint de médecins spécialisés au sein de ces établissements, compromettant la poursuite des activités au regard de la sécurité sanitaire.

L'implication de la direction et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement sera de recruter le ou les médecins spécialistes de l'activité. Le Service Infirmier n'échappe pas à cette logique. Ses acteurs se mobilisent aussi pour défendre leur établissement, au regard de décisions qui leur apparaissent «injustes».

1.7.4 La réalité des enjeux

- ❖ En 1991, cette difficulté existait aussi, mais était moins affirmée qu'aujourd'hui. Les Tutelles de l'époque sensibilisaient les établissements aux enjeux d'une probable restructuration. L'Ordonnance du 24 avril 1996 et la création des Agences Régionales d'Hospitalisation ont intensifié ces choix. D'une perception éventuelle, nous sommes passés à une réalité. Les restructurations sont envisagées comme des obligations devant se réaliser.

1.7.5 Le Projet de Soins Infirmiers en 1991

- ❖ Les établissements, en 1991, ont développé leur projet d'établissement sans intégrer cette éventualité et donc en ne remettant pas en cause leurs activités. A partir de cela, le service infirmier a pu se mobiliser pour élaborer et réaliser son projet de soins infirmiers, s'inscrivant ainsi dans une dynamique de changement en interne mais sans les contraintes liées au contexte environnemental.

1.7.6 Les établissements pivots

- ❖ Dans les hôpitaux pivots, les activités ne sont pas remises en cause, sauf à les voir se développer pour mieux répondre aux besoins sanitaires du secteur qu'ils desservent. Ce développement induit des difficultés mais ne génère pas, pour les acteurs, d'incertitudes ou de menaces sur leur avenir. Le service infirmier se mobilise pour concrétiser son PSI dans le cadre du projet d'établissement.

1.7.7 Les établissements de proximité

- ❖ Pour les hôpitaux de proximité, les enjeux peuvent apparaître plus difficiles pour les acteurs. Souvent des activités sont ou remises en cause ou dans

l'obligation de s'arrêter à brève échéance. Ces incertitudes, liées au contexte environnemental, soit pour des causes internes ou soit par des décisions externes, influent fortement sur la dynamique de changement. Le projet d'établissement et le projet médical, dans ce contexte, s'élaborent avec difficulté ou n'existent pas, tant les incertitudes sont fortes. L'environnement est vécu comme agressif et notamment les décideurs institutionnels que sont les ARH. Le DSSI et les acteurs du SSI sont confrontés à cette réalité et leur implication dans une dynamique de changement par projet est parfois difficile.

Ceci nous permet de formuler notre deuxième hypothèse

1.7.8 Hypothèse 2

« Le contexte environnemental et la connaissance des enjeux définis par l'Ordonnance du 24 avril 1996 ont une influence sur l'appropriation par le SSI des processus d'apprentissage et la dynamique de changement initiés par le PSI de 1^{ère} génération et leur mobilisation dans le cadre du PSI de 2^{ème} génération».

1.8 La méthodologie de recherche

L'ensemble de la recherche visera à répondre à cette problématique et à confirmer ou infirmer ces hypothèses. Pour cela nous utiliserons la méthodologie des entretiens.

Les entretiens seront réalisés dans deux établissements pivots et deux établissements de proximité. Deux établissements pivots qui ont commencé ou terminé l'élaboration du PSI de 2^{ème} génération.

Deux établissements de proximité qui sont concernés par les restructurations et dont le PSI n'est pas finalisé ou commencé.

1.8.1 Le choix des établissements pivots

- ❖ Ce choix est motivé par le fait que ces établissements sont obligés de tenir compte de leur environnement pour élaborer le Projet d'Etablissement mais ne sont pas, comme les hôpitaux de proximité, soumis à des contraintes de restructuration impliquant la fermeture de services de soins. Ils sont dans une logique d'adaptation de l'établissement aux besoins sanitaires du secteur.

1.8.2 Le choix des hôpitaux de proximité

- ❖ Le contexte environnemental a une influence forte sur ces établissements. Des incertitudes sont importantes concernant la poursuite des activités. Les fermetures ou le changement d'activité influent sur la dynamique de changement au sein de ces établissements et interfèrent sur la motivation et la participation des acteurs.

1.8.3 Les entretiens

- ❖ Ces entretiens semi-directifs, s'adresseront aux DSSI des établissements, aux cadres impliqués dans la démarche projet.

Présenter le projet de soins infirmiers comme un processus d'apprentissage par l'expérience nécessite de définir les concepts que sont:

- expérience
- apprentissage
- apprentissage expérientiel

mais aussi de développer les concepts liés :

- au projet
- au management par projet
- à la dynamique de changement

et pour évaluer l'impact de l'environnement sur cette dynamique, de s'intéresser aux modifications de celui-ci depuis 1991.

2 – DEUXIEME PARTIE

LE CADRE CONCEPTUEL et

REGLEMENTAIRE

2.1 LE CADRE CONCEPTUEL

2.1.1 L'expérience et l'apprentissage : les liens

Dans ce chapitre, nous définirons les concepts liés à l'expérience et à l'apprentissage.

2.1.1.1 L'expérience

Le terme expérience est à la fois évocateur et vaste. Le philosophe Hans Georg GADAMER le désigne «comme un des concepts les moins élucidés que nous possédions⁴ ».

Le Petit Larousse en donne cette définition : « Expérience : épreuve, essai effectués pour étudier un phénomène ». Cette définition se réfère à une approche scientifique de ce concept. Ce qui peut paraître très réducteur.

Certains auteurs ont élargi ce concept, en particulier, Peter BERGER qui définit l'expérience comme :

«La façon dont l'homme s'est éprouvé lui-même et la façon dont il a éprouvé la réalité⁵ ». Cette approche nous permet d'élargir ce concept où elle situe l'homme comme élément fondamental de l'expérience. La référence induite est d'abord de vivre un événement, d'y éprouver des émotions, d'être en interaction avec celui-ci.

A ce niveau, on parle alors de l'expérience comme «vécu » sur notre compréhension du monde.

Ceci fait appel à une vision de l'expérience comme confrontation à une réalité nouvelle pour l'individu, à une rupture du cours habituel des choses. Face

⁴ Hans Georg GADMER in « Vérités et méthodes » Paris, Edition SEUIL, 1976, p191

à cette nouvelle situation engendrée par la réalité, l'individu réagit, au sens de «faire l'expérience de ».

Nicole ROELENS dit d'ailleurs «faire l'expérience de : c'est être confronté à la nécessité de trouver une place dans une situation, sans en avoir de représentations éprouvées comme adéquates, pour ajuster ses interactions avec les personnes et les objets qu'on a détecté comme significatifs du point de vue de la place recherchée⁶».

A ce stade de définition, on ne peut réduire l'expérience à une dynamique personnelle mais à un ensemble d'interactions entre les individus dans un contexte donné. L'expérience apparaît donc, autant comme une perception de la réalité, que comme une élaboration de la réalité future et de nouveaux savoirs.

D'ailleurs, Bernard HONORE établit une distinction entre connaissance et expérience qui le conduit à affirmer que si «l'expérience n'est pas le savoir , elle caractérise la relation du sujet au savoir. La réflexion sur l'expérience est productrice de repères⁷ ».

Elle apparaît donc comme porteuse de sens et d'avenir aussi bien que de sensations.

L'expérience est donc liée au vécu, à son interprétation et aux impressions qu'elle suscite chez l'individu mais aussi collectivement.

⁵ Peter BERGER in « La rumeur de Dieu » Paris, Centurion, 1972, p131.

⁶ Nicole ROELENS, psychologue du travail à l'AFPA, in Education Permanente N°100/101.

⁷ Bernard HONORE « Pour une théorie de la formation » Editions PAYOT, Paris, 1977, rapporté par Pierre DOMINICE in revue Education Permanente 100/101. p60.

2.1.1.2 L'apprentissage

Le Petit Larousse donne cette définition :

« ensemble de méthodes permettant d'établir chez les êtres vivants des connexions entre certains stimuli et certaines réponses »

Cette définition très large s'applique de manière générale à l'ensemble des phénomènes d'apprentissage.

Le Dictionnaire de psychologie formule l'apprentissage comme « changement dans le comportement d'un organisme résultant d'une interaction avec le milieu et se traduisant par un accroissement de son répertoire..... »

L'apprentissage est donc, du fait de son interaction avec le milieu, une activité permanente de développement personnel qui mobilise l'individu tout au long de sa vie.

Cependant la notion d'apprentissage a souvent été en lien avec la recherche pédagogique et de nombreux courants de pensées se sont intéressés à ce concept notamment aux travers de trois grandes conceptions(cf annexe1) :

- Facteurs d'apprentissage externes à l'individu (béhaviorisme, sociologie de l'éducation).
- Interactions entre facteurs d'apprentissage internes et externes (épistémologie génétique, enseignement social, interaction maître-élève).
- Facteurs d'apprentissage internes à l'individu (pédagogie de l'autonomie, innéisme).

Dans cette étude nous allons sérier notre propos sur l'apprentissage dans le cadre du changement. Ce changement s'inscrit dans le concept de projet et de la vision de l'avenir que nous aborderons dans une partie de cette étude.

Pour définir cette approche nous nous appuierons sur les travaux de Grégory BATESON⁸, chercheur de l'école de Palo Alto. Celui-ci s'est intéressé au changement mais aussi a développé une théorie à quatre niveaux (0,1,2,3) sur les processus d'apprentissage.

Le niveau 0 : ce niveau correspond à l'arc réflexe. (instinctif).

Le niveau 1 : Il correspond aux méthodes de conditionnement(chien de Pavlov).

Le niveau 2 : à ce niveau, le sujet apprend à apprendre. Il est capable de transposer ce qu'il a appris. Il n'y a plus une réponse systématique à un stimulus, mais transfert du même apprentissage à d'autres contextes.

Le niveau 3 : l'apprentissage de niveau 3 est un indicateur de performance qui vise une transformation des mentalités et des comportements. Selon Bateson, l'individu a besoin d'accéder au niveau 3 d'apprentissage lorsque des contradictions, des inadéquations, des souffrances et des blocages ont été engendrés par des apprentissages de niveau 2. Ainsi lorsque les apprentissages de niveau 2 deviennent inopérants pour l'individu, sources d'enfermements, d'échecs et d'insatisfactions, celui-ci a besoin d'apprendre à changer ses habitudes acquises par l'apprentissage 2, c'est-à-dire réorienter ses comportements dans des contextes plus appropriés⁹.

⁸ Françoise KOURILSKY « du désir au plaisir de changer » Edit. InterEditions, Paris 1995. p173.

⁹ Françoise KOURILSKY Opus cité p 174

A partir de cette théorie, nous pouvons essayer de tisser les liens entre apprentissages et expériences au regard d'une dynamique de changement impulsé par la démarche projet au sein d'un établissement.

2.1.1.3 L'apprentissage expérientiel

Selon Bernadette COURTOIS «apprendre par l'expérience est au premier abord une affirmation de bon sens et assez incontestable. Essayer par contre de cerner la problématique de cette proposition constitue une sorte de défi, pour un concept en émergence en Europe¹⁰». Il apparaît donc important de définir ce concept.

« Formation expérientielle ou apprentissage expérientiel » est d'origine récente selon Francine LANDRY (conseillère en recherche, au Fonds pour l'implantation de la reconnaissance des acquis au collégial FIRAC, à Montréal). Les américains ont les premiers accouplé les deux termes dans « l'experiential learning » au cours des années trente.

Le terme «apprentissage expérientiel ou formation expérientielle » est d'apparition récente dans la langue française (1980).

En France, on rattache la notion d'expérience à celle de la pratique.

On définit la pratique «comme un système complexe d'interactions d'agents situés dans un environnement qui à la fois influence leur action, lui donne signification et en est affecté¹¹».

De ce fait et de cette définition, la formation expérientielle ou apprentissage expérientiel implique plus la notion de pratique que d'expérience. Ceci est dû au fait que le terme de pratique renvoie à une dynamique collective

¹⁰ Bernadette COURTOIS «l'apprentissage expérientiel : une notion et des pratiques à défricher » in Education Permanente n°100/101

¹¹ Paul RICOEUR in « Temps et récits » Tome 1, Paris, Seuil, 1983, p108.

aussi bien que personnelle, alors que celui d'expérience, renvoie spontanément à une dynamique individuelle.

Ce repère sur la pratique permet au sujet de saisir son expérience, aussi bien au niveau collectif que personnel d'une part, au niveau de l'agir qu'à celui de sentir (impression), d'autre part.

La pratique suppose la confrontation à une situation qui est expérientielle. Expérientielle, en raison du fait que le sujet ne peut d'abord en organiser la perception faute d'un ensemble de représentations qui s'avère suffisamment crédible pour l'assurer que ses impressions correspondent bien à une réalité.

Il apparaît donc que l'expérience ne constitue pas en soi un apprentissage, mais l'expérience ne peut se passer de la pratique. L'expérience est toujours traitée comme un moyen d'apprentissage associé à la pratique, mais a contrario, si l'apprentissage se dispense de l'expérience, il demeure formel, abstrait et le plus souvent inutile. Cependant l'expérience permet de développer des savoirs solides, précis mais aussi plus rigides.

La pratique dépasse toujours le savoir acquis par l'expérience et appelle l'élaboration de nouveaux savoirs, de nouvelles capacités.

Au niveau de l'apprentissage expérientiel, l'acte d'apprendre se déroule dans un contexte donné, et ce contexte n'est jamais neutre. Apprendre conduit donc à une prise de conscience de soi et de son rapport à un contexte qui peut déboucher sur des actions susceptibles de bousculer l'ordre établi.

