

Ecole Nationale de la Santé Publique

**Filière des infirmiers généraux
Promotion 1999**

REUSSIR LES RESTRUCTURATIONS HOSPITALIERES INTERNES PARTICIPATION DU SERVICE INFIRMIER

GOURIER SCHALL Denise

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1.
PARTIE A : DES REFERENCES THEORIQUES POUR UNE MEILLEURE COMPREHENSION DE L'HOPITAL D'AUJOURD'HUI	
I L'HOPITAL D'HIER A AUJOURD'HUI	
1.1. L'hôpital, œuvre de charité	p.3
1.2. L'hôpital, œuvre de bienfaisance	p.4
1.3. L'hôpital, centre de soins	p.6
II FONCTIONNALITE ET STRUCTURE DE L'HOPITAL D'AUJOURD'HUI	
2.1. Le rôle structurant du lit	p.7
2.2. Une organisation médicale territoriale	p.8
2.3. De la nécessité d'une organisation adaptée aux nouvelles techniques	p.9
III GESTION DE L'HOPITAL	
3.1. Maîtrise des dépenses et centralisation	p.10
3.2. Volonté de responsabilisation et de participation des acteurs de l'hôpital	p.11
IV ANALYSE SOCIOLOGIQUE DES ORGANISATIONS	
4.1. Le modèle de la bureaucratie professionnelle	p.13
4.2. L'analyse stratégique	p.15
V LE CHANGEMENT : PERSPECTIVE THEORIQUE	
5.1. Le changement selon la perspective de l'analyse stratégique	p.16
5.2. Le changement selon l'Ecole de Palo Alto	p.17
VI HYPOTHESES	p.20
PARTIE B : VALIDATION DES HYPOTHESES	
I METHODOLOGIE UTILISEE	p.24
1.1. Choix de l'échantillon	p.24
1.2. Choix des techniques de recueil	p.24
1.3. Limites de la méthode	p.26
1.3.1. Limites en lien avec l'échantillon	p.26
1.3.2. Limites en lien avec la technique des entretiens	p.26
1.3.3. Limites en lien avec la représentation des personnes interviewées	p.26

1.3.4. Limites des productions	p.27
II EXPOSE ET ANALYSE DES RESULTATS	
2.1. Présentation des établissements et des projets	p.27
2.2. Origine des projets	p.28
2.3. Préparation au changement	p.31
2.3.1. Conduite des projets	p.33
2.3.2. Vécu des soignants	p.33
2.3.3. Synthèse	p.40
2.4. Rôle de l'infirmière générale	p.44
PARTIE C : UN MANAGEMENT CENTRE SUR L'HUMAIN POUR UN PROJET D' ACTIONS D' ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT	
I UN MANAGEMENT CENTRE SUR L'HUMAIN	p.46
1.1. Le rôle d'exemplarité	p.47
1.2. Gérer un processus d'accompagnement	p.48
II PROJET D' ACTIONS	p.49
2.1. Nos objectifs	p.49
2.2. Des ressources et des contraintes	p.50
2.2.1. Des ressources	p.50
2.2.2. Des contraintes	p.50
2.3. Des propositions d'actions en regard des objectifs	p.51
2.3.1. Engager et soutenir l'encadrement	p.51
2.3.2. Ecouter et faire participer le personnel	p.54
2.3.3. Mettre en place une GPEC	p.55
2.3.4. Repenser l'organisation pour le patient	p.57
2.3.5. Prévoir une phase d'évaluation	p.58
CONCLUSION	p.59
BIBLIOGRAPHIE	p. 60

INTRODUCTION

L'hôpital est en pleine mutation.

Lieu d'hébergement à sa création, il est devenu un centre de soins hautement technique.

Cette évolution est la résultante des progrès importants des connaissances scientifiques et des prouesses techniques réalisées par la médecine.

Grâce à eux de nombreuses maladies peuvent être soignées. S'est ainsi développée une croyance en la toute puissance de la médecine qui est sollicitée pour soigner tous les maux y compris le mal de vivre.

La demande accrue de la population a engendré une offre de soins pléthorique dont le coût est devenu insupportable.

Les progrès techniques se traduisent également par la modification et la diversification des modes de prise en charge des patients. Le séjour à l'hôpital est de plus en plus court et souvent qu'une étape dans le processus de soins.

Le contexte de maîtrise des dépenses de santé, de rationalisation des moyens et de sécurité accrue a généré un important remaniement du tissu hospitalier.

Pour faciliter les restructurations inter- établissements, le législateur a prévu des dispositifs organisant les coopérations entre structures publiques ou structures publiques et privées.

Cette recomposition du tissu hospitalier s'accompagne souvent d'une restructuration interne. La segmentation actuelle de l'hôpital en services correspondant aux différentes disciplines médicales, ne répond plus aux besoins de prise en charge pluridisciplinaire des patients. Les dimensionnements inadaptés des services et la mauvaise communication entre eux créent des dysfonctionnements, sources de dépenses inutiles. Les hôpitaux ne peuvent plus faire l'économie d'une réflexion sur leur organisation interne et la coopération externe.

Le centre hospitalier dans lequel nous allons être affectée, mène dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, une réflexion en vue d'une restructuration interne pour adapter sa structure aux activités et aux modes de prise en charge. Nous entendons par mode de prise en charge les modalités de réponses dans la réalisation de la prestation de soins demandée par le patient.

Cette réorganisation se traduirait par un regroupement de services de disciplines différentes sur un même lieu géographique en vue d'une segmentation de l'hôpital par mode de prise en charge. Le découpage classique en trois grands secteurs : médecine, chirurgie, obstétrique semble maintenue.

Cette opération se solderait par une diminution de lits en hospitalisation complète au profit de l'hospitalisation de jour et/ou de semaine et redéploiement de moyens pour des activités nouvelles.

Ces changements sont l'opportunité pour :

- la Direction, d'améliorer les conditions d'accueil et de confort des patients et de conforter les équipes en souffrance ;
- le service infirmier, de recentrer les soins autour du patient et de développer la collaboration entre infirmières et aides soignantes et inter services.

Ce remaniement interne introduit un bouleversement important dans l'organisation hospitalière qui explique l'apparition d'une certaine résistance à ces changements lors des différentes réunions de préparation.

Toutefois, un consensus semblait se dégager plus facilement sur les regroupements de chirurgie que de médecine.

Notre future fonction d'infirmière générale nous place au cœur du problème.

En tant que responsable du service de soins infirmiers et membre de l'équipe de direction, nous aurons pour mission de participer à ce projet.

La réalisation d'un travail de recherche au cours de notre formation nous semble une opportunité pour nous questionner sur :

« comment accompagner les équipes dans ce changement et ainsi contribuer à la réussite des opérations de regroupements de services . » .

Dans une première partie nous chercherons à comprendre le fonctionnement hospitalier à partir d'une perspective historique, réglementaire et sociologique.