Dans la pratique professionnelle, aussi bien que dans les tâches quotidiennes, il est communément admis que seule l'expérience ou la pratique permet de savoir ce que l'on fait.

L'expérience et la pratique sont des moments nécessaires à l'apprentissage.

L'apprentissage, selon K. Lexin et J. Piaget¹², est défini comme un processus de changement dans lequel le savoir est la résultante d'une transformation de l'expérience et qui se décline en quatre étapes :

- expérience concrète
- observation
- jugement ou formation de concepts abstraits
- action

Ces différents modèles d'apprentissage accordent une place de choix à l'expérience, et le résultat est une action qui pourrait prendre la forme d'une modification de comportement et/ou une expérience nouvelle.

La théorie la plus récente est le modèle défini par D. KOLB¹³.

- « L'apprentissage expérientiel est un cycle comportant quatre temps. L'expérience concrète conduit à l'observation et à la réflexion qui elle-même débouche sur la formation de concepts abstraits dans des situations nouvelles.

La vérification des hypothèses dans des situations réelles donne lieu à de nouvelles hypothèses, et le cycle peut recommencer empruntant ainsi un processus qui s'apparenterait à un mouvement en spirale ».

- L'apprentissage expérientiel, selon D. KOLB est, pour l'essentiel, un processus de résolutions de conflits entre deux dimensions dialectiquement opposées.
 - a) La «préhension» qui est la saisie de l'expérience directe par le sujet, qui se décompose en deux modèles de connaissances :
 - l'appréhension (savoir plus intuitif, instantané)
 - la compréhension (l'aspect plus conscient de l'apprentissage)
 - b) La transformation de l'expérience pour créer des connaissances ».

¹² A. BARKATOOLAH in revue « Education Permanente n°100/101. P49.

¹³ D. A. KOLB, experiential learning, Englewood Cliffs, NJ, Prentice –Hall, 1984

Selon D. KOLB, l'apprentissage expérientiel peut être considéré comme une «tension créative » entre ces deux dimensions.

De cette théorie, on constate que l'expérience seule n'est pas génératrice d'apprentissage. Pour qu'elle ait cette valeur il est nécessaire d'y adjoindre des éléments de réflexion, un temps de maturation, permettant de déboucher sur des acquis ou une réalisation ou la remise en cause d'acquis. L'analyse et l'évaluation de ces éléments deviennent un processus d'apprentissage expérientiel, en intégrant dans ses modes de pensée ces résultats et ainsi, la possibilité d'accéder à de nouvelles acquisitions.

C'est à partir de ce constat que le sujet prend conscience, évolue et se transforme dans un contexte.

A partir de cette théorie de Kolb, nous pourrions émettre l'idée que le PSI est une expérience qui se situe dans un contexte particulier. Son élaboration et sa réalisation permettent aux acteurs de développer des savoirs individuels et collectifs. Leur évaluation et leur maturation, en regard du processus d'apprentissage expérientiel, transforment la vision des acteurs sur une nouvelle réalité.

L'élaboration et la réalisation du PSI sont donc une expérience qui s'inscrit dans une pratique et participe ainsi à un apprentissage expérientiel pour les acteurs du SSI.

2.1.2 Le projet

Aujourd'hui, il est fréquent d'associer l'idée de projet à une civilisation précise : celle de la modernité occidentale. « le blanc est toujours en train de réfléchir à ce qu'il fera le lendemain¹⁴ ».

¹⁴rapporté par D. BRUNETIERE, « Anthropologie culturelle du projet, ou les pré-requis liés au temps », Le Projet, Edit L'HARMATTAN, 1992.

Cependant le thème de projet n'est apparu en France que depuis les années 1980. En 1991, la Loi du 31 juillet 1991, portant Réforme Hospitalière, a impulsé cette dynamique de projet.

Il nous apparaît donc essentiel de définir cette notion.

2.1.2.1 L'étymologie

Les termes «sujet, projet et objet» ont des relations étymologiques proches. Ils sont dérivés d'une même racine latine «jet» qui indique, au participe passé du verbe JACEO, le fait d'être jeté là, ou plus simplement le fait d'être là et d'être présent, conditions minimales de toute existence. La particularité du concept de projet est d'évoquer ce qui est jeté au loin (en avant, devant soi, en dehors de soi), de parler de la vie au futur, d'anticiper l'avenir.

Selon JP BOUTINET, l'origine du mot «projet» vient du latin, projicere, jeter en avant et le mot grec ballein qui signifiait jeter, et qui a donné naissance au mot français «problème»

2.1.2.2 La définition

Selon JP BOUTINET : « projet avec son origine latine et problème avec son origine grecque expriment tous deux l'acte de jeter en avant. L'étroite parenté voire la complémentarité entre les deux termes nous fait affirmer qu'il n'y a pas de projet sans problème, sans questionnement et inversement pas de problème sans projet¹⁵ ». Il s'agit donc de projeter en avant, sauf qu'il ne s'agit plus d'un objet, mais d'une intention.

¹⁵ Les multiples facettes du projet, J.P BOUTINET / In Sciences Humaines N°39, Mai 1994, p 20

¹⁶ RAYNAL. S. Le management par projet – Approche stratégique du changement. Paris Ed d'Organisation, 1996, p.55

2.1.2.3 Le concept de projet

C'est ce que l'on veut atteindre ou l'idée que l'on se fait de ce que l'on veut atteindre. C'est l'élaboration d'objectifs à réaliser, avec des acteurs donnés dans un contexte précis, dans un laps de temps défini et avec des moyens répertoriés. C'est un ensemble de tâches cohérentes liées entre elles et limitées dans le temps.

A partir de cette définition nous pouvons dire que le projet est une représentation mentale d'une ou des actions que l'on se propose d'entreprendre. Cependant, il apparaît important d'élargir cette définition.

Parler du projet, c'est anticiper une action, rechercher une vision plus précise de l'avenir, mais aussi d'envisager l'avenir avec de l'espoir, du désir.

S RAYNAL a d'ailleurs exprimé cette idée «un projet, c'est l'expression d'un désir, d'une volonté, d'une intention, d'une ambition. C'est aussi l'expression d'un besoin, d'une nécessité, d'une situation future vivement souhaitée¹⁶ ».

Ainsi le projet peut être défini comme la recherche de sens, un effort d'anticipation et un souci d'une certaine autonomie, avec l'envie de se prendre en charge (collectivement ou individuellement).

2.1.3 Le service de soins infirmiers (SSI)

2.1.3.1 Le service de soins infirmiers.

La notion de service infirmier est conjuguée avec la création de la fonction d'Infirmier Général. C'est dans la circulaire du 31 juillet 1975 relative au recrutement des infirmiers généraux, que le terme service infirmier est utilisé dans un texte officiel.

« Il est défini par l'ensemble des prestations offertes à la collectivité en fonction de ses besoins de santé, par les personnels infirmiers qui déterminent eux-mêmes leur politique de soins

Ce service est constitué de l'ensemble des personnels infirmiers diplômés et auxiliaires certifiés, cadres soignants et enseignants qui sont, selon leur qualification, habilités à donner, gérer et/ou enseigner les soins infirmiers¹⁷ ».

C'est la Loi du 31 juillet 1991, portant réforme Hospitalière et son article L.714.26, qui crée le Service de Soins Infirmiers (SSI) dans chaque établissement de santé.

« Le Service de Soins Infirmiers est aussi une structure hiérarchique organisée pour assurer l'efficacité et la qualité de la prestation de soins infirmiers et pour la gestion stratégique de l'ensemble des soignants du service de soins infirmiers.

Cette structure, selon les différents modes d'exercice, peut être de type hospitalier ou extra hospitalier, établie sur le plan local, départemental, régional ou national¹⁸».

2.1.3.2 Le Directeur du service de soins infirmiers (DSSI)

L'article L.714-26 de la Loi du 31 juillet 1991, précise que le SSI est dirigé par un Infirmier Général, Directeur du Service de Soins infirmiers (DSSI). Le DSSI est membre de l'équipe de Direction de l'établissement.

¹⁷ Guide du service infirmier n°1, « Le dossier de soins ». série Soins Infirmiers – Référence 87-7bis.

¹⁸ Guide du service de soins infirmiers N°3 « Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire » Série soins infirmiers

Cet article stipule :

« Il est créé dans chaque établissement, un service de Soins Infirmiers dont la direction est confiée à l'Infirmier général, membre de l'équipe de direction.

Une commission, présidée par le DSSI et composée des différentes catégories de personnels du SSI, est instituée en son sein Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :

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

C'est de ce texte de Loi que découle, pour le SSI et la DSSI, l'obligation d'élaborer et de réaliser un projet de soins infirmiers.

2.1.2.3 Le projet de soins infirmiers

Il est la concrétisation de la politique de soins du SSI, défini par le dictionnaire des soins infirmiers de L'AMIEC comme «l'ensemble des orientations et des objectifs de soins définis par le SSI.

Cette politique implique des stratégies, prévoit des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de soins des patients et s'inscrit dans la politique de soins de l'institution¹⁹».

Ce projet de SSI doit être en cohérence avec le projet médical et s'inscrit dans le projet d'établissement. Il vise, en référence à la définition du

¹⁹ Dictionnaire des soins infirmiers. Magnon R. Dechanoz G. AMIEC. Mai 1995

management par projet, à inciter les acteurs du SSI et plus largement de l'institution à travailler ensemble et à participer à l'élaboration de leur avenir.

2.1.3.4 La notion d'équipe

Les acteurs du SSI dans le cadre du PSI doivent se projeter dans l'avenir et donc imaginer cet avenir. Imaginer, c'est être capable de :

- ❖ Se représenter mentalement celui-ci.
- ❖ Rechercher les liens entre la situation présente et la situation future désirée.
- ❖ Se projeter collectivement dans l'avenir et d'être solidaire, de se sentir conjointement responsable.
- ❖ D'influer dans les choix sur son avenir et donc d'avoir le sentiment d'une marge de liberté possible pour construire le futur.

Mais ce choix repose d'une part sur une volonté forte pour les acteurs, collectivement et individuellement, de s'engager dans cette démarche de projet et d'autre part d'être dans un esprit de recherche de cohésion et d'accord pour permettre la négociation et le compromis sur la vision de l'avenir et les moyens d'y parvenir.

2.1.4 Le management par projet

2.1.4.1 La définition

Du Petit Robert :

« Ensemble des techniques d'organisation et de gestion d'une affaire, d'une entreprise. Il s'agit d'un mot d'origine anglaise, introduit par Fayol en 1921, »

Aujourd'hui ce concept de management a évolué et selon LE BŒUF²⁰, «celui-ci se définit comme :

- ❖ La détermination des objectifs
- ❖ La conduite des hommes
- ❖ Le projet effectuant la relation entre ces deux éléments à travers la participation. Le management sert alors à assurer la cohésion et le dynamisme de l'ensemble ».

La mise en œuvre des méthodes et des outils utilisés pour diriger et contrôler le projet, au regard de la détermination des objectifs et de la conduite des hommes constitue le « management de projet ». Pour réussir ce type de management, il est nécessaire de s'appuyer sur les hommes et en particulier sur un acteur privilégié : le chef de projet.

Cependant une vision plus large peut être envisagée au regard du « Management par projet »

Manager, c'est d'une part, organiser et diriger le projet, et d'autre part, préparer l'environnement extérieur, afin que ce projet puisse se dérouler au mieux.

Organiser et diriger le projet découle d'une approche organisationnelle et d'une vision du pilotage du projet.

Au niveau organisationnel, il est essentiel de définir la manière dont on va atteindre l'objectif que l'on s'est fixé, dans les faits de construire la stratégie pour l'atteindre.

En ce qui concerne le pilotage, la constitution d'un comité de pilotage pluridisciplinaire sera le garant de l'impulsion possible d'une dynamique de changement.

²⁰ C. LE BŒUF et al, « le projet d'entreprise », Paris Editeur ESF, 1991, p 59.

Le DSSI, comme responsable du SSI et de l'élaboration du PSI, doit avoir cette double position, chef de projet et leader du groupe de pilotage dans le cadre du PSI.

En fonction de l'objectif qu'il se fixe au regard de son mode de management, il apparaîtra nécessaire de mettre en place une démarche participative transparente, impliquant les acteurs de son service, grâce à un support de négociations, d'informations et de communication devant permettre l'atteinte de l'objectif et visant :

- ❖ « Le respect des individus acteurs
- ❖ La reconnaissance de leurs compétences, de leurs spécificités personnelles et professionnelles
- ❖ La responsabilisation des acteurs
- ❖ La créativité
- ❖ La qualité et l'innovation dans les soins²¹ ».

L'élaboration et la mise en œuvre du PSI, au niveau institutionnel, sont fortement dépendantes des compétences et de l'engagement des responsables.

« Il faut quelqu'un capable de mobiliser toutes les composantes de l'organisation afin de susciter des idées novatrices²² ». Le ou les responsables doivent donc conjuguer les qualités de manager et celles de leader.

Il existe différents types de management qui ont évolué au cours du temps. Dans le cadre de cette étude, nous nous limiterons à signaler les types de management et à développer ceux qui apparaissent pertinents dans le cadre d'un management par projet.