Dans une deuxième partie, l'analyse de deux expériences de terrain nous conduira à dégager des pistes de réflexion pour le projet d'accompagnement au changement développé dans la troisième partie.

PARTIE A : DES REFERENCES THEORIQUES POUR UNE MEILLEURE COMPREHENSION DE L'HOPITAL D'AUJOURD'HUI.

Le système hospitalier doit composer sans cesse avec son héritage. Le regard historique constitue notre première approche pour comprendre les réalités hospitalières.

I L'HOPITAL D'HIER A AUJOURD'HUI

Le fonctionnement hospitalier d'aujourd'hui s'est construit au fil des siècles et explique sans les justifier les difficultés actuelles. Jean Imbert ¹(1) dégage trois étapes dans cette évolution : l'hôpital, œuvre de charité (des origines au XVIème siècle) ; l'hôpital, œuvre de bienfaisance (XVIème – XIXème siècle) ; l'hôpital, centre de soins (XXème siècle).

1.1.L'hôpital, œuvre de charité

L'apparition du christianisme a été à l'origine d'établissements hospitaliers tels qu'ils seront conçus au Vème siècle de notre ère. L'enseignement du Christ insiste sur l'amour du pauvre d'où naîtra l'esprit de charité. Il s'agit avant tout d'atteindre un résultat spirituel en soignant les infirmités corporelles. Chaque individu durant sa vie ou à sa mort, s'efforcera de témoigner sa charité en donnant une partie de ses biens pour aider ou créer une maison charitable.

Au VIème siècle ces maisons se multiplient au point qu'on les classe en différents types selon leurs objectifs. Elles ont vocation :

- d'hébergement pour les pèlerins et les pauvres,
- d'accueil d'enfants orphelins,
- d'hôpital pour malades.

On parlera ainsi d'hospices pour l'hébergement et d'hôtels Dieu pour les malades, les enfants et les femmes enceintes.

Cette distinction est plutôt relative, car la technique médicale est au second plan. Il n'y a pas de médecins attachés à l'établissement. Lorsque le besoin se fait sentir, on appelle un médecin de ville ou un barbier. Ce n'est qu'au XIVème siècle que l'on voit apparaître un service

régulier de chirurgiens et de médecins dans les hôpitaux. Mais leur nombre reste très inférieur à celui des religieux.

La priorité est donnée aux soins de l'âme. Le personnel attaché à ces établissements est avant tout, au service du prochain, tâche spirituelle et chrétienne par excellence. Il forme des communautés religieuses aux règles strictes, confirmées ou rédigées par l'autorité épiscopale. Influencée par les règles monastiques, la discipline est rigoureuse. Le Moyen Age connaît la formation de véritables ordres hospitaliers.

La situation des hôtels Dieu près des cathédrales, reflètent la préoccupation religieuse qui présidait à leur fondation. Les édifices sont souvent d'une réelle valeur architecturale, mais les salles de malades font davantage penser à des chapelles et les conditions de confort sont très contestables.

La guerre de Cent Ans et les troubles incessants de cette époque aggravent la situation économique du pays à la fin du Moyen Age.

Les difficultés économiques, les dissensions internes de l'Eglise vont conduire à un appauvrissement des établissements.

A la charité individuelle va se substituer la bienfaisance des pouvoirs publics.

1.2.L'hôpital, œuvre de bienfaisance

Cette étape est marquée par l'affaiblissement de la foi, l'émergence de l'idée de l'intervention laïque dans le domaine hospitalier.

L'action royale, puis celle de la Révolution s'efforcera de créer des ressources stables par des impôts nouveaux pour assurer la survie des hôpitaux et offrir un refuge à tous les indigents.

Pour lutter contre les détournements des biens hospitaliers, une série d'édits confie l'administration supérieure de l'hôpital à une commission d'administrateurs devant rendre compte de leur gestion aux officiers royaux du lieu.

Dès 1516 la royauté intervient également dans le renfermement des pauvres qui menacent la sécurité des habitants. Ils sont placés dans les hôpitaux et mis au travail.

A la fin de l'ancien régime, malgré les interventions royales ou des municipalités, les établissements ont gardé leur caractère local sans adaptation aux besoins nouveaux.

Ils remédient toujours à toutes les infortunes, en particulier, plus à la pauvreté qu'à la maladie.

¹¹ IMBERT Jean. – Les hôpitaux en France .- PUF, Collection : Que sais-je ?, 1996, 127 p.

Ils ne répondent à aucun principe sanitaire. Les opérations ont lieu dans la salle commune sous le regard de tous. Certes, des médecins sont attachés à l'hôpital, mais celui-ci ne tient qu'une place secondaire dans leur activité.

La Révolution poursuit les réformes amorcées par la Royauté. Elle va jeter les bases de fonctionnement des hôpitaux d'aujourd'hui. Laïcisation et nationalisation vont avoir des effets très inégaux. Alors que la suppression des ordres religieux ne fut jamais effective, la nationalisation des biens hospitaliers a porté un rude coup aux finances de l'hôpital. La Convention a suspendu l'application de la loi, car les hôpitaux étaient forcés de jeter les malades et infirmes hors des murs par défaut de nourriture.

Les hôpitaux d'une même ville vont être placés sous administration municipale. L'hôpital devient un établissement public communal. Une commission composée de cinq citoyens du canton sont chargés de l'administration. Une des conséquences de cette mesure, est de circonscrire l'activité et les ressources dans le cadre communal. L'inconvénient majeur est une répartition très inégale des hôpitaux sur le territoire français et une allocation de ressources elle aussi, inégalitaire.

Le Consulat renforce l'influence centralisatrice en confiant à un fonctionnaire la direction de l'hôpital avec l'aide de la commission dont le maire est président. Les pouvoirs de la tutelle se font plus précis à l'égard des établissements. Les sous préfets, puis les préfets possèdent un droit de surveillance. Les règles de comptabilité hospitalière sont définies ou imposées de façon à permettre un contrôle effectif du ministre.

Le premier Empire va renforcer cette réglementation et ainsi unifier le régime des différents hôpitaux sur l'ensemble du territoire.

L'accueil des pauvres qui tombent malades dans une commune où ils ne résident pas, a toujours posé problème. Il fallut un rattachement de toute commune à un établissement hospitalier pour assurer la prise en charge de tous.

A partir du Consulat, le clergé est rappelé pour siéger aux commissions administratives et les religieuses reprennent la place des servantes religieuses. Les congrégations n'ont jamais totalement quitté l'hôpital, mais leur présence se renforce à nouveau et dure jusqu'au XXème siècle.

Au XIXème siècle le combat mené par les médecins en faveur de l'hygiène introduit un nouveau style architectural : l'hôpital pavillonnaire. Il facilite l'isolement des contagieux des autres malades et lutte contre la tristesse des salles communes.

1.3. L'hôpital, centre de soins

Trois phénomènes essentiels ont marqué la vie hospitalière depuis la fin du XIX^{ème} siècle.

L'évolution des techniques médicales a bouleversé la conception même de l'hôpital. Les progrès réalisés dans tous les domaines ont permis d'améliorer la qualité des soins et ont donné au médecin une place prépondérante. L'introduction du temps plein médical en 1958 va fortement orienter l'organisation de l'hôpital.

Le personnel infirmier va suivre cette évolution en améliorant sa formation et en se spécialisant sur le modèle médical.

L'architecture hospitalière va, une fois de plus s'adapter, pour devenir monobloc afin d'améliorer la communication et la collaboration indispensables des différentes spécialités.

La deuxième mutation porte sur l'accessibilité de l'hôpital. Depuis 1900, la tendance qui se développe, est que l'hôpital n'est plus accessible aux seuls indigents. La loi du 31 décembre 1941 ouvre l'hôpital à toutes les classes de la société. L'apparition des assistés, puis des assurés introduit l'idée que le malade ou quelqu'un va payer les soins.

Cette profonde transformation, alors que le coût des soins ne va cesser d'augmenter, a été rendue possible grâce aux ordonnances de 1945 relatives à la sécurité sociale.

Les exigences manifestées par les milieux aisés qui fréquentent de plus en plus l'hôpital, ont eu des répercussions sur l'organisation et l'amélioration du confort. Ces revendications vont avoir deux traductions : l'humanisation et la montée progressive des droits des patients.

La troisième mutation est la distinction entre les établissements de soins et les établissements sociaux ayant vocation d'héberger les personnes âgées ou les handicapés.

Déchargés de leurs missions d'accueil, les hôpitaux vont se développer autour du pôle de soins. Le rôle diagnostique et thérapeutique va fortement s'affirmer. Depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, toute une gamme de services vont naître grâce aux progrès de la science : les plateaux techniques, les consultations, de nouvelles missions tels les services d'aide médicale d'urgence, l'enseignement ou la recherche.

Les hôpitaux vont se diversifier et, selon leur importance, occuper une place différente dans la hiérarchie hospitalière. Ainsi on distingue actuellement les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers, les centres hospitaliers universitaires.

L'évolution des missions des hôpitaux va avoir des conséquences sur le fonctionnement et la gestion des établissements. L'hôpital n'est pas seulement un service de soins, il est devenu le pivot de l'action sanitaire.

II FONCTIONNALITE ET STRUCTURE DE L'HOPITAL D'AUJOURD'HUI

2.1. Le rôle structurant du lit

Le système hospitalier s'est développé autour de sa mission première, l'hébergement. Cette réalité permet la compréhension du rôle structurant du lit. De nombreux repères d'activité y font encore référence (durée moyenne d'occupation, taux d'occupation, nombre de lits, etc...).

Cette notion a guidé l'architecture. L'accueil, l'hébergement se sont d'abord organisés autour de la salle commune.

L'arrivée du corps médical à l'hôpital a été un processus lent qui a pris son plein essor au XXème siècle. Il a été à l'origine d'un nouvel ordonnancement de l'hôpital.

« La matérialisation de zones géographiques où l'on accueille les malades suivant leur affection va caractériser cette période d'essor des hôpitaux et marquer dans l'architecture, l'abandon des salles communes. »²

Cette nouvelle répartition, ventilée au début en trois grands cadres : médecine, chirurgie, maternité, s'appuie sur les lits regroupés en services.

Cette notion de service, instaurée par le décret du 17 avril 1943 est à l'origine de l'organisation médicale hospitalière.

2.2. Une organisation médicale territoriale

Cette organisation par service, avait été choisie à l'origine pour intéresser les médecins à la gestion de leurs activités médicales. Le service correspondait à un espace géographique bien délimité qui comprenait plusieurs centaines de lits.

²) MARECHAL (J. Pierre) .- Réformer l'hôpital, Direction médicale pivot de la réorganisation, Ed. Hermes, Coll. Santé et pratiques sociales, Mayenne, Fév. 1996, p.64.

Il y avait très peu de médecins, presque tous chefs de service, fonction peu rémunérée et surtout honorifique. Ils étaient secondés par quelques internes et des médecins résidents qui assuraient la permanence médicale. L'infirmière surveillante contrôlait la prise en charge effective des malades par le corps soignant. Celui-ci était également réparti par service.

Cette organisation privilégiait la gestion territoriale et l'émergence pour les acteurs de la notion d'appartenance au service au détriment d'une approche globale initiée par une direction administrative naissante.

« Le développement considérable et accéléré, à compter des années 60, des techniques médicales, va susciter une augmentation des malades soignés et une multiplication par quatre ou cinq des médecins hospitaliers. Cela va entraîner une quasi révolution dans la pratique médicale hospitalière avec l'avènement du temps plein médical à compter d'une ordonnance du 11 décembre 1958 accompagnée d'un décret instaurant la médecine hospitalo-universitaire. »³

La notion de service y trouve un renforcement considérable. Les centres hospitaliers universitaires vont distiller le modèle de service qui essaimera dans les autres catégories d'établissement. La fonction de chef de service se renforce.

Parallèlement l'évolution des progrès médicaux et techniques a engendré une hyperspécialisation.

Les trois cadres d'origine médecine, chirurgie, maternité vont éclater en une multitude de disciplines se subdivisant en autant de services. Des services de 300 lits en 1943 vont se diviser en 90 lits en 1960, puis 60 lits en 1970 et 30 lits en 1980 voire quelques lits dans certaines disciplines en 1990.⁴

Par ailleurs on observe des doublons fréquents dans un même établissement.

« Cette coexistence ne se justifie jamais sur des critères d'activité, mais est le fruit de divisions successives liées plus à des raisons personnelles qu'à des contraintes structurelles.»

5

C'est alors que germa l'idée de regrouper des services en département, idée qui se concrétisera par une loi du 03 janvier 1984. Elle ne sera jamais réellement appliquée sur le

³ CLEMENT (J. Marie) .- Réflexions pour l'hôpital. Proximité. Coopération. Pouvoirs.- Les Etudes Hospitalières, Avril 1998, p. 65.

⁴ CLEMENT (J. Marie) – Réflexions pour l'hôpital. Proximité. Coopération. Pouvoirs.- Les Etudes Hospitalières, Avril 1998, p.65.

⁵ MARECHAL (J. Pierre) .- Réformer l'hôpital, Direction médicale pivot de la réorganisation, Ed. Hermes, Coll. Santé et pratiques sociales, Mayenne, Fév. 1996, p.65.

terrain. La remise en cause des services et par ricochet des fonctions de chef de service, a cristallisé l'hostilité des médecins à cette réforme et conduit à une inertie telle qu'une loi du 24 juillet 1987 rétablit les services .