²¹ M. JOLY – JL MULLER – De la gestion de projet au management par projet, Paris AFNOR – 1994 – p37

²² LE SAGET Meryem – Le manager intuitif, une nouvelle force – Paris – DUNOD – 1992 p 45

²³ G. ARCHIER et AL, Mobiliser pour réussir, Paris, Ed du Seuil, 1989 p114

2.1.4.2 Typologie des modes de management

Dans le cadre du management par projet deux types de management paraissent importants : le participatif et le fédérateur.

□ 2.1.4.2.1 Le management participatif

Dans ce style de management, le manager « implique son équipe qui analyse, propose des solutions et les recommande. Cette équipe dispose d'une autonomie et prend les décisions. Les propositions des collaborateurs ont un fort effet de créativité et d'adhésion. Le manager régule, confronte, essaie d'avoir une vision prospective et s'inscrit dans une démarche de type « qualité totale ». Ce type de management est centré sur les hommes²³ ». Il vise, pour le manager, à être un agent de cohésion, d'intégration, d'entente et de motivations pour son équipe, mais aussi un homme de communication, possédant un certain charisme pour animer son équipe.

□ 2.1.4.2.2 Le management fédérateur

Ce style de management présente une ouverture plus importante pour le manager. « Celui-ci focalise son énergie sur l'ensemble du système qui interfère avec son équipe et de ce fait le manager devient un agent de production de culture, de sens, de cohérence pour l'équipe, mais aussi un homme de médiation, de stratégie, de méthodologie, un facilitateur, un conseiller et un stratège.

Ce style de management correspond plus à une logique centrée sur les objectifs et les finalités²⁴ ». Participatif et/ou fédérateur implique fortement le leadership.

²⁴ S. RAYNAL , Le management par projet – approche stratégique du changement Paris – Ed d'Organisation, 1996, p47

2.1.4.3 Le manager et le leader dans le changement

La responsabilité du DSSI au regard de son service lui impose dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du PSI, d'être un leader.

Le SAGET définit ainsi la notion de leader

- ❖ « C'est celui qui emmène les autres vers un futur positif pour tous mais c'est aussi celui qui a de l'influence sur les autres au point de leur donner envie de le suivre.
- ❖ Le leader crée une vision inspiratrice, donne un souffle, alors que le manager prévoit et planifie.
- ❖ Le leader pilote, s'adapte en souplesse, fait preuve d'opportunisme dans l'action, un peu à la manière du caméléon, tout en gardant un œil sur la vision à long terme alors que le manager organise.
- ❖ Le leader motive à la qualité et à l'auto-contrôle, alors que le manager contrôle²⁵ ».

L'association des fonctions de manager et de leader apparaît importante au sein de l'institution.

Dans le cadre du PSI, le DSSI doit continuer à gérer son service mais aussi à rassembler et à motiver les acteurs de son service pour les emmener dans une direction, «un futur désiré ».

De ce fait, en responsabilisant les acteurs, il doit susciter l'intérêt, le désir et la motivation d'aller vers ce futur.

2.1.5 Le changement

Le management par projet, impulsé par la Loi hospitalière du 31/07/1991, a annoncé la volonté de créer une dynamique de changement au sein des institutions.

L'ensemble des acteurs était concerné par cette dynamique, notamment le SSI et la DSSI dans le cadre du projet d'établissement et plus spécifiquement au regard du projet du SSI.

Cependant, une injonction réglementaire ne peut à elle seule créer et développer cette dynamique de changement.

Nous allons donc expliquer ce que représente le changement à l'hôpital et les difficultés auxquelles il peut se heurter.

2.1.5.1 Le changement à l'hôpital

Selon la définition du Petit Robert :

« Etat de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique » en fait le changement au regard de cette définition est que le changement est le passage d'un état à un autre ».

Cependant, dans le dictionnaire Larousse, de nombreux synonymes existent pour parler du changement et ainsi déterminer toutes les différentes perceptions que peut recouvrir ce terme.

Pour notre étude, nous nous appuyerons sur la théorie de Grégory BATESON²⁶ concernant le changement dans les systèmes humains. Selon cet auteur il existe deux formes de changement « l'une prend place à l'intérieur d'un système donné qui lui, reste inchangé, l'autre modifie le système lui-même ».

Le changement qui se situe au sein d'un système est appelé changement de Type 1 (ou homéostasie) et le second changement de Type II (évolution ou morphogénèse).

²⁵ LE SAGET Meryem, op cit. p45-49

²⁶ F. KOURILSKY « Du désir au plaisir de changer » InterEditions, 1995, p165

Jusqu'à présent, les organisations hospitalières ont souvent privilégié les changements de Type I, en favorisant les changements en interne du système et de ce fait, favorisé un sentiment de sécurité des acteurs au sein de ce système.

Aujourd'hui, la société vit des changements de type II. La remise en cause de valeurs fondatrices, les difficultés économiques et politiques, obligent notre société à s'adapter à ces nouveaux enjeux.

L'hôpital est soumis à ces modifications et se doit donc de s'adapter à cet environnement changeant.

Pour réussir cela, l'hôpital doit s'ouvrir aux idées, à l'information issue de son environnement, mais aussi s'appuyer sur la liberté et l'autonomie laissées aux acteurs du système au sein d'une démarche participative pour faciliter ces changements de type II.

Pour F. GONNET²⁷, «pour réussir le changement il est nécessaire qu'il existe un apprentissage collectif pour faciliter un processus d'innovation, de création, de découverte collective et d'adaptation du système aux nouvelles réalités ».

Ce processus passe par l'expérimentation d'une démarche participative des acteurs et l'apprentissage de la négociation et du compromis. Cela passe par la recherche de nouvelles solutions et de nouvelles capacités individuelles et collectives dans la résolution des problématiques de l'hôpital au regard de son environnement qui évolue.

F. KOURILSKY²⁸, émet aussi l'idée, en s'appuyant sur les travaux de Edward HALL²⁹, qu'il existe dans le changement des apprentissages, formels

²⁷ Françoise GONNET « les soignants et le changement » Revue ARSI N°21 – juin 1990.

²⁸ Françoise KOURILSKY « Du désir au plaisir de changer » InterEdition 1995, p176-177

(règles de socialisation), informels (culture et automatismes acquis) ou techniques (expérimentation et intégration), dont l'aboutissement sera l'acquisition inconsciente de nouveaux gestes mentaux et comportementaux, tels que des comportements de coopération et de tolérance. De ces apprentissages découlent des changements de Type II.

2.1.5.2 Les obstacles au changement

Il existe de nombreux obstacles à surmonter pour faciliter le changement. Ils se situent à tous les niveaux du système et impliquent aussi bien l'individu, le collectif de travail que l'organisation.

Pour l'exemple nous pouvons citer :

- La recherche du «statu quo » qui génère un sentiment de sécurité pour les acteurs, alors que le changement peut être source de déstabilisation et de tension psychologique.
- La non anticipation par les acteurs des changements à envisager pour avoir une vision de l'avenir.
- La perte de pouvoir ou de zone d'influence pour les cadres.
- La remise en cause de l'organisation hiérarchique et fonctionnelle du système.
- La non reconnaissance du droit à l'erreur dans un processus d'évolution...

Nous le constatons, le changement de Type II dans les hôpitaux demande un investissement important des acteurs dans ce processus.

Cependant face aux incertitudes de l'avenir, de la remise en cause d'une certaine stabilité, des comportements de résistance au changement peuvent exister.

²⁹ Edward HALL, anthropologue américain, du groupe Palo Alto, spécialiste de la communication interculturelle et des systèmes non verbaux.

Arrivé au terme de cette partie du cadre conceptuel, il apparaît important de resituer celui-ci par rapport à notre première hypothèse. En effet, l'ensemble de ces concepts développés dans cette partie de l'étude nous permet d'envisager le PSI comme un vecteur important de la dynamique de changement qui s'opère dans les hôpitaux depuis 1991 et de l'implication des acteurs hospitaliers, en particulier le SSI, dans cette évolution.

2.2 LE CADRE REGLEMENTAIRE

2.2.1 L'évolution de l'environnement depuis 1991

Depuis une décennie en France, deux textes législatifs ont concerné l'organisation sanitaire :

- La Loi N° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- L'Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ces deux textes ont profondément modifié l'organisation hospitalière dans notre pays. Cependant, dans cette étude, nous n'aborderons pas l'ensemble des modifications apportées par ces textes, mais les éléments fondamentaux qui marquent les changements qu'ils ont induits dans le cadre de cette étude.

2.2.1.1 La Loi du 31 juillet 1991

La Loi du 31 juillet 1991 visait à prendre en compte l'évolution de notre société notamment au regard :

- « Des progrès considérables des techniques médicales
- De l'évolution des mentalités

➤ De la nécessité de décentraliser³⁰ ».

Cela s'est traduit par :

La reconnaissance comme acteur fondamental de l'hôpital, du malade et de sa famille.

La recherche d'une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé, en mettant en place une planification cohérente (nouvelles formes d'hospitalisation), qualitative (Schéma d'Organisation Sanitaire), participative (contractualisation) et régionalisée (planification sanitaire au niveau régional : DRASS).

Le développement de nouvelles instances de concertation et l'instauration du projet d'établissement comme un véritable plan stratégique pour les Etablissements, en concertation avec tous les acteurs et s'appuyant sur un projet médical.

La reconnaissance du rôle et de la mission du SSI et la création de la CSSI³¹.

2.2.1.2 L'Ordonnance du 24 avril 1996

L'Ordonnance du 24 avril 1996 a amplifié cette démarche avec différents objectifs, en particulier :

Par la clarification des responsabilités en renouant le dispositif de régulation

- Création d'une Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) avec, à sa tête, un Directeur d'Agence Régionale de l'Hospitalisation (DARH) qui constitue un pôle unique de responsabilité au plan régional en associant l'assurance maladie et l'Etat.

³⁰ G. PERRIN, Conférence juin 1992, C.H.U. d'Amiens.

³¹ CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers.

Elle joue un rôle déterminant dans la conduite de la vie hospitalière (validation du projet d'Etablissement, contrats et Tutelle, planification, schéma régional, autorisation, financement).

Par la promotion d'une logique de système régional de soins

- financement des établissements de soins
- la coopération entre établissements
 - le groupement de coopération sanitaire (public, privé)
 - la création de réseaux de soins
 - la communauté d'établissements au sein du secteur sanitaire et du Service Public Hospitalier.

En mettant l'accent sur la qualité des soins et la responsabilité des professionnels

- la procédure d'accréditation des établissements de santé
- la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Cette instance est chargée de développer cette procédure.

2.2.1.3 Les changements fondamentaux

L'un des éléments importants qui a changé depuis la parution et l'application de l'Ordonnance est la création de l'ARH et les responsabilités qui lui sont dévolues au niveau de la région sanitaire.

Aujourd'hui, nous assistons à une amplification des mesures visant à restructurer l'offre de soins au niveau des secteurs sanitaires.

De nombreux établissements publics et privés sont concernés par des fusions, des coopérations, des restructurations d'activités et donc des dynamiques de changement plus ou moins imposées par l'environnement et la tutelle. Les projets d'établissements doivent intégrer ces nouvelles données dans la vision et les objectifs qu'ils veulent atteindre.

Le SSI et la DSSI doivent aussi tenir compte de cette nouvelle vision du paysage sanitaire qui s'organise, dans l'élaboration et la réalisation du PSI.

L'autre élément important est le développement de la procédure d'accréditation qui se met en place progressivement dans les établissements de santé.

Ces deux éléments jouent un rôle important dans la vie des personnels au quotidien mais aussi dans l'avenir des établissements de santé.

La validation du projet d'établissement et des contrats d'objectifs et de moyens par l'ARH permettent de stabiliser les orientations et les activités de l'établissement. L'accréditation dont l'objectif est de valoriser le travail des acteurs vis-à-vis des usagers par une reconnaissance de la qualité de leur travail.

Au regard de notre deuxième hypothèse, l'Ordonnance du 24/04/96 a un impact sur l'environnement des Etablissements Publics de Santé (EPS). Il apparaît important de s'interroger sur l'impact de celle-ci dans la dynamique de changement développée depuis 1991 au sein des EPS et de comprendre comment les acteurs hospitaliers et le SSI intègrent ces nouvelles données dans le cadre du PSI de 2^{ème} génération.

3 – TROISIEME PARTIE

L'ENQUETE

Notre première interrogation porte sur le projet de soins infirmiers et son apport dans un processus d'apprentissage par l'expérience. Pour répondre à cette interrogation, nous avons décidé de définir deux périodes d'élaboration et de réalisation du projet de soins infirmiers.

- 1^{ère} période : 1991 - 1996, période d'élaboration et de réalisation du projet de soins infirmiers de 1^{ère} génération (Loi du 31 juillet 1991).
- 2^{ème} période : 1996 - 2001, période d'élaboration et de réalisation de 2^{ème} génération (Ordonnance du 24 avril 1996).

Notre deuxième interrogation s'intéresse à connaître, suite à l'Ordonnance d'avril 1996, si les apports du processus d'apprentissage développés en 1991 - 1996, ont facilité la démarche de projet de 2^{ème} génération.

Pour cela nous avons choisi, pour nos investigations sur le terrain,

- Quatre établissements de santé qui se sont engagés dans la démarche projet de soins infirmiers en 1991 et en 1996.
- Les acteurs qui ont participé à cette démarche.

3.1 Les lieux d'investigations

Le choix s'est porté sur des établissements de santé différents.

- Deux établissements pivots, chargés de répondre à des besoins de santé de la population de leur secteur sanitaire. Les Centres Hospitaliers Généraux identifiés dans l'étude N°1 et N°2.
- Deux établissements de santé de proximité appartenant aux secteurs sanitaires desservis par les deux hôpitaux pivots. Le N°3 et N°4.

3.1.1 Les établissements pivots

Le N°1 est un Etablissement Public de Santé (EPS), d'environ 1000 lits, desservant un secteur sanitaire de la région Picardie.

Le N°2 est un EPS d'environ 800 lits desservant un secteur sanitaire de la région Picardie.

3.1.2 Les établissements de proximité

Le N°3 est un EPS d'environ 400 lits et se situe dans le secteur sanitaire du centre pivot N°2. Cet EPS est une structure comprenant des services de médecine, maternité-obstétrique, chirurgie et des secteurs de gériatrie et de psychiatrie.

Le N°4 est un EPS identique au N°3. Il se situe dans le secteur sanitaire de l'hôpital pivot N°2.

Sa structure est identique à celle du N°3 (environ 360 lits) et a des activités identiques.

Aujourd'hui, ces deux EPS sont concernés par des restructurations de leurs plateaux techniques et de leurs activités. Ces restructurations concernent les services de maternité-obstétrique et de chirurgie.

3.2 Les personnes concernées par l'enquête

Les acteurs concernés par notre étude sont au nombre de quinze.

Le tableau ci-dessous précise, par grade et par établissement, la population concernée.

Etablissements personnel	<u>N°1</u>	<u>N°2</u>	<u>N°3</u>	<u>N°4</u>	<u>TOTAL</u>
				<u>4</u>	
D.S.S.I	1	1	1		3
Cadre Infirmier Supérieur Faisant fonction I.G				1	1
Cadre Infirmier supérieur	2	1	1		4
Cadre Infirmier	1	2	2	2	7
Total des Entretiens	4	4	4	3	15

3.3 Les entretiens

3.3.1 Méthodologie d'entretien

Cette enquête s'est réalisée sous forme d'entretiens semi-directifs, individuels qui nous ont permis de recueillir des données. Ensuite chaque entretien a été exploité et analysé.

Ce choix de la technique d'entretien semi-directif est guidé par : « Il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un nombre de questions précises. Le chercheur ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue. Autant que possible, il laissera venir l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient³² ».

³²Raymond QUIVY – Luc VAN CAMPENHOUDT – Manuel de recherche en Sciences Sociales – Paris – Edition DUNOD – 1995 – p195.

En fait, il s'agissait pour nous, dans cette démarche, d'amener l'interviewé à exprimer l'intérêt et les difficultés rencontrés dans l'élaboration et la réalisation des différents projets de soins infirmiers.

Dans la mesure du possible, de donner leur point de vue sur le vécu de cette nouvelle forme de management au sein de l'établissement, ainsi que les contraintes auxquelles ils sont soumis aujourd'hui.

3.3.2 Questions posées et déroulement de l'entretien

Les entretiens, d'une durée comprise entre 45 à 60 minutes, se sont déroulés dans les établissements où exercent ces personnes, sur leur temps de travail et après prise de rendez-vous. Avant tout entretien, nous avons précisé le cadre de la recherche, (notamment le découpage en 2 périodes), la possibilité de parler librement et la garantie de respecter l'anonymat.

Chaque entretien était enregistré sur dictaphone, avec accord de la personne interviewée.

La question d'introduction de l'entretien était :

« Pouvez-vous me préciser comment se déroule l'élaboration ou la réalisation du PSI de 2^{ème} génération ? ».

3.4 Les limites de notre recherche

La population interrogée se situe dans 4 établissements de santé de taille différente et dans deux secteurs sanitaires différents.

Ce travail n'a donc pas la prétention d'appréhender la situation au niveau national. L'exploitation revêt un caractère qualitatif et non quantitatif.

Dans l'analyse des entretiens nous avons sélectionné les réponses qui correspondaient à notre questionnement initial. Les résultats obtenus ne sont donc valables que pour les personnes enquêtées et dans un contexte particulier.

3.5 L'analyse de l'enquête

Dans cette partie, nous analyserons les entretiens des différents acteurs :

- 4 Directeurs du Service de Soins Infirmiers ou faisant fonction,
- 11 Cadres Infirmiers Supérieurs et Cadres Infirmiers.

Dans un premier temps nous nous intéresserons à développer les acquis qui ont été générés par le Projet de Soins infirmiers de 1^{ère} génération (1991-1996). Dans un deuxième temps, nous analyserons, suite à l'Ordonnance du 24/04/96, l'influence de celle-ci dans le processus d'apprentissage développé par le SSI pendant les années 1991 - 1996 et son importance dans l'élaboration et la réalisation du PSI de 2^{ème} génération.

3.5.1 L'analyse des entretiens concernant la période 1991-1996

Nous allons découper notre analyse en trois sous parties :

- Une analyse commune des éléments relatés par les DSSI et les CI durant la période du PSI de 1^{ère} génération.
- Une analyse des points spécifiques perçus par les CI durant cette période.
- Une analyse des points spécifiques développés par les DSSI.

□ 3.5.1.1 L'analyse commune

□ 3.5.1.1 a Une nouvelle expérience

La réalisation d'un PSI institutionnel, a posteriori, est vécue par les acteurs comme une nouvelle expérience. La vision de projet, avant 1991, était surtout axée, au niveau institutionnel, sur le développement d'activités médicales ou d'achats de nouveaux matériels.

« Avant 1991, nous suivions les projets médicaux en terme de formation, d'organisation mais nous n'étions pas consultés ».

« Avant 1991, on ne faisait pas de PSI, on s'adaptait au quotidien, aux évolutions des activités médicales ».

➤ 3.5.1.1b Les difficultés de mise en œuvre

Cependant, au regard de cette nouvelle expérience, les acteurs expriment l'idée de la difficulté de sa mise en œuvre.

« On nous a demandé de faire un PSI, dans le cadre du projet d'établissement, mais on ne savait pas comment on allait faire ».

«Un PSI, c'était nouveau, on était habitué à faire des projets dans nos unités de soins mais pas tous ensemble, pas tout le SSI ».

«On n'avait pas de méthodologie, comment arriver au résultat? Il nous a fallu quelque temps avant de commencer à percevoir ce que l'on attendait de nous ».

«Comment faire ce PSI ? on a téléphoné aux collègues, les cadres sont allés à des réunions d'information, on a recherché des écrits..... c'était pas simple pour commencer ».

➤ 3.5.1.1c La recherche d'une vision d'avenir

Tous les acteurs révèlent le fait que le PSI est un moyen pour eux de s'interroger sur l'avenir Ces interrogations portent aussi bien sur l'organisation du travail, que sur le développement de compétences, de nouvelles activités, d'axes stratégiques.

«Le PSI, nous a permis de savoir où l'on voulait aller tous ensemble ».

«Les choses n'ont pas été faciles, mais au moins avec le PSI on a eu une vision de l'avenir et un consensus autour de cette vision ».

➤ 3.5.1.1 d Donner un sens au travail

Associés à cette vision, les acteurs ont développé l'idée du sens donné au travail et notamment du travail du SSI.

« Le PSI, son élaboration a été un moment où l'on s'est interrogés sur notre travail et le sens de celui-ci ».

« chacun travaillait dans son coin, avec le PSI, on a essayé de donner un sens commun, les mêmes orientations à notre travail ».

« un de mes leitmotivs durant cette période, a été de positionner le SSI et en particulier en donnant un sens, des valeurs, une certaine reconnaissance du travail des personnels du SSI auprès des patients et des autres membres de l'établissement ».

➤ 3.5.1.1 e Les prémisses d'une démarche participative

Tous les acteurs reconnaissent que le PSI, a initié le début d'une démarche participative. Ils constatent tous, à leur niveau, qu'elle était imparfaite, qu'elle ne mobilisait pas tous les acteurs de l'établissement.

«Le PSI,.....c'est avec lui que l'on a commencé notre démarche participative, imparfaite bien sûr, mais c'était le début ».

«Rassembler tous les cadres et la CSSI, pour annoncer que l'on allait travailler ensemble sur un PSI, pas facile ! mais l'objectif étant posé, on a réussi à le faire. C'était une forme de démarche participative de l'époque. Aujourd'hui on fait mieux ».

➤ 3.5.1.1 f Le travail de groupe en interdisciplinarité

Cependant, dans certains établissements et en particulier dans les hôpitaux de proximité, cette démarche a associé des cadres des services paramédicaux extérieurs au SSI.

«Vu notre structure, dès le départ, on a associé à notre projet tous les services de soins et notamment leurs cadres, radiologie, kinésithérapie, diététicienne, assistante sociale, on avait déjà l'habitude de travailler ensemble dans nos unités, alors on les a associés à notre projet, s'ils le désiraient »

« Tous les cadres ont l'habitude de travailler avec les autres cadres paramédicaux, alors on les a invités à nous rejoindre. Cela nous paraissait plus intéressant »

➤ 3.5.1.1 g La reconnaissance du service de soins infirmiers.

Même si au départ le PSI est apparu comme une contrainte, les acteurs expriment l'idée que celui-ci a permis d'avoir une reconnaissance au sein de l'institution. Le PSI a été présenté à toutes les instances de l'établissement.

« le fait de présenter le PSI aux instances et que ce soit mentionné dans les procès verbaux est une forme de reconnaissance pour le SSI ».

« on a fait du bon boulot et quand on l'a fait valider auprès des instances on était fier ».

« Notre PSI a été validé par la DRASS, le Directeur a même fait une note d'information pour l'ensemble du personnel, pour le faire savoir »

Au vu de cette analyse commune on constate que les acteurs du SSI face au concept de PSI, se sont trouvés confrontés à une nouvelle expérience dans un contexte donné. Néanmoins ils ont trouvé dans cette expérience des points importants de valorisation et de reconnaissance du SSI. Ils ont initié des démarches participatives et exploité des possibilités de travailler ensemble

□ 3.5.1.2 Analyse des points spécifiques des cadres infirmiers

➤ 3.5.1.2 a Le travail en groupe

Ce travail en groupe pluridisciplinaire ou non apparaît, pour les cadres, un élément fort de la démarche. En effet ceux-ci semblent largement motivés par cette forme de management. Le fait de se retrouver ensemble pour avoir une vision de l'avenir et dessiner les grandes orientations du SSI est perçu comme une avancée importante. Cela est un moment de concertation, de recherche, de négociation entre les acteurs pour arriver à des objectifs communs.

« Le travail en groupe a été pour moi très intéressant. Nous avons pu échanger, on n'était pas d'accord entre nous. Il a fallu essayer de trouver des solutions ».

« Nous, les cadres, étions habitués à travailler chacun dans notre service, à se renvoyer les fautes. Là, dans le groupe de travail du PSI on devait travailler ensemble. Il y a eu des moments difficiles, chacun pensant détenir la vérité, mais avec l'aide du DSSI et des autres cadres on a su se comprendre et ainsi avancer dans le projet. Aujourd'hui, cela nous sert encore, on se connaît mieux ».

➤ 3.5.1.2 b L'implication dans les décisions

Un autre intérêt pour les cadres est aussi le fait qu'ils se sont sentis impliqués dans les décisions, aussi bien au niveau de la direction de l'établissement que vis-à-vis du corps médical.

« Le Directeur venait à certaines de nos réunions de synthèse, il nous donnait des informations pour nous permettre de mieux ajuster notre projet ».

« le Directeur s'est appuyé sur notre projet pour présenter certaines de ses décisions aux médecins ».

« Le Président de la Commission Médicale venait à nos réunions, il semblait étonné de notre volonté d'aboutir. On pouvait échanger des informations, discuter de nos points de vue ».

« On devait argumenter parfois nos choix car notre vision était différente du corps médical. Mais au moins on discutait, alors qu'auparavant on prenait une décision et ensuite à nous de nous adapter dans l'urgence».

➤ 3.5.1.2 c Une autre vision du directeur du service de soins infirmiers

Dans les entretiens des cadres, on discerne aussi qu'ils ont modifié leur vision du rôle et des missions du DSSI. Dans le cadre de l'élaboration du PSI, le DSSI est perçu comme le responsable du projet mais s'appuyant fortement sur son équipe cadre pour élaborer et réaliser le PSI. Ils se perçoivent comme des collaborateurs du DSSI qui doivent assurer des missions de communications et d'informations au nom du SSI. Bien sûr cela dépend du mode de management du DSSI. Mais dans ces quatre établissements, les cadres ont exprimé cette idée que le DSSI leur avait laissé de grandes responsabilités et une certaine autonomie dans cette démarche projet.

« On a bien travaillé avec la DSSI. Avec elle, on fixait les grandes lignes du projet et après on travaillait en sous groupe avec les cadres, des membres du personnel. On l'informait de l'avancée de nos réflexions, on discutait de nos objectifs. Elle nous a beaucoup aidés ».

« Le DSSI a lancé le projet avec nous. Bien sûr il en était le responsable mais il nous a associés à toutes les réunions, il nous a tenus informés et nous a laissé faire un peu à notre guise. Il n'intervenait que lorsque des tensions naissaient. Il prenait le temps de nous écouter et ensuite il prenait la décision. Il était le chef mais surtout le médiateur ».

« Heureusement que le DSSI était là, car au début, il y a eu des petits conflits entre cadres. Il a toujours essayé de ne pas déstabiliser les gens, il cherchait à comprendre les arguments de chacun.

Il nous amenait à trouver une solution acceptable par le groupe. Grâce à lui et à la façon dont il nous a encadrés pendant cette période, nous avons appris beaucoup ».