Quelques départements seront créés, mais ils ne supprimeront pas les services.

De façon concomitante à cette hyperspécialisation, chaque service s'est organisé pour répondre de manière efficace aux demandes de soins. Cela s'est traduit là aussi par une spécialisation des intervenants qui, selon la reconnaissance des compétences après des formations diplômantes, interviennent aux différentes étapes du soin. Ainsi se succèdent au lit du malade, le médecin prescripteur, l'infirmière, l'aide soignante, la surveillante, l'agent des services hospitaliers, le kinésithérapeute, la diététicienne, etc...

Au découpage par organe, s'est superposée une organisation de soins en série, caractéristique d'une division du travail. De nouveaux modèles d'organisation ont été initiés par les soignants, mais sont encore très diversement appliqués.

2.3 De la nécessité d'une organisation adaptée aux nouvelles techniques

L'observation du fonctionnement actuel des hôpitaux met en évidence le développement de nouvelles formes de prise en charge.

L'évolution des techniques médicales conduit à la création de services, carrefours d'activités de compétences multiples où la notion de lit n'est plus significative de l'activité. Les urgences, les services portes, les consultations externes, les blocs opératoires et plus récemment la chirurgie ambulatoire ou les hôpitaux de jour en sont des exemples. Le patient et l'acte qu'il nécessite sont au centre du système. Les professionnels doivent coordonner leurs actions dans un temps limité contraignant. Ouvrir de tels secteurs nécessite l'acceptation de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire dans un même cadre avec une organisation commune.

Parallèlement on assiste à la constitution de filière de soins ; à une prise en charge éclatée, est proposée une prise en charge globale et coordonnée par un médecin hospitalier correspondant. L'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques a modifié considérablement les suites opératoires.

Ces nouvelles possibilités de prise en charge conduisent à des réductions sensibles des capacités en lits en hospitalisation complète de court séjour.

D'une surcapacité estimée à 47700 en 1994, elle est passée à 34700 en 1998. (source : enquête du CNCDH sur la recomposition du tissu hospitalier, octobre 1998)

Mais au delà de cette réduction des capacités d'hébergement, c'est aussi la structure interne des hôpitaux qui nécessite d'être repensée pour tenir compte des constats précités.

Si jusque là le patient se déplaçait vers les différents prestataires, il serait souhaitable de le placer au centre de nos réflexions et de recentrer l'organisation autour de la production de soins.

La gestion de ces transformations s'inscrit dans un contexte de maîtrise conjointe des coûts et de la qualité. Elle passe souvent par des opérations de restructurations internes ou externes.

III GESTION DE L'HOPITAL

La nécessité de maîtrise des dépenses associée à une volonté centralisatrice a été une première démarche qui s'est doublée depuis les années 90 par une volonté de responsabilisation et de participation des acteurs de l'hôpital alliée à une politique qualité.

3.1. Maîtrise des dépenses et centralisation

Elles se sont manifestées sous deux formes : la création du corps des directeurs et l'emprise de plus en plus prégnante de l'Etat.

La loi du 21 décembre 1941 et le décret d'application du 17 avril 1943 créent une nouvelle autorité dans chaque hôpital sous l'appellation de **directeur**. Nommé au départ par le représentant de l'Etat dans le département, il est actuellement nommé par le Ministre.

Jusqu'en 1958, la commission administrative assurait seule la gestion de l'établissement. C'est un de ses membres (l'ordonnateur) qui signait toutes les pièces de recettes et de dépenses. Depuis 1958, les pouvoirs de gestion immédiate sont passés au directeur et des conditions de formation sélectives vont permettre la constitution d'un nouveau groupe professionnel qui a de plus de crédibilité face au corps médical.

Au fil des années le pouvoir des directeurs s'élargit, leurs équipes s'étoffent pour répondre à l'accroissement et à la complexité des structures hospitalières.

Depuis 1991 l'infirmière générale fait partie de l'équipe de direction.

L'emprise de l'Etat se manifeste par un encadrement serré des dépenses et une réglementation sécuritaire prolixe.

C'est le représentant de l'Etat qui arrête le montant de la dotation et toute demande de création ou d'extension d'activité doit lui être soumise. Depuis les ordonnances d'avril 1996, une autorité régionale décentralisée, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, assure le pilotage de l'offre globale des soins hospitaliers. Elle a en charge à la fois la planification hospitalière et les répartitions des ressources. Les échelons médicaux et administratifs des D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S. et de l'Assurance Maladie sont représentés au sein de la Commission Exécutive de l'A.R.H. dont le Directeur est nommé par le Ministre de la Santé.

L'intervention du gouvernement se renforce également dans le domaine de la sécurité. Les années 80-90 ont été marquées par des problèmes sanitaires importants : l'épidémie du S.I.D.A., le scandale du sang contaminé, la vache folle et des rapports explosifs sur le fonctionnement de services hospitaliers dont les urgences.

Des directives et des plans sont régulièrement prévus pour renforcer les normes de fonctionnement des services et garantir la présence de personnels spécialisés et qualifiés comme celle des matériels nécessaires et adéquats. Ces plans prévoient de regrouper les moyens en pôle de compétences qui sont définis dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (S.R.O.S.). Les normes sont instituées par décrets.

3.2. Volonté de responsabilisation et de participation des acteurs de l'hôpital

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ont fait évoluer le dispositif juridique et réglementaire par l'introduction de mécanismes de responsabilisation et d'incitation que sont les projets d'établissement et les procédures de contractualisation.

L'article L714-11 de la loi du 31 juillet 1991 stipule : « 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 politique sociale, des plans de formation et de la gestion du système d'information. Ce projet (...) qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (...). Le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

Conformément à l'article L710-16 de l'ordonnance précitée, « les agences régionales de l'hospitalisation (...) concluent avec les établissements de santé publics et privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La durée du contrat ne peut être inférieure à trois ans, ni supérieure à cinq ans (...). Le contrat fixe son calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique (...) »

Article L710-16.1 « les contrats (...) déterminent les orientations stratégiques des établissements en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et définissent les conditions de mise en œuvre de ces orientations notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé. »

L'ordonnance préconise également une contractualisation interne avec une délégation de gestion ayant pour conséquence une délégation de signature.

La contractualisation impose un changement radical d'attitude, même si, avec la délégation de signature, le lien hiérarchique subsiste entre le directeur et le responsable du centre de responsabilité.

La loi de 1991 introduit l'évaluation qui sera confirmée par l'ordonnance 96-346 sous forme d'une évaluation externe appelée accréditation.

La recherche de la qualité passe par la reconnaissance du rôle accru du patient et la réponse à ses attentes. Les résultats de la mesure de la satisfaction du patient sont pris en compte dans l'accréditation de l'établissement.

L'accréditation nécessite une démarche d'assurance qualité qui participe au mouvement d'implication de tous pour une prestation optimale.