➤ 3.5.1.2 d D'une culture orale à une culture écrite

Pour les cadres, une difficulté majeure a été de passer d'une culture orale à une culture écrite. En effet, ils sont nombreux dans les entretiens à signaler la difficulté d'écrire le PSI. Ils reconnaissent que, souvent, c'est le DSSI qui a rédigé le PSI mais qu'ils ont été associés à cette écriture.

« Ecrire le PSI, cela a été difficile on n'était pas habitué à ça. Trouver les mots justes sans faire du « blabla », que ce soit intéressant et compréhensible. Heureusement que le DSSI était là pour nous mâcher le travail ».

« La rédaction du PSI, c'est le moment que j'ai le moins apprécié. Mais je me suis lancé et avec l'aide des autres, après beaucoup de travail et de discussions, on est arrivés à un résultat qui lors de sa présentation, est bien passé ».

« L'angoisse de l'écriture, oui un peu, mais comme le DSSI s'était engagé à l'écrire en s'appuyant sur notre travail, notre groupe ne s'est pas bloqué là-dessus. Le DSSI l'a écrit et nous l'avons validé ensemble ».

Au niveau des cadres, on perçoit une forte implication dans la démarche projet. Cette période a été vécue comme une période d'activité intense. Ils se sentaient responsables, pris en considération dans les décisions. Ils ont appris à travailler ensemble, à négocier, à rechercher des compromis, à vivre autrement leur relation avec la hiérarchie, notamment le DSSI.

Celui-ci apparaît comme une aide, un facilitateur, un fédérateur capable d'amener chaque membre de son équipe à collaborer à ce projet. Il reste le «chef» mais le chef qui écoute, responsabilise, qui permet d'avancer vers les objectifs.

□ 3.5.1.3 Analyse des points spécifiques des directeurs des services de soins infirmiers

➤ 3.5.1.3 a Une responsabilité accrue

Les DSSI mettent en avant cette notion de responsabilité après la Loi de 1991, initier, élaborer et réaliser un PSI avec les acteurs du SSI.

« je suis responsable d'un service que j'essaie de gérer efficacement. En 1991 je dois faire un PSI avec ce service, c'était une grande inconnue. Mais comme je suis le responsable de ce service j'ai essayé de faire face ».

« le PSI, en tant que responsable du SSI, je me suis posé pas mal de questions. Le Directeur m'avait demandé d'y réfléchir. Pas simple ! il fallait un temps de réflexion avant de se lancer dans cette aventure.....Aujourd'hui je crois que ce temps était nécessaire ».

➤ 3.5.1.3 b Un nouveau style de management

Le PSI est décrit par les DSSI comme un outil qui a changé leur type de management. Aucun d'eux n'exprime le fait, que le PSI aurait pu être fait au fond d'un bureau et complètement éloigné de la réalité. Ils

affirment tous s'être engagés dans une démarche participative, plus ou moins réussie, mais qui a eu le mérite d'exister et dont les points forts et points faibles sont aujourd'hui exploités.

« au début, j'ai mobilisé les cadres et la CSSI. Avec eux on a fait du bon travail. J'ai eu plus de difficultés à mobiliser les agents des services, mais en m'appuyant sur les cadres et la CSSI, peu à peu on a mobilisé d'autres personnes ».

« il a fallu expliquer, réexpliquer, informer, communiquer mais peu à peu je me suis aperçu que les cadres étaient partant pour être « le fer de lance » de cette démarche et qu'ils étaient prêts à faire le même travail avec leurs équipes ».

« la difficulté a été la gestion du groupe car comme dans toute dynamique pour réussir il faut emmener le plus de gens possible avec toi.

Dans mon équipe j'ai des cadres «fonceurs » et d'autres plus «attentistes ». j'ai dû composer avec ces cadres pour que chacun trouve son intérêt de participer. La grosse difficulté, avec les cadres, a concerné la rédaction du projet, on n'était pas habitué à écrire ».

➤ 3.5.1.3 c Le changement

La dynamique de changement décrit par les DSSI concerne plus des changements en interne, sur les organisations et les relations inter-services. Ils insistent sur la notion de décloisonnement des services de soins, de meilleures relations avec les services administratifs, logistiques et le corps médical. Ils expriment aussi l'idée qu'ils se sont peu intéressés à l'environnement extérieur de l'établissement.

« on a travaillé en interne, cela a modifié nos organisations de travail et le type de relations avec nos partenaires de soins comme les services administratifs, logistiques, etc.... »

« Avec le PSI on a réussi à décroisonner les services, plus ou moins, mais on a peu travaillé avec les infirmières libérales. On s'est surtout impliqué en interne pour essayer de mieux travailler ensemble »

« Dans l'établissement on avait des relations difficiles entre les services. Le PSI a été un moment privilégié pour réfléchir ensemble sur les moyens et la manière dont on pouvait modifier cela. Aujourd'hui on n'a plus ce genre de difficulté..... sauf de manière ponctuelle et sans gravité ».

Pour les DSSI, la période concernant le PSI de 1^{ère} génération apparaît comme un moment favorable où des changements se sont instaurés au sein de l'établissement. Ils regrettent, à cette époque, de ne pas s'être intéressés à l'environnement extérieur de l'établissement. Cependant ils constatent que cette période leur a permis de réfléchir sur le mode de management de leur service. Ils se sont impliqués dans une démarche participative, en essayant de motiver les cadres, en les responsabilisant. Ils pointent la difficulté d'écriture qu'ils ont rencontrée dans la rédaction du projet. Globalement, ils estiment avoir eu une action sur le type de relation qui existait au sein des services de soins (décroisonnement) et cela leur apparaît comme un point très positif de la démarche projet.

□ 3.5.1.4 L'analyse globale au regard de notre hypothèse N°1

Cette hypothèse affirmait que :

« L'expérimentation, le temps écoulé entre les deux projets de soins infirmiers et l'évolution de la méthodologie de la dynamique de changement initiés par le PSI de 1^{ère} génération sont des éléments importants dans l'élaboration et la réalisation du PSI de 2^{ème} génération ».

L'analyse des entretiens concernant la période 1991 - 1996, nous montre toute l'importance de la démarche projet initiée par les acteurs du SSI. Chaque acteur exprime l'idée d'une expérience. Cette expérience nouvelle, dans un contexte donné, a mobilisé les capacités de chacun mais a aussi développé des comportements nouveaux.

Selon son niveau de responsabilité, chaque professionnel s'est engagé dans un travail en équipe, a cherché à définir une vision commune de l'avenir de son établissement et de son service, tout en ayant une volonté de décroisement en interne.

Des changements sont apparus au sein des établissements, aussi bien en terme, d'organisation que de relations interpersonnelles, individuelles et collectives. La réalisation du PSI, associée au temps écoulé, a permis d'accéder à une maturation du processus de changement même si ces changements sont plutôt de type 1³³.

Il apparaît que le PSI peut être défini comme un apprentissage expérientiel individuel et collectif. Il s'est déroulé dans un contexte donné, avec une certaine réalité. L'apprentissage expérientiel de ce processus fait que, aujourd'hui, les acteurs sont capables de percevoir une autre réalité. Ils ont acquis des nouveaux comportements et des capacités qu'ils ont développés au décours de ce processus d'apprentissage, par l'expérience ou par la confrontation à une pratique.

³³ Opus cit pp31-32

3.5.2 L'analyse des entretiens liée à l'influence des changements environnementaux depuis l'Ordonnance d'avril 1996.

L'analyse des entretiens nous fait percevoir que les personnes interviewées se divisent en deux groupes distincts. Ces deux groupes se divisent en fonction de leur structure d'appartenance : établissements pivots ou établissements de proximité.

Pour faciliter notre propos, nous allons d'abord analyser le discours des acteurs des établissements pivots et ensuite ceux des établissements de proximité.

□ 3.5.2.1 Le projet de soins infirmiers dans les établissements pivots

Il apparaît, dans les deux établissements pivots, que le PSI est dans sa phase terminale de rédaction, pour être présenté aux instances en juin 1999.

➤ 3.5.2.1 a Une démarche plus institutionnelle

Au niveau de ces établissements, on perçoit une démarche plus institutionnelle qu'en 1991. Le point de départ est le projet d'établissement et notamment le projet médical. Les grandes lignes du projet d'établissement ont d'abord été élaborées en associant tous les acteurs et, seulement ensuite, le SSI et les autres directions ont commencé à élaborer leur projet spécifique.

« Pour le nouveau projet, nous avons une démarche plus institutionnelle. Un comité de pilotage et un groupe de travail, en fonction des informations d'un audit, ont fixé les grandes lignes du projet d'établissement. Seulement après nous avons travaillé sur la déclinaison de notre PSI ».

« Pour ce projet, la volonté du directeur a été de créer une dynamique institutionnelle et non pas chacun son projet dans son coin et après, on agrège tout cela. C'était ce qui s'était passé en 1992. Là, on réfléchit tous ensemble pour nos grandes orientations. C'est une démarche plus longue, mais une fois que c'est fait, tout le monde est au courant de ces choix».

« Pour nous, les cadres, le directeur nous a demandé de nous impliquer dans les groupes de travail pluridisciplinaire, dès le début de la réflexion sur le projet d'établissement ».

➤ 3.5.2.1 b Une difficulté : la vision sectorielle

Il apparaît que, si en interne, le PSI semble se dessiner assez facilement au sein de ces établissements, la difficulté réside dans le fait d'avoir une vision plus sectorielle de l'avenir de l'établissement.

En effet, dans cette démarche le SSI s'est engagé dans un choix de travail avec le secteur libéral.

Cependant, il note la difficulté de travailler avec les établissements de proximité de leurs secteurs. Cette analyse semble confirmée par plusieurs points importants :

- une activité importante en interne,
- le corps médical qui ne s'engage pas dans cette démarche de travail en collaboration,
- un manque de moyens humains rendant difficile la coopération,
- des logiques différentes
- pas de lignes directrices fortes impulsées par l'ARH

« Aujourd'hui on demande à l'établissement de travailler sur l'ensemble du secteur, avec les autres hôpitaux en créant des services communs, mais l'ARH ne s'est pas positionnée, en sachant aussi que les médecins ne se mettent pas d'accord pour travailler ensemble, que les autres hôpitaux pensent que l'on veut

prendre tous leurs secteurs actifs pour leur laisser la gériatrie, cela n'est pas fait pour faciliter nos relations ».

« Pour ce projet, dans la phase d'audit on a travaillé beaucoup avec le secteur libéral, avec les autres établissements il y a eu des difficultés. Ils voulaient que nos équipes et notamment les médecins interviennent dans leurs établissements. De nombreuses réunions, un audit avec des scénarii a été commandé par l'ARH mais il y a blocage aujourd'hui. On a monté quelques projets de type « équipe mobile pluridisciplinaire pour la douleur » mais on ne connaît pas les suites données à ces projets ».

« Notre projet d'établissement, dans les premières étapes, l'ARH nous a fait des observations sur le travail de collaboration avec le secteur sanitaire, l'ARH estime que c'est un axe stratégique que l'on a pas assez développé. On ne peut pas obliger les autres à travailler avec nous s'ils ne le veulent pas.

Mais la Tutelle nous a approuvé sur les choix et les orientations de notre PSI en interne et avec le secteur libéral ».

➤ 3.5.2.1 c Pas de peur pour l'avenir des activités

Les acteurs de ces établissements n'ont pas peur de l'avenir. Ils reconnaissent qu'ils doivent s'adapter à leur environnement en développant des coopérations mais leurs activités en interne ne peuvent que croître. Que d'une vision interne, ils doivent s'engager dans une vision sectorielle, c'est à ce niveau que le PSI de 2^{ème} génération est vécu comme une nouvelle expérience. En effet, en 1992, les acteurs étaient engagés dans un processus interne de développement et pour cela ils avaient acquis des savoirs, des capacités, de nouveaux comportements. Aujourd'hui ils doivent enrichir ces acquisitions par un engagement dans une approche plus large, en intégrant à cette démarche des acteurs extérieurs à l'établissement.

« Dans nos établissements on ne remet pas en cause nos activités. C'est plus facile pour le SSI ».

« En interne, on arrive à bien travailler sur les axes du PSI, mais aller travailler avec les autres collègues du secteur..... On ne maîtrise pas bien cette nouvelle façon de travailler. En 1991 on était beaucoup resté en interne, faire l'ouverture sur l'extérieur aujourd'hui, on manque un peu de repères mais si on a un peu de temps on arrivera à le faire ».

➤ 3.2.2.1 d Le manque de moyens

Les acteurs du SSI expriment l'idée que l'une des réticences à s'engager au niveau du secteur est due au fait que s'ils développent de nouvelles collaborations, ils risquent de manquer de moyens et notamment humains.

Ils estiment avoir déjà une forte activité en interne et qu'un engagement du SSI, dans une démarche sectorielle, sans moyens supplémentaires serait voué à l'échec. Ils émettent l'idée d'un probable redéploiement d'effectifs du secteur pour ces activités nouvelles, mais concèdent que cela n'est pas de leur autorité.

«On veut bien s'engager sur le secteur, mais comment faire avec nos moyens limités. La Picardie n'est pas sur le plan sanitaire une région riche alors.... Sauf à créer des postes ou redéployer des effectifs... ».

« Lancer la dynamique de changement avec le PSI en 1992 n'a pas été simple. On est resté en interne à cette époque. Aujourd'hui grâce à cela on a cherché à travailler autrement, mieux, je dirais, mais à moyens quasiment constants Ce sera difficile d'engager le SSI au niveau du secteur, sans création de moyens ».

➤ 3.5.2.1 e De l'accréditation

Pour les acteurs, l'accréditation est un nouvel enjeu. Dans le cadre du PSI de 1^{ère} génération, l'axe qualité avait été travaillé, en matière d'hygiène, d'accueil, de sécurité transfusionnelle, etc..... Les nouvelles modalités définies pour réaliser l'accréditation et ses conséquences sont connues par les acteurs du SSI. Ils estiment que cette procédure permettra de valoriser le travail du SSI et plus largement la qualité des soins de l'établissement.

Ils ne perçoivent pas cela comme une difficulté majeure, même s'ils reconnaissent que le référentiel édité par l'ANAES demande aux équipes des apprentissages nouveaux tels qu'une vigilance accrue, le respect des règles, la responsabilisation plus importante des acteurs du SSI dans l'accompagnement des patients.

« L'accréditation, c'est une nouvelle procédure, mais globalement on faisait déjà cette démarche. On doit s'engager dans la procédure d'ici la fin de l'année. En fait, cela nous permettra de voir où l'on se trouve par rapport au référentiel ».

« Tout le monde parle d'accréditation, on se tient informé de l'expérimentation en cours dans certains établissements, mais on n'est pas inquiets. Il nous reste du travail à faire, mais avec l'auto évaluation, on aura une idée. De toute façon, on s'est procuré le référentiel et on a inclu certaines données dans le PSI ».

Dans les établissements pivots, les acteurs du SSI s'impliquent dans une démarche institutionnelle. La connaissance des acquis développés par les acteurs en 1991 -1996, permettent aujourd'hui à ceux-ci de se montrer confiants quant à l'avenir de leur établissement. Le processus d'apprentissage par l'expérience du PSI perdure. Cependant, dans ce nouveau projet, la nécessité de s'impliquer sur le secteur sanitaire rencontre des obstacles émanant, aussi bien de l'établissement pivot, que des partenaires de soins du secteur. Cette ouverture sur l'extérieur demande aux acteurs du SSI de continuer à travailler sur des apprentissages plus larges. A contrario, la procédure d'accréditation ne semble pas inquiéter les acteurs. Cela peut être dû au fait que la qualité est déjà un axe développé, que l'avenir de la structure n'est pas remis en cause, qu'il existe une certaine sécurité pour le personnel. A noter, néanmoins, que les moyens apparaissent comme un facteur fort dans la continuité de l'implication des acteurs dans le cadre d'une démarche par projet.

On perçoit un attentisme lié à la définition des moyens qui pourraient être alloués dans cette dynamique d'adaptation et de changement de type 2 pour les acteurs du SSI de ces établissements.

□ 3.5.2.2 Le projet de soins infirmiers dans les établissements de proximité

Au niveau des deux établissements de proximité, le PSI de 2^{ème} génération n'est pas encore dans sa phase d'élaboration. De cette réalité, les acteurs du SSI nous donnent des explications.

➤ 3.5.2.2 a Pas de démarche institutionnelle

Il n'existe pas de projet d'établissement pour ces deux établissements.

La difficulté vient du projet médical, du fait de la remise en cause de certaines activités par l'ARH. Cela suscite des blocages. Le SSI se retrouve dans l'attente de ce projet médical pour élaborer son PSI de 2^{ème} génération.

« On n'a pas de projet médical, on ne sait pas où l'on va, comment pouvons nous travailler avec le SSI »

« Le directeur ne sait pas ce qui va arriver à l'hôpital dans les mois qui viennent, alors on travaille sans perspective sûre ».

➤ 3.5.2.2 b De nombreuses incertitudes

Dans ces établissements on perçoit la difficulté pour les acteurs du SSI d'avoir une vision de l'avenir. Ils semblent ne pas maîtriser leur destin. Depuis 1996, ce sentiment semble accru. Ils sont dans l'attente. Ils ne peuvent anticiper.

« Tous les 6 mois on nous dit que l'on va fermer la chirurgie, la maternité et en fait rien ne se produit, alors on attend. On ne sait pas où l'on va ».

« comment voulez-vous faire des projets quand on ne sait même pas l'avenir de l'hôpital. Aucune décision n'est prise ».

➤ 3.5.2.2 c Les peurs individuelles

On perçoit la peur pour les acteurs, de manière individuelle, avec un fort sentiment de remise en cause de leur avenir au sein de l'hôpital. Ils notent le fait que beaucoup d'acteurs du SSI cherchent, devant les incertitudes, à quitter ces établissements, notamment le personnel qualifié. Le corps médical aussi est dans cette dynamique.

« Au niveau du SSI, les personnels de bloc, les anesthésistes essaient de trouver des places dans des hôpitaux plus importants, même les infirmières. Ils ont peur pour leurs emplois ».

« Vous savez, ce problème est important. Les médecins s'en vont, le directeur est démobilisé car le corps médical s'appauvrit, cela se répercute sur tout l'établissement. Les personnels n'ont plus confiance et s'interrogent sur leur propre avenir ».

➤ 3.5.2.2 d Le sentiment de doute

Le PSI de 1^{ère} génération a été vécu de manière très positive pour les acteurs du SSI. Ceux-ci expriment l'idée d'une forte motivation des personnels du SSI. L'avenir n'était pas en jeu. Aujourd'hui, ils se sentent en difficulté par rapport aux espoirs qu'ils avaient mis en place à cette époque. Ils s'étaient engagés dans une dynamique de changement, du fait de la structure, ils avaient le sentiment de développer des soins de qualité pour répondre aux besoins de la population.

Aujourd'hui, l'environnement leur apparaît hostile, remettant en cause toute cette dynamique et les acquis de cette expérience. Ils ne perçoivent pas comment ils vont pouvoir sortir de cette spirale de démotivation, tant que des décisions ne seront pas prises.

«En 1991, on les a fait rêver. On s'était lancé dans ce PSI avec beaucoup d'ardeur. On était disponible, on cherchait à être plus performant, on était plein

d'espoir. Aujourd'hui face à la situation, on fait grise mine. On ne sait pas comment faire pour relancer la mécanique ».

« Aujourd'hui, travailler sur un PSI, dans les circonstances actuelles, cela me paraît impossible. Les personnels ne sont plus disponibles dans leur «tête» pour cela. C'est dommage on peut encore faire des choses mais à court terme ».

➤ 3.5.2.2 e La peur de l'environnement

Concernant la possibilité de coopération entre les établissements, les acteurs de SSI sont dans une incertitude forte.

Ils ne connaissent pas tous les enjeux. L'information qu'ils reçoivent est modulable en fonction des émetteurs. Si certains entrevoient cela comme une possibilité de continuer le travail entrepris depuis 1991, d'autres perçoivent cela comme une menace forte avec le sentiment d'une « phagocytose » de leur établissement par un plus important et sans doute la disparition des services actifs.

« La coopération entre établissements sur le secteur est sans doute un moyen pour assurer notre avenir. Mais il faut que les règles soient claires. Aujourd'hui, on n'a plus l'impression que l'on veut prendre nos activités et nos moyens »

« Coopérer c'est bien, mais les médecins ne sont pas d'accord. Nous, on a des relations, des groupes de travail avec le centre pivot. Au début on est méfiant mais avec le temps on a créé des liens de confiance. Si la même chose était possible avec les médecins ! ».

➤ 3.5.2.2 f L'accréditation

L'accréditation est vécue comme un enjeu favorable pour valoriser les acteurs du SSI et la reconnaissance du travail entrepris depuis 1991. Concernant le travail infirmier et paramédical, ceux-ci entrevoient cette procédure d'accréditation comme un point positif pour l'ensemble des

acteurs du SSI car cela permettrait de valider le chemin parcouru depuis 1991. Fait par un organisme externe, cela est pour eux un gage de neutralité fort qui pourrait influencer sur les décisions à venir. Cela pourrait avoir un impact important pour «redynamiser » le SSI dans une dynamique de changement et d'évolution. Elle permettrait, selon leur avis, de valoriser l'expérience du PSI et les acquis qui ont balisé cette expérience

« L'accréditation, nous y sommes favorables. Même, si tout n'est pas parfait on pourrait quand même voir le chemin parcouru et aussi le chemin qu'il nous reste à faire ».

«La procédure d'accréditation, on s'appuie là-dessus pour remotiver les personnels. Pour montrer que ce que l'on fait c'est aussi bien, voire mieux que les autres. On est un petit établissement et cela fait longtemps que l'on essaie de valoriser notre image de marque. Une certaine reconnaissance de ce travail serait un point fort pour continuer à nous battre pour notre établissement et les services qu'il rend à la population ».

«On se sent prêt pour l'accréditation. Le directeur est partant. Dans l'avenir, ce pourrait être quelque chose de fort dans les futures négociations, décisions concernant l'avenir de l'établissement ».

Au niveau des établissements de proximité nous constatons que l'environnement, et notamment depuis l'Ordonnance d'avril 1996, influe sur les perspectives d'évolution. Les acteurs du SSI se sentent incapables d'anticiper leur avenir face aux incertitudes qu'ils perçoivent comme des menaces.

Certains adoptent d'ailleurs des attitudes de fuite ou d'attentisme, face à cette situation. Les acquis liés à l'apprentissage expérientiel du PSI de 1^{ère} génération semblent fortement mis en retrait, au regard de cette nouvelle réalité.

Un certain défaitisme s'installe progressivement au sein de l'établissement et au niveau du SSI. Ils rejettent leurs espoirs sur la procédure d'accréditation dont ils espèrent qu'elle leur donnera la possibilité de valoriser le travail entrepris et les acquis déjà réalisés en matière d'organisation, de relations et de dynamique de changement.

3.5.2.3 L'analyse globale au regard de l'hypothèse N°2

Cette hypothèse affirmait que :

« le contexte environnemental et la connaissance des enjeux définis par l'Ordonnance de 1996, ont une influence sur l'appropriation par le SSI des processus d'apprentissage et la dynamique de changement initiés par le PSI de 1^{ère} génération et leur mobilisation dans le cadre du PSI de 2^{ème} génération » .

Nous constatons que selon la structure des établissements, il existe une appréhension différente de la réalité environnementale et des enjeux définis par l'Ordonnance d'avril 1996.

Les établissements pivots sont plus dans une logique d'adaptation et d'ouverture sur leur environnement Le SSI est engagé dans cette dynamique. Les acquis élaborés pendant la phase du PSI de 1^{ère} génération sont des éléments qui interfèrent dans celui de 2^{ème} génération. Les difficultés qui semblent un peu bloquer cette dynamique concernent l'accroissement des moyens et la volonté du corps médical pour s'investir sur le secteur.

Pour les établissements de proximité, l'avenir est semé d'incertitudes qui ne permettent pas aux acteurs du SSI d'anticiper leur avenir et de valoriser les acquis de leur apprentissage expérientiel par le PSI de 1^{ère} génération.

Beaucoup d'acteurs, au sein de ces établissements, sont concernés par leur problème individuel et de ce fait ne peuvent s'investir dans une démarche collective. On est dans une position de « statu quo » peu favorable à une remise en action d'un nouveau cycle d'apprentissage et de changements. Seule la procédure d'accréditation semble capable, selon leur point de vue, de redonner l'envie aux acteurs du SSI de se motiver dans un nouveau projet.

Aujourd'hui, ils se trouvent confrontés à la nécessité de faire des changements de type 2³⁴ et d'accéder à des apprentissages de niveau 3.

En définitive, nous retiendrons finalement les propos suivants pour résumer l'exploitation des entretiens. En effet, ceux-ci démontrent que, si le PSI appréhende l'amélioration de la qualité des soins, sa «redynamisation» dans le cadre du PSI de 2^{ème} génération pose des difficultés, quels que soient les établissements de santé.

Les établissements pivots sont en difficulté dans la vision du PS au niveau du secteur, les établissements de proximité dans la vision en interne de leur avenir. Le DSSI, au regard de ses missions, s'il se positionne comme «chef de projet» dans le processus de l'élaboration du PS, se doit de considérer son rôle dynamisant et sa qualité de «personne ressource» dans cette stratégie d'action.

L'élaboration et la mise en œuvre du PS de 2^{ème} génération, dont la réalisation est prévue par le DSSI, nécessitent l'engagement d'une réflexion pluridisciplinaire et le développement d'un management participatif afin de répondre aux objectifs liés à la qualité des soins.

Réimpulser une dynamique de changement et s'impliquer dans une démarche d'accréditation nécessitent, par conséquent, d'impliquer les personnels du SSI et d'associer les partenaires médicaux et paramédicaux dont l'objectif serait d'assurer une meilleure prise en compte du patient, et d'améliorer la qualité, la sécurité et la continuité des soins.

³⁴ Opus cit pp31-32.

L'exploitation des entretiens a montré les difficultés d'engager le SSI dans un nouveau projet compte tenu de la situation spécifique de chaque établissement.

La mise en place d'une dynamique de projet s'avère indispensable pour mobiliser les équipes soignantes autour d'un projet fédérateur.

Il est de la responsabilité du DSSI, au regard de ses missions et des orientations du Service Public Hospitalier, de mettre en œuvre un projet qui doit se traduire par la mise en place d'une politique et d'un projet de soins fédérateur.

Il se doit d'impliquer les acteurs de son service dans une dynamique de projet, tout en tenant compte des éléments internes et externes qui influent sur cet engagement.

Nous pouvons évoquer à travers cette dynamique d'impulsion d'un projet de 2^{ème} génération, la notion de cohésion et de cohérence nécessaire au regard d'une démarche participative.

Dans le quotidien et dans notre démarche de travail, nous souhaitons aboutir à la réalisation d'actions concrètes, tendant à l'amélioration de la prestation de soins, mais aussi à l'amélioration de la satisfaction au travail des acteurs.