Depuis plus de vingt ans les pouvoirs publics tentent de définir de nouvelles modalités de fonctionnement au sein des établissements et entre ceux-ci et les usagers.

Au delà d'impératifs économiques, ce mouvement s'inscrit dans le courant de pensée de l'homme au travail et l'évolution culturelle de la société.

L'analyse sociologique des organisations est notre seconde approche de l'hôpital.

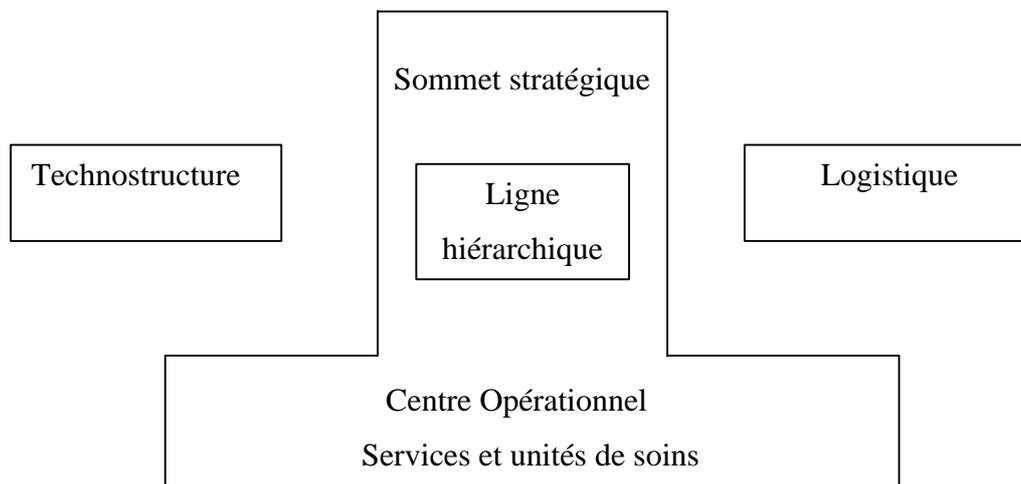
IV L'ANALYSE SOCIOLOGIQUE DES ORGANISATIONS

L'analyse des organisations est l'étude des différents modes de fonctionnement d'ensembles humains organisés. Son développement est lié à l'évolution des modes d'organisation du milieu de travail. Elle a pris son essor avec le monde industriel moderne. Nous retenons deux modèles explicatifs : le modèle fonctionnaliste et l'analyse stratégique.

4.1. Le modèle de la bureaucratie professionnelle

Nous empruntons à Henry Mintzberg le modèle de la bureaucratie professionnelle pour appréhender les caractéristiques du fonctionnement hospitalier.⁶

Il distingue quatre types de fonction.



Le centre opérationnel est responsable de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation : ce sont les services qui sont caractérisés par leur spécialisation, leur indépendance les uns vis à vis des autres, une légitimité professionnelle très forte, leurs relations directes avec l'environnement. A l'hôpital le centre opérationnel se caractérise par son importance.

Le sommet stratégique représenté par la fonction de direction. Il est responsable de la performance de l'organisation et assure les relations avec l'environnement. Le directeur a une position ambiguë : il est nommé par le Ministre de la Santé, responsable devant le conseil d'administration. Il n'a ni les possibilités, ni les compétences pour diriger directement les

⁶ SCHWEYER (Fr. Xavier). Cours de sociologie, ENSP, 1999.

chefs des services médicaux qui sont, eux aussi, nommés par le Ministre. Il se situe au carrefour de rationalités divergentes.

La ligne hiérarchique entre le sommet et le centre opérationnel est ni directe, ni unitaire.

Elle est double : il existe une ligne hiérarchique entre la Direction et la logistique, les services administratifs et les soignants. Par contre, elle est fonctionnelle entre la Direction et les médecins, elle passe par une instance de consultation qu'est la commission médicale d'établissement.

Les professionnels du centre opérationnel ne sont pas représentés à l'équipe de direction, excepté l'infirmière générale depuis 1991.

La fonction de direction est inscrite dans une logique administrative.

La logistique comprend les fonctions de support (cuisines, services techniques, généraux, informatique,). Elle est très développée et gérée par les seuls membres de la Direction. Elle est conditionnée par la logique médicale, mais des insuffisances de coordination peuvent influencer la qualité du service rendu.

La technostructure se consacre à la fonction économique et financière de l'organisation. Les fonctions de standardisation des procédés de travail, des résultats, du suivi d'activités sont insuffisamment développés même si les cellules d'analyse de gestion se multiplient et que le P.M.S.I. (projet de médicalisation du système d'information) est généralisé.

Le fonctionnement de l'hôpital met en évidence la forte différenciation existant entre l'administratif et le médical, entre le corps médical et paramédical, interne aux services selon leur spécialité ou la notoriété et le dynamisme des médecins. Cette différenciation intervient chaque fois que sont en jeu les deux incertitudes majeures de l'hôpital : la maladie et la mort et l'allocation de ressources.

4.2. L'analyse stratégique

Développée par Michel Crozier et Erhard Friedberg, elle repose sur trois postulats.

- « Les hommes n'acceptent jamais d'être traités comme des moyens au service de buts que les organisateurs fixent à l'organisation. Chacun a ses objectifs, ses buts propres. »⁷
- « La liberté relative des acteurs. Dans une organisation, tout acteur garde une possibilité de jeu autonome, qu'il utilise plus ou moins. »⁸

⁷ BERNOUX (Philippe).- La Sociologie des organisations. Ed. Seuil, Coll. Points,1990,p. 129.

⁸ Ibid. 7, p. 131.

- « Dans ces jeux , les stratégies sont toujours rationnelles, mais d'une rationalité limitée. »⁹

Ces postulats posés, l'analyse stratégique s'attache à étudier les relations particulières entre les membres d'une organisation à partir des concepts suivants.

Chaque membre est un « **acteur** » au sens qu'il interprète un rôle à sa façon, en fonction de ses propres buts et de sa propre rationalité. Il n'a que rarement des projets cohérents et des objectifs clairs; pourtant son comportement est déterminé et a un sens par rapport à des opportunités et au contexte qui les définit et par rapport au comportement des autres.

Le mode de relation entre acteurs est une **relation de pouvoir** définie par Crozier comme la « capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes »¹⁰ en particulier à négocier à partir des incertitudes qu'ils contrôlent.

Même si l'organisation est décrite, que des profils de fonctions et de postes existent, les situations de travail engendrent des aléas, des tensions entre le prévu et l'imprévu, dans lesquels les acteurs peuvent exercer leur marge de liberté.

Les capacités des cadres infirmiers et de l'infirmière générale de s'inscrire ou non dans ces zones d'incertitude laissées libres par les autres acteurs de l'hôpital, orientera le profil du service infirmier. L'hétérogénéité d'expérience et de formation des cadres conduit à des pratiques variables dans les modalités d'exercice de la fonction et dans la conduite d'innovations.

« Le pouvoir d'un individu ou d'un groupe,(...) est bien ainsi fonction de l'ampleur de la zone d'incertitude que l'imprévisibilité de son comportement lui permet de contrôler face à ses partenaires. »¹¹

Tous les membres d'une organisation se sont pas égaux pour maîtriser les incertitudes. Leurs capacités sont liées à l'expertise, la position hiérarchique, un bon réseau d'information, l'utilisation des règles institutionnelles.

Pour l'analyse stratégique, « l'incertitude ne réside pas seulement dans le fonctionnement interne d'une organisation, mais tout autant, et peut-être beaucoup plus, dans les contraintes de l'environnement. »¹² Le regard historique a mis en évidence ces fortes contraintes externes.

⁹ Ibid. 7, p. 132.

¹⁰ Ibid. 7,p. 157.

¹¹ CROZIER M., FRIEDBERG E.- L'Acteur et le système, Ed. Seuil, Coll. Points, 1992, p.72.

¹² BERNOUX Ph.- La sociologie des organisations, p. 153.

Les relations à l'hôpital sont des relations de pouvoir où « chacun monnaie sa bonne volonté, cherche à saisir les opportunités qui améliorent sa situation, à maintenir et à élargir sa marge de liberté. »¹³.

Le fonctionnement quotidien se fait au prix de négociations où chacun trouvera son intérêt. C'est dans ce contexte qu'il faut envisager la notion de changement.

V. LE CHANGEMENT : PERSPECTIVE THEORIQUE

Depuis une dizaine d'années, le législateur introduit des changements à l'hôpital qui sont plus ou moins suivis. Les restructurations envisagées dans notre futur établissement, sont des changements importants qui vont bouleverser des habitudes anciennes dans un contexte difficile.

Aussi, nous semble-t-il nécessaire de comprendre comment des changements peuvent se déclencher et s'installer dans une organisation.

5.1. Le changement selon la perspective de l'analyse stratégique

Une organisation, un système organisé se transforment pour s'adapter à l'environnement changeant et à l'évolution des hommes.

Pour déclencher le changement Michel Crozier et Ehrard Friedberg notent deux conditions :

- « les tensions inévitables dans toute entreprise ne renforcent plus le système, mais le font éclater »¹⁴ ;
- toute crise déclenchée par le changement, « doit déboucher sur des mécanismes innovateurs. »¹⁵

Le changement n'est pas possible sans crise qui créera les conditions d'un nouvel apprentissage collectif en rupture avec les modèles de jeux antérieurs.

« Le changement ne peut se réduire à une décision hiérarchique. Celui-ci doit être accompagné d'un apprentissage de nouveaux modes de relations. Le changement ne se décrète pas. »¹⁶

¹³ SCHWEYER FR. Xavier. Cours de sociologie, ENSP, 1999.

¹⁴ Ibid. 12, p. 202.

¹⁵ Ibid. 12, p. 202.

¹⁶ Ibid. 12, p. 202

Prenons l'exemple des conseils de service instaurés par la loi de décembre 1991. Leur installation effective est encore à l'heure actuelle, très variable. Elle n'a été possible que lorsqu' existaient déjà dans le service des modes de concertation et d'écoute.

Le changement n'existe que si, l'organisation le rend possible.

Par ailleurs « tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose, et en tout cas, sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. »¹⁷

Françoise Gonnet ¹⁸ reprend cette idée. C'est pourquoi, elle préconise dans la conduite de changement de prévoir des « protections secondaires » : formations, accompagnement, soutien, par opposition aux « protections primaires » développées par les acteurs qui sont le retrait, le conflit, le cloisonnement.

Lors de la conduite de changement, elle insiste sur le processus participatif et l'apprentissage collectif. Les cadres intermédiaires jouent un rôle primordial. L'expérimentation, la communication et plus particulièrement la négociation qui s'instaure, sont les clés du changement réel.

5.2. Le changement selon l'Ecole de Palo Alto

Il revient à Bateson, figure de proue de l'Ecole de Palo Alto, d'avoir apporté des éléments de compréhension du changement.

Watzlawick dans « Changements, paradoxes et psychothérapie » a développé ces concepts.

Les changements font partie de notre vie, nous en avons tous vécu: changements d'école, de responsabilités, de métier, déménagement, vieillissement, etc...

Nous avons eu conscience de ces changements, mais nous ne savons pas ni quand, ni comment nous avons réussi à changer pour nous adapter.

Dans le monde du vivant, les changements et les adaptations sont permanents sans que nous en ayons conscience . Il résulte d'infimes processus routiniers d'adaptation.

Aujourd'hui s'adapter ne suffit plus, qu'il s'agisse de notre vie personnelle ou professionnelle.

L'évolution s'accélère tellement qu'il faut apprendre à prévoir, à se projeter dans le futur pour répondre aux nouvelles exigences. Cela nécessite un changement de comportement reposant

¹⁷ Ibid. 12, p. 206.

¹⁸ GONNET Fr.- Les Soignants et le changement – Recherche en soins infirmiers, n° 21, juin 1990, pp.16-25.

sur un autre système de pensée ou de références. Il va au delà de l'adaptation et a la forme d'une discontinuité, d'une rupture.

Watzlawick en déduit qu'il existe deux sortes de changements :

« l'un prend place à l'intérieur d'un système donné qui, lui reste inchangé, l'autre modifie le système lui-même »¹⁹

Le premier est appelé changement 1, le second, changement 2.

« Le changement 1 est celui qui permet au système de maintenir son homéostasie, son équilibre : la modification s'opère simplement au niveau des éléments du système. » (2)

Des phénomènes auto-correcteurs sur les éléments assurent l'équilibre du système. Lorsque dans un système humain ces mesures habituelles d'ajustement s'avèrent insuffisants, il entre en crise et des changements d'un autre niveau, de niveau 2 s'imposent.

La situation de crise est provoquée par les « tentatives mal digérées », à savoir par le « toujours plus de la même chose » pour gérer la difficulté.

Dans les situations vécues, un certain nombre de difficultés, loin de se stabiliser, s'intensifie si on renforce une mauvaise solution. L'absurdité de la position semble évidente et, pourtant, l'histoire humaine nous montre qu'on essaie sans cesse d'y recourir.

« Le changement 2 modifie ce qui apparaît, vue du changement 1, comme une solution, parce que, dans la perspective du changement 2, cette solution se révèle être la clef de voûte du problème qu'on tente de résoudre. »²⁰

Alors que le changement 1 semble toujours reposer sur le bon sens, le changement 2 paraît bizarre, inattendu, paradoxal dans le processus du changement.

Le changement 2 nécessite une reconstruction de la réalité. L'Ecole de Palo Alto à laquelle appartient Watzlawick parle de recadrage.