Notre démarche visera à s'appuyer sur l'encadrement et sur les acteurs de l'institution hospitalière.

La démarche projet recherche à satisfaire les priorités de l'hôpital, et à améliorer son fonctionnement. Il est donc nécessaire, non seulement d'améliorer l'image de marque de l'institution, mais surtout de répondre aux besoins et aux attentes des personnes qui nous sont confiées.

En effet, le PSI promeut des orientations pour le personnel soignant et elles ont des incidences pour l'établissement, notamment celles liées à l'amélioration de la qualité des soins et de l'implication des actions soignantes dans ce projet.

Le projet de soins de 2^{ème} génération doit s'appuyer sur l'Ordonnance du 24/04/96 qui prescrit l'obligation de :

- Réimpulser la dynamique de changement dans un nouveau projet
- prendre en compte «l'utilisateur »
- mettre en place un processus d'évaluation continue
- préparer l'accréditation

L'engagement dans cette dynamique de projet, quel que soit l'établissement, nécessite au préalable d'en mesurer les conséquences, par une réflexion portant sur l'analyse de l'existant, jusqu'à l'évaluation de la mise en œuvre, en vue de réajustements.

Le projet implique une méthodologie d'action menée par l'infirmier général, pour fédérer les acteurs soignants autour d'un projet commun.

Quels sont les préalables nécessaires à cette action ?

Comment rassembler et impliquer les acteurs soignants pour réaliser l'objectif ?

4 - QUATRIEME PARTIE

LE PLAN D'ACTION

4.1 Les préalables nécessaires à l'initialisation du projet de soins.

4.1.1 Etre en phase avec les missions spécifiques de la fonction d'Infirmier Général

Le rôle de l'Infirmier Général (IG), sur la conception et l'action au niveau des projets, se situe au regard des missions fixées par voie réglementaire.

Le décret 89-758 du 18/10/89 précise dans son article 2 : les infirmiers généraux de première classe sont responsables du SSI de l'établissement dans lequel ils exercent leur fonction. Ils participent à l'équipe de direction.

La circulaire DH/8D 90 n° 401 du 02/10/90 indique que les infirmiers généraux participent :

- à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux en liaison avec le corps médical et avec les autres corps d'encadrement concernés
- à la qualité des soins, à l'amélioration constante des conditions de séjour des malades
- à l'amélioration des conditions de travail des personnels soignants
- s'attachent à développer les informations et les communications entre les différents personnels des équipes de soins et à favoriser l'expression de chacun

Ainsi, si l'infirmier général est garant de la qualité des soins infirmiers il se doit de favoriser la mise en place d'un projet pluridisciplinaire et d'actions qui s'orientent vers une prise en charge de qualité des patients et de leur famille.

L'infirmier général est aussi garant de la qualité de vie au travail des personnels.

Au regard de ces missions, l'infirmier général va avoir dans le cadre de la dynamique de changement initiée par le PSI, l'obligation de gérer son service mais aussi de le mener, le conduire vers un « futur désiré » et d'être le leader. Ceci doit se traduire par la mise en œuvre d'une politique et d'un projet de soins de 2^{ème} génération intégrant les obligations réglementaires.

Ce projet visera à donner du sens à notre travail et à l'enrichissement de nos pratiques quotidiennes, afin d'améliorer et d'apporter une meilleure réponse aux besoins de la personne soignée. Il devra être un temps fort et privilégié pour permettre de fédérer les services de soins mais aussi tous les acteurs soignants, techniques, medico-techniques dont tous les efforts devront converger vers l'amélioration de la prise en charge de la personne soignée et de sa famille.

Il devra se traduire par la mise en place d'une stratégie de projet et d'un style de management participatif/fédérateur.

4.1.2 L'infirmier général et la mise en place d'un mode de management et de la stratégie de réalisation

□ 4.1.2.1 L'infirmier général et la mise en place d'un mode de management

Notre conception de l'action de l'infirmier général se situe au niveau du mode de management que nous souhaitons mettre en œuvre. Ce management doit tendre à concilier les objectifs de l'institution, les attentes du corps social et des personnes soignées qui nous sont confiées.

La mise en place d'une démarche participative, impliquant les personnels soignants, organisée et planifiée dans le temps, négociée avec le Directeur d'établissement, l'équipe de direction et les instances, transparente grâce à un support d'informations, de négociations et de

communication, devra permettre l'élaboration d'un projet de soins de 2^{ème} génération orienté vers :

- le respect des acteurs
- la reconnaissance de leurs compétences , de leur spécificité
- la responsabilisation des acteurs
- la qualité des soins
- la créativité
- l'innovation des soins

tout en tenant compte des acquis déjà réalisés dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre du PSI de 1^{ère} génération.

Nous devons donc impulser une dynamique et une stratégie de changement pour donner un sens au soin dans une perspective soignante.

□ 4.1.2.2 La stratégie de réalisation

Notre stratégie s'appuiera sur une stratégie de communication et d'implication des acteurs soignants. (appel au volontariat des acteurs internes et externes du SSI, constitution d'un groupe de pilotage, information et communication descendante et ascendante entre l'équipe de direction, les instances et tous les acteurs de l'institution).

Cette stratégie s'appuiera aussi sur une analyse (type audit) des points forts et des points faibles dans le domaine des soins.

Elle visera à déterminer les objectifs, les axes de développement de l'établissement dans le domaine des soins. Elle nous permettra de définir les programmes, les moyens nécessaires et l'implication des acteurs des différents métiers de l'hôpital dans cette démarche.

L'acte de management que constitue le PSI visera pour nous à :

- définir et mettre en œuvre une stratégie de communication et d'implication des acteurs intra et extra hospitalier.
- Optimiser la qualité des soins et la satisfaction des usagers. Cela suppose une analyse de l'existant afin d'évaluer les prestations de soins et de déterminer la politique, le PSI et les axes de développement.
- Motiver ou « remotiver » l'ensemble des partenaires soignants en les recentrant sur un objectif commun « les soins et l'amélioration du séjour et du suivi interne et externe de la personne soignée ».
- Contribuer au développement de l'établissement et à la valorisation de son image aussi bien en interne qu'en externe.
- Préparer la procédure d'accréditation.

□ 4.1.2.3 Le directeur du service de soins infirmiers, l'équipe de direction et les Instances Consultatives

En tant que DSSI, membre de l'équipe de direction, avant toute démarche relative au projet de soins, nous nous devons de rechercher l'adhésion et l'approbation du Directeur de l'établissement et de l'équipe de direction dans le cadre de la future élaboration du PS.

Pour cela nous :

- ⇒ solliciterons des avis éclairés pour rester en cohérence avec la politique instituée au sein de l'équipe et des axes de travail du projet d'établissement,
- ⇒ informerons des projets déjà réalisés et évalués,
- ⇒ déterminerons la méthodologie que nous souhaitons mettre en place au regard d'une démarche de management participative, de

la constitution d'un groupe de pilotage pluridisciplinaire et de la mobilisation des acteurs internes et externes que nous souhaitons réaliser,

- ⇒ engagerons à solliciter leurs avis et leurs critiques au niveau des différentes étapes du projet et de leur active participation,
- ⇒ solliciterons le Directeur de l'établissement pour donner les **axes de développement de l'établissement, lever les incertitudes liées à l'environnement et ainsi donner une vision de l'avenir indispensable dans la démarche projet,**
- ⇒ solliciterons l'implication du Directeur d'Etablissement, afin d'élargir et de faire partager ce projet au corps médical et aux membres des différentes instances (Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement),
- ⇒ solliciterons la CSSI à propos du projet de soins que nous souhaitons instaurer, au travers de la notion de pluridisciplinarité et de complémentarité,
- ⇒ solliciterons, avec l'accord du Directeur de l'Etablissement, les avis des instances consultatives, au cours des différentes étapes du projet et inciterons à l'engagement d'une démarche participative avec ces représentants.

En portant à la connaissance de tous les valeurs qui sous-tendent notre réflexion, notre management participatif et notre vision de la conduite de projet nous devrions permettre l'émergence des facteurs de réussite.

4.2 L'analyse de l'existant

Dans cette démarche, il s'avère essentiel de s'interroger sur l'existant de l'établissement.

L'audit se doit de procéder à un recensement exhaustif de l'image interne et externe de la prestation offerte dans le domaine des soins et des difficultés rencontrées par le personnel des services de soins.

Celui-ci doit s'intéresser :

- ⇒ à l'ensemble de l'organisation des soins et des équipes.
- ⇒ aux outils utilisés dans la réalisation, le suivi des soins et leurs évaluations,
- ⇒ à la politique d'information et de communication de l'établissement,
- ⇒ au style de management existant
- ⇒ à l'analyse de l'environnement et des perspectives d'évolutions
- ⇒ au degré d'appropriation du PSI de 1^{ère} génération et aux acquis organisationnels et comportementaux que celui-ci a induit dans l'établissement de santé.

Notre position est stratégique dans cette démarche. Nous devons impulser la méthodologie au recueil d'informations et faire connaître auprès de l'encadrement soignant l'objectif de cette démarche, par l'intermédiaire de réunions et d'outils adaptés.

4.2.1 Définir une conception de soins

La démarche projet nécessite de s'appuyer sur des concepts et des valeurs qui se doivent d'être appropriés par les personnels de l'institution.

Le partage des concepts permet l'adhésion d'une majorité des personnels à ce projet au sein de l'hôpital.

Les valeurs préalablement définies donneront un sens à la pratique soignante et aux activités de soins pour et avec l'usager.

C'est à partir de ces valeurs que devra se constituer le socle de l'élaboration de la conception de soins, de la politique de soins et sa concrétisation dans le projet de soins.

Elle s'engage avec la constitution d'un groupe projet pluridisciplinaire animé par le DSSI.

4.2.2 Le groupe projet

Ce groupe est constitué d'acteurs de métiers différents, chacun avec ses spécificités permettant ainsi d'intégrer toutes les approches dans l'élaboration de la conception de soins de l'établissement.

Elle doit être composée :

- ◆ Du Directeur d'Etablissement
- ◆ Du Président de CME
- ◆ Des représentants des médecins, du SSI, des Instituts de formation en Soins Infirmiers, des personnels médico-techniques et autres paramédicaux.

Ces personnes doivent être volontaires, motivées dans cette démarche collective et représentative de chaque service, afin d'assurer avec les

cadres soignants, le lien entre les acteurs des services de soins et le groupe projet.

Ce groupe aurait pour mission :

- ◆ de mettre en place toute la méthodologie et la stratégie pour élaborer une conception de soins.
- ◆ de piloter les étapes du projet,
- ◆ de participer au recueil et d'analyse des données,
- ◆ de collecter les informations émanants des acteurs internes et externes à chaque étape pour validation et réajustement,
- ◆ de définir les axes de progrès et les modalités d'actions,
- ◆ d'assurer une communication à chaque étape avec les services de soins.

Pour aider ce comité de pilotage, on pourrait proposer au Directeur de l'Etablissement de mettre en place un comité de pilotage «décideur ».

Sa composition devrait comprendre le Directeur d'Etablissement, le Président et/ou le Vice- Président de la CME et des membres de l'équipe de Direction. Ce groupe aurait pour mission d'assurer la cohésion et la cohérence de la démarche et de décider les actions à mettre en œuvre en lien avec les différents projets de l'établissement.

4.2.3 La construction du projet de soins

Si l'analyse de l'existant a permis de dégager les points forts et les points faibles, au regard des soins, il nous apparaîtra possible de déterminer les axes de progrès prioritaires par le comité de pilotage et les acteurs eux-mêmes.

Il nous sera possible de rédiger, en équipe pluridisciplinaire, ce projet de soins de 2^{ème} génération, porteur de sens et de valeurs, visant à répondre :

- ⇒ aux soins aux usagers (qualité, continuité, prescription médicale, rôle propre et accompagnement de fin de vie, développement des soins individualisés à partir des diagnostics infirmiers et de la démarche de soins),
- ⇒ l'organisation des soins (mettre en adéquation les besoins en soin des usagers et les moyens nécessaires en personnel, qualification, temps, matériels et logistiques, l'adhésion à des réseaux de soins, des complémentarités au sein d'un secteur sanitaire),
- ⇒ l'évaluation (pratique des soins, évaluation qualitative et quantitative, satisfaction des usagers, méthodes d'organisation des soins, des personnels),
- ⇒ à la formation (maintien des compétences, accroissement des qualifications et des compétences, la contribution à la formation initiale et continue, la promotion des projets professionnels et individuels),
- ⇒ à la recherche en soins infirmiers.

Ce projet de soins s'inscrira dans un système de communications et d'informations en aval, auprès de la Direction, du Président de CME et des instances, et en amont à tout le personnel soignant de l'établissement de santé. Il devra permettre ainsi l'appropriation de ce projet par l'ensemble des acteurs.

4.3 L'implication de l'encadrement soignant

Le DSSI doit impliquer l'encadrement dans cette dynamique de projet pour assurer le lien entre les acteurs des services de soins et le comité de

pilotage. Ceci passe par des réunions d'informations et de communication sur l'élaboration du projet de soins.

Notre démarche vise à s'appuyer sur l'encadrement soignant. Les cadres sont des acteurs importants dans la démarche participative. Au près des équipes, ils assurent un rôle important d'animateurs, de leaders et de pédagogues. Les faire adhérer à la démarche projet apparaît comme un préalable fondamental.