« Recadrer signifie modifier le contexte conceptuel et/ou émotionnel de la situation, ou le point de vue selon lequel elle est vécue en la plaçant dans un autre cadre, qui correspond aussi bien, ou même mieux aux faits, de cette situation concrète(...). Ce qu'on modifie en recadrant, c'est le sens accordé à la situation. »²¹

Les restructurations internes des établissements touchent aux chefferies de service et à un fonctionnement hospitalier bien enraciné. Elles peuvent être considérées comme un changement 2.

¹⁹ WATZLAWICK (P.), WEOKLAND (J.), FISCH ®.- Changements. Paradoxe et psychothérapie.- Ed. du Seuil, Collection Points, Evreux, 1981, p.28.

²⁰ Ibid. 19, p.10.

²¹ Ibid. 20 p.

Françoise Kourilsky, s'appuyant sur le modèle systémique centré sur les interactions des constituants d'une organisation, affirme, que le changement résulte d'une nouvelle façon d'envisager les situations problématiques. Elle peut être caractérisée par cinq principes :

- envisager le passé comme un réservoir de ressources et d'apprentissage ;
- utiliser le présent pour construire le futur,
- se focaliser sur ce qui se passe, sans s'investir à perte dans le dédale des causes et des explications ;
- crédibiliser le changement en lui donnant sens et cohérence ;
- s'appuyer sur une finalité et tendre vers une direction prédéterminée.

« Il s'agit moins de corriger les dysfonctionnements du système concerné par le changement que de s'appuyer sur ses ressources et d'exploiter la fonction utile des défauts. »²² Pour elle, « c'est moins le changement qui bloquent les individus que les méthodes pour le mener. »²³ Le changement ne se décrète pas. Il s'agit de donner envie de changer et d'obtenir la coopération des acteurs en écoutant leurs motivations , en levant les oppositions liées aux incertitudes et aux méconnaissances, en négociant un équilibre entre les différents intérêts. Il s'accomplit dans l'échange et repose sur une communication réussie et le respect de l'autre.

Dans cette optique du changement, la meilleure façon de se préparer au futur est de l'inventer et d'avoir conscience qu'on l'invente.

Cette idée est également présente dans le management stratégique qui propose « de passer d'une attitude réactive au coup par coup à un comportement décisionnel octroyant la plus large part possible à l'anticipation. » (...). Cette anticipation porte sur les objectifs et les résultats, octroie du temps aux acteurs « pour bâtir une nouvelle organisation sans être effrayé par l'ampleur de la tâche et l'intensité des efforts à fournir. »

Au regard de ces différents concepts, nous proposons de reprendre notre interrogation de départ.

²² KOURILSKY Françoise.-. La Communication. Levier du changement à l'hôpital. Soins Formation Pédagogie Encadrement, n° 19, p. 16.

²³ KOURILSKY Françoise.- Comment ne pas bloquer le changement ? Gestions Hospitalières, Avril 1999, p.266.

VI HYPOTHESES

L'objet de notre questionnaire porte sur les moyens d'accompagnement des équipes pour contribuer à la réussite des opérations de restructurations internes dans les centres hospitaliers.

L'étude du fonctionnement de l'hôpital a montré combien la notion de service au sens d'unité territoriale regroupant des équipes soignantes se dédiant à une activité, était ancrée dans la culture hospitalière. Jocelyne Abraham, au cours de ses recherches sur la culture hospitalière, vérifie que le sentiment d'appartenance à une profession dans un service est plus fort que le sentiment d'appartenance à un hôpital.

« La culture, comme mode de pensée et d'action habituel, est entendue au sens anthropologique du terme. Elle comprend l'identité professionnelle, l'histoire récente et la mémoire des événements ainsi qu'une vaste gamme de comportements, de normes et de valeurs. »²⁴

Comme nous l'avons vu précédemment, un changement culturel ne se décrète pas .

L'établissement dans lequel nous allons être affectée, est engagé dans une réflexion de réorganisation interne. Elle a été motivée par des conditions de fonctionnement difficiles (taux d'occupation fluctuant en chirurgie, saturation des lits de médecine par une insuffisance de lits d'aval) , le souhait de développer d'autres activités sans perspective d'attribution de moyens supplémentaires. Cette réflexion s'inscrit dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens que l'établissement signe avec l'A.R.H.. Ces projets de restructuration sont liées à des contraintes internes et externes. Au cours du projet il s'agira de passer d'une situation de contrainte à un besoin ressenti.

Au cours des premières réunions du comité de pilotage rassemblant des représentants du corps médical, administratif, soignant et des représentants du personnel, s'est dégagée, en première intention, l'idée d'un regroupement de services de chirurgie d'une part, et de médecine, d'autre part. Une première hypothèse de regroupement a plus rapidement émergé pour la chirurgie que la médecine.

²⁴ SCHWEYER FR. Xavier.- Cours de sociologie, ENSP, 1999.

Pourquoi cette plus grande facilité à accéder à une proposition de regroupement en chirurgie qu'en médecine ?

Plusieurs niveaux d'hypothèses s'offrent à nous.

En première lecture la chirurgie a été appréhendée dans son aspect technique.

Le terme technique est à la fois un adjectif et un nom.

Nous retiendrons la définition donnée par le Petit Larousse, grand format de 1996.

Technique : adj. : du grec tekhné :art.- qui a trait à la pratique au savoir faire dans une activité, une discipline.

Nom féminin : ensemble des procédés et des méthodes d'un art, d'un métier, d'une industrie.

Les notions de procédés et de méthodes sont également présentes dans la définition de Madeleine Grawitz dans le Lexique des Sciences Sociales.

Technique : du grec techné : art. Moyen d'atteindre un but situé au niveau des faits, des étapes pratiques. Implique l'utilisation d'outils, de machines, de gestes ou d'étapes comportant des procédés opératoires rigoureux définis, transmissibles, susceptibles d'être appliqués à nouveau dans les mêmes conditions, adaptés au genre de problèmes et de phénomènes en cause.

Le procédé est la manière de s'y prendre pour faire quelque chose. La méthode précise comment s'y prendre, c'est-à-dire suivant quels principes et selon quel ordre pour parvenir au but.

L'acte chirurgical comporte des procédures formalisées, rigoureuses, transmissibles et applicables dans des situations du même genre.

Le processus de prise en charge du patient, à savoir les différents étapes qu'il vit, à partir de la programmation de l'intervention jusqu'à la sortie est relativement homogène dans les différentes spécialités.

En médecine, l'acte médical est moins visible, car les différentes phases d'investigation, de bilan, de traitement et de surveillance sont combinées de façon diverses et variées.

Cependant au delà de ce premier regard que l'on peut porter sur la médecine, la pratique montre que la technique s'est largement développée, accompagnée de technologies diverses et variées.