4.3.1 La stratégie d'accompagnement des cadres

Nous devons situer notre action dans l'aide et l'accompagnement des cadres, afin de bien cerner leur rôle dans la dynamique de projet.

En fonction de chaque cadre, il peut exister des difficultés à s'approprier la démarche projet et des comportements différents peuvent émerger.

Le management participatif demande une forte implication et il apparaît nécessaire de :

- ⇒ resituer la fonction d'animation, de coordination, de leader des cadres soignants,
- ⇒ élaborer avec eux un projet de concrétisation du projet et une échéance des réalisations,
- ⇒ minimiser les résistances au changement avec quatre règles de base³⁵ :
 - ♦ « Le O (zéro) mépris en faisant exprimer les résistances, les craintes. En les reconnaissant comme légitimes et de ce fait atténuer les préjugés.
 - ♦ La crédibilité du responsable projet pour éviter de nouvelles résistances.

³⁵ BARJOU B. « Manager par projet » Edit ESF, Paris 1998. P19.

- ♦ Le temps et les moyens proposés sont crédibles pour s'approprier le changement. Les CIS sont impliqués par l'explication des enjeux, des règles et des moyens mis en place.
- ♦ L'information au début et au décours du projet est essentielle pour donner aux acteurs une lisibilité. Cette information doit porter à la fois sur le pourquoi, le quoi faire, le comment faire, les comportements et les résultats attendus ».

□ 4.3.1.1 Les cadres infirmiers supérieurs (CIS)

Les CIS sont des relais importants pour la réalisation et l'atteinte des objectifs attendus par cette démarche.

L'encadrement supérieur doit être notre relais permanent dans la dynamique enclenchée par la démarche projet.

Son rôle est :

- ⇒ d'animer les cadres dans leur secteur d'activité,
- ⇒ de faciliter le décloisonnement des unités,
- ⇒ d'assurer dans leur fonction de conseil, la méthodologie de la dynamique de projet, en terme d'accompagnement et d'apport méthodologique d'outils,
- ⇒ de fixer le calendrier et de procéder à l'évaluation de l'avancée du projet,
- ⇒ de nous rendre compte du déroulement du projet, des difficultés rencontrées afin que nous puissions réajuster notre stratégie et faciliter ainsi l'atteinte des objectifs,
- ⇒ de s'engager dans une démarche d'évaluation de la qualité des soins et de la satisfaction des usagers.

□ 4.3.1.2 L'accompagnement des cadres par un formateur extérieur

Les objectifs du formateur seraient :

- ⇒ de recenser et d'analyser les acquis développés au cours de l'élaboration, de la mise en œuvre du PSI de 1^{ère} génération et de se servir de ces acquis pour le PS de 2^{ème} génération,
- ⇒ d'aider à l'initialisation de la démarche projet,
- ⇒ de mesurer les étapes et les avancées du projet. D'évaluer son impact, mais aussi les difficultés de sa réalisation,
- ⇒ de mettre en évidence les points forts et positifs, en fonction des travaux réalisés par les soignants,
- ⇒ de cerner les attentes des soignants et les opportunités d'axes de réflexion communs.

Cette aide nous permettrait de connaître, avec un avis extérieur, les difficultés et les avancées du projet.

4.4 L'Infirmier Général et la politique de formation continue

La mise en place des axes de formation continue s'appuie sur l'encadrement afin de recenser les besoins au plus près possible des attentes du personnel. En fonction des orientations prises dans chaque service, en relation avec le corps médical et la Direction des Ressources Humaines, nous pourrions élaborer une politique de formation continue, centrée sur la démarche projet et la dynamique de changement.

Nous devons orienter notre politique vers l'évolution de l'adaptation à l'emploi, la remise à niveau des connaissances des acteurs, le développement des projets professionnels et individuels. Nous devons inciter l'encadrement à se former ou se perfectionner sur le management participatif et motivationnel, sur

la conduite de projet, les méthodes de résolutions de problèmes, les formations aux techniques d'entretiens et, en tout état de cause, à toutes les formations qui concourent à la qualité des soins et à la prise en compte des attentes du personnel. Dans le cadre du PSI de 2^{ème} génération, en fonction de l'environnement de l'établissement de santé et des perspectives d'avenir, la formation continue est un point important pour relancer et motiver les personnels dans cette dynamique de changement. Le développement de la procédure d'accréditation, impulsée par l'Ordonnance du 24/04/96, est un point fort dans cette dynamique visant à mobiliser et à valoriser les acteurs.

L'inscrire comme un axe de progrès et dans les orientations de la formation continue nous apparaît essentielle au regard de l'exploitation de nos entretiens dans le cadre de cette recherche.

4.5 L'évaluation du PS de 2^{ème} génération

Il est important de mettre en place des procédures d'évaluation du PS de 2^{ème} génération.

Celles-ci viseront à mesurer l'impact de ce projet au sein de l'établissement de santé mais aussi la satisfaction des usagers. Dans le cadre du projet, en équipe pluridisciplinaire, l'IG devra motiver les acteurs à élaborer des indicateurs et des outils pour évaluer les incidences d'un nouveau projet de soins dans la dynamique de changement. Cette évaluation nous permettra, par une politique d'information et de communication, de valoriser le travail entrepris par les acteurs soignants dans le choix de la «vision future» qu'ils envisagent pour eux et pour la personne soignée. Cette démarche d'évaluation nous permettra de réajuster, en fonction des résultats, notre politique de communication et

d'information, au plus près de la réalité.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, il nous apparaît indispensable d'associer tous les soignants à la dynamique de projet de soins de 2^{ème} génération. En effet, c'est ensemble que nous devons orienter le «Soin » et la manière de participer à sa dispensation.

Tout l'objet de notre réflexion vise à fédérer les acteurs soignants autour d'un but commun, «la personne soignée et sa famille ».

Certes, en fonction de l'établissement de santé, de son environnement, de ses perspectives d'avenir, il nous faudra tenir compte de sa culture, de son histoire, du mode de management engagé et des acquis réalisés par la réalisation du PSI de 1^{ère} génération, pour faciliter l'engagement des soignants dans ce nouveau projet. Une démarche participative, approuvée par l'équipe de direction, nous semble fondamentale pour réussir.

Des incertitudes subsistent, liées au contexte de l'établissement et des orientations réglementaires. Il semble essentiel de lever ces incertitudes au niveau de l'établissement. La Tutelle a un rôle important de balisage « du chemin » pour aller vers un « futur désiré ».

L'IG, dans cette démarche, doit se situer comme facilitateur et fédérateur, tout en respectant les compétences et les missions de chacun.

Pour réussir, l'encadrement du SSI est un vecteur important pour faciliter l'engagement et l'adhésion des acteurs dans cette dynamique de changement «réimpulsée » par le PS de 2^{ème} génération.

Une vision plus claire de l'avenir nous permettra de nous engager dans une dynamique de changement, visant à répondre aux attentes de «la personne soignée » et des personnels et de travailler sur d'autres modes de relations et de travail en pluridisciplinarité, en complémentarité, aussi bien en interne qu'au niveau d'un secteur sanitaire. Cette «visée » permettra aux acteurs de

développer de nouveaux apprentissages dans un contexte donné et offrira des perspectives d'évolution pour les acteurs.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

ARBUZ G. «*Réussir le changement de l'hôpital* », Paris, InterEditions, juin 1999.

ARCHIER G. et AL. «*Mobiliser pour réussir* », Paris, Ed du Seuil, 1989.

BARJOU B. «*Manager par projet : méthodes et comportements pour animer hors statut hiérarchique* », Edit. ESF, Paris, 1998.

BERGER P. «*La rumeur de Dieu* », Centurion, Paris, 1972.

BLANCHET A., GOTMAN A. «*L'enquête et ses méthodes : l'entretien* », Nathan, Paris, août 1997.

BOUTINET JP. «*Psychologie des conduites à projet*», PUF, Paris, 2^{ème} édition, mai 1996.

BRUNETIERE D. «*Anthropologie culturelle du projet, ou les pré-requis liés au temps* », Edit L'Harmattan, 1992.

CHAUVET A. «*Méthodes de management – le guide* », Les Editions d'Organisation, Paris, septembre 1995.

CREMADEZ M., GRATEAU F. «*Le management stratégique hospitalier* », InterEditions Masson, Paris, 2^{ème} édition, avril 1997.

GADMER HG. «*Vérités et méthodes* », Edit Seuil, Paris, 1976.

HONORE B. «*La santé en projet* », InterEditions, Paris, 1996.

HONORE B. «*Pour une théorie de la formation* » Edition Payot, Paris, 1977.

JOLY M., MULLER JL. «*De la gestion de projet au management par projet* », AFNOR, Paris, 1994.

KOLB DA. «*Experiential learning* », Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1984.

KOURILSKY F. «*Du désir au plaisir de changer* », Edit Inter Editions, Paris, 1995.

LE BŒUF et AL. « *Le projet d'entreprise* », Edit ESF, Paris, 1991.

LE SAGET M. «*Le manager intuitif, une nouvelle force* », Dunod, Paris, 1992.

MAUDET C. «*Approche didactique des apprentissages* », Edit E. Robert, Lyon, 1987.

QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. «*Manuel de recherche en sciences sociales* », Edit Dunod, Paris, 1995.

RAYNAL S. «*Le management par projet – Approche stratégique du changement* » Edit d'Organisation, Paris, 1996.

RICOEUR P. «*Temps et récits* », Tome 1, Seuil, Paris, 1983.

REVUES ET ARTICLES

ARBUZ G., DEBROSSE D. «*Changement à l'hôpital : initier une dynamique* » in revue Soins – Formation – Pédagogie – Encadrement, pp5-15, n° 19, 3^{ème} trimestre 1996, Edit Masson.

BARKATOOLAH A. «*L'apprentissage expérientiel : une approche transversale* » in revue Education Permanente, pp47-55, n°100/101, Edit Sciences Humaines, avril 1998.

BLOCH – LEMOINE M. «*Méthodes d'élaboration d'un projet d'établissement* » in Techniques Hospitalières, pp71-107, n° 555, décembre 1991.

BOUTINET JP. « Les multiples facettes du projet » in Sciences Humaines, p20, n° 39, mai 1994.

COURTOIS B. «*L'apprentissage expérientiel : une notion et des pratiques à défricher* » in revue Education Permanente, pp07-12, n°100/101, Edit Sciences Humaines, avril 1998.

DOMINICE P. «*Expérience et apprentissage : faire de nécessité vertu* » in revue Education Permanente, pp57-65, n°100/101, Edit Sciences Humaines, avril 1998.

DORE FY. «*Du réflexe conditionné à l'intelligence* » in Sciences Humaines, Dossier : Apprendre : les arcanes du savoir, pp16-19, n° 32, octobre 1993.

FINGER M. «*Apprentissage expérientiel ou formation par les expériences de vie ? : la contribution allemande au débat sur la formation expérientielle* » in revue Education Permanente, pp39-45, n°100/101, Edit Sciences Humaines, avril 1998.

GONNET F. «Les soignants et le changement » in revue ARSI n° 21, juin 1990.

KOURILSKY F. «*La communication : levier du changement à l'hôpital* » in revue Soins – Formation – Pédagogie – Encadrement, pp16-20, n° 19, 3^{ème} trimestre 1996, Edit Masson.

LANDRY F. «*La formation expérientielle : origine, définitions et tendances* » in revue Education Permanente, pp13-21, n°100/101, Edit Sciences Humaines, avril 1998.

LECOMTE J. «*Les mécanismes de l'apprentissage* » in Sciences Humaines, Dossier : Apprendre : les arcanes du savoir, pp11-16, n° 32, octobre 1993.

NADEAU JG. «*Un modèle praxéologique de formation expérientielle* » in revue Education Permanente, pp97-107, n°100/101, Edit Sciences Humaines, avril 1998.

ROELEN S. «*La quête, l'épreuve et l'œuvre. La construction du penser et de l'agir à travers l'expérience* » in revue Education Permanente, pp67-77, n°100/101, Edit Sciences Humaines, avril 1998.

DICTIONNAIRES & GUIDES

Guide du service infirmier n°3 «**Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire** », Série Soins Infirmiers.

Guide du service infirmier n°1, «**le dossier de soins** » Série Soins Infirmiers, référence 87-7bis.

MAGNON R., DECHANOZ G. et un ensemble d'infirmières et infirmiers, *«Dictionnaire des soins infirmiers »*, AMIEC. Mai 1995.

Le nouveau PETIT ROBERT, Edit Les dictionnaires Petit Robert, Paris, 1996.

DICTIONNAIRE DE PSYCHOLOGIE, DARON R., PAROT F., Edit PUF, 1998.

MEMOIRES

GARRON D. *«De l'obligation légale à une référence pour le personnel. Stratégie opérationnelle pour rendre opératoire un projet de soins infirmiers »*, Mémoire de fin d'étude, formation des Infirmiers Généraux, Rennes, octobre 1998.

TEXTES LEGISLATIFS

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

Loi du 31 juillet 1991 n°91-748 portant réforme hospitalière, parue au Journal Officiel du 02/08/91, et Décrets d'application.

Décret du 18 octobre 1994 n° 94-904 modifiant le décret n°89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la Fonction Publique hospitalière.

Décret du 18 octobre 1989 n° 89-758 portant statut particulier des infirmiers généraux de la Fonction Publique hospitalière.

SIGLES UTILISES

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DSSI : Directeur du Service de Soins Infirmiers.

IG : Infirmier Général

PS : Projet de Soins

PSI : Projet de Soins Infirmiers

SSI : Service de Soins Infirmiers