Ces constatations nous conduisent à formuler une première hypothèse :

Des techniques ou des procédés opératoires similaires facilitent les opérations de regroupement de services de spécialités différentes.

Au cours de notre premier stage hospitalier, nous avons rencontré une situation de regroupement, organisée il y a quatre ans, entre un service d'orthopédie et un service de spécialités chirurgicales. Une sous occupation des deux services était à l'origine du regroupement.

Des entretiens exploratoires menés auprès du directeur et des personnels ont permis d'identifier les facteurs de réussite de la restructuration :

- l'accord des chefs de service,
- le dimensionnement adapté de la nouvelle structure et son organisation physique,
- la constitution d'une équipe soignante commune, polyvalente,
- l'échange et le partage des protocoles de soins.

Quelles que soient les spécialités chirurgicales ou médicales, les soins deviennent de plus en plus complexes. Les professions médicales et paramédicales doivent avoir des connaissances multiples et précises. La formalisation des pratiques facilite les transferts de connaissances.

Les protocoles et fiches techniques sont alors une référence.

Un protocole « *est un guide de techniques à appliquer et/ou des consignes à observer dans certaines situations de soins ou pour l'administration d'un soin.*

Par technique, il faut entendre l'ensemble des procédés méthodiques utilisée dans les prestations de soins, qu'ils soient préventifs, curatifs, éducatifs ou relationnels. »

Le protocole « est un guide d'application des procédures de soins centré sur une cible (groupe, communauté, population), présenté sous forme synthétique, élaboré selon une méthodologie précise. »²⁵

La fiche technique est la description méthodique et chronologique des opérations successives à effectuer pour la réalisation d'une tâche, d'un acte de soin. Elle doit être validée et remise à jour périodiquement et lors de chaque évolution technique, scientifique, législative.

L'élaboration des protocoles rentre dans une volonté globale de développement de l'écrit, synonyme de traçabilité, de fiabilité, nécessaires dans les démarches qualité que doivent initier les hôpitaux.

Par ailleurs, ils favorisent l'harmonisation des pratiques d'une unité à l'autre.

Les entretiens avec l'équipe montrent que, quatre ans après, les médecins spécialistes ont changé et que des difficultés de fonctionnement apparaissent. Au départ, le fonctionnement médical était consensuel et courtois. Lors de l'arrivée des nouveaux spécialistes, aucune règle n'a été négociée.

Par ailleurs, certains soignants qui n'avaient travaillé qu'en spécialités, regrettent encore leur ancien service pour son homogénéité et son organisation.

Au regard de cette expérience et des concepts développés précédemment, une autre hypothèse s'impose à nous.

La réussite d'un regroupement repose sur une double préparation :

- **l'une organisationnelle en termes de règles de fonctionnement et harmonisation des pratiques ;**
- **l'autre humaine : accompagnement et préparation des soignants au changement.**

Mais avant de construire notre projet, nous proposons de confronter ces hypothèses à deux autres situations de regroupement de services de spécialités différentes.

²⁵ Protocoles de soins infirmiers, BO n° 92 13bis, p.7.

PARTIE B : VALIDATION DES HYPOTHESES

I Méthodologie utilisée

1.1. Choix de l'échantillon

Pour confronter nos hypothèses à la réalité du terrain, nous avons choisi d'étudier deux centres hospitaliers de taille moyenne qui mènent actuellement un projet de regroupement de deux disciplines médicales sur une même unité géographique. Comme nous l'avons souligné, les restructurations hospitalières sont un phénomène récent. De ce fait, la plupart des projets sont en cours d'élaboration ou de mise en œuvre. Nous n'avons pas trouvé de projets finalisés et évalués.

Notre échantillon est composé de deux établissements de taille moyenne, situés dans deux régions différentes l'un étant dans la phase de mise en œuvre, l'autre dans la phase de conception du projet. Le but de notre enquête n'est pas d'être exhaustif, mais au travers de l'expérience de ces établissements de dégager si des procédés opératoires similaires ont été déterminants dans la naissance du projet et de vérifier, si les préparations organisationnelle et humaine au changement sont pertinentes.

1.2. Choix des techniques de recueil

Dans une recherche, la nature des informations qu'il convient de recueillir pour atteindre l'objectif, commande les moyens à employer pour le faire. Cet objectif détermine le choix de la technique. Notre recherche est orientée vers ce que les personnes concernées par un projet de regroupement, pensent, croient, redoutent, espèrent, comment elles agissent et travaillent, ce qu'elles produisent pour faire vivre le projet. Pour le découvrir, deux techniques ont été retenues, l'une centrée sur la parole produite autour du projet, l'autre sur le recueil des productions.

Nous avons rencontré uniquement des personnels soignants et l'infirmier général parce que notre champ d'action est centré sur ces personnels.

L'expression des personnes est recueillie au cours d'entretiens .

« Ils ont pour but de centrer l'attention sur une expérience et les effets d'un ou plusieurs stimuli particuliers (...). Les personnes que l'on interroge, sont celles qui ont été impliquées dans la situation concrète que l'on veut analyser. »²⁶

Un guide d'entretien a servi de fil conducteur à nos rencontres.

C'est un « cadre de questions ou guide d'interview. L'enquêteur reste libre quant à la façon de poser les questions, leur libellé, leur ordre. Il peut en rajouter, mais il est tenu de recueillir les informations exigées par la recherche. »²⁷

La liberté de l'enquêteur et de l'enquêté n'est pas totale, mais limitée par le cadre de la recherche.

Deux types d'entretien ont été menés :

- le premier avec le directeur du service de soins infirmiers et les cadres soignants.

« Pouvez-vous me parler de l'origine du projet ?

Comment a-t-il été mené ? Avec qui ?

Quelles actions ont été mises en place ?

Quelle va être (est) l'organisation de ce nouveau service ?

Comment le personnel a-t-il (va-t-il) être affecté ?

Quel a été votre rôle ? »

- le second type d'entretien a été mené avec le personnel soignant sur le même principe.

« Est-ce que vous savez d'où vient le projet ?

Est-ce que vous en avez parlé ? Si, oui, avec qui ? Dans quelles circonstances ?

Avez-vous participé à un groupe de réflexion ? Pourquoi ?

Comment ça va être amené à fonctionner ?

D'après vous, comment ça devrait fonctionner ?

Etes-vous candidat pour le nouveau service ? Pourquoi ? »

Notre seconde source d'analyse est représentée par les productions, réalisées par les acteurs pour conduire leur projet. Nous identifierons les productions significatives par rapport à nos hypothèses.

²⁶ GRAWITZ (Madeleine).- Méthodes des sciences sociales, 10^{ème} édition, Dalloz, p.589.

²⁷ Ibid. 26.

1.3. Limites de la méthode

1.3.1. Limites en lien avec l'échantillon.

Le manque d'homogénéité des situations ne permettra pas d'analyse comparative des données. Les projets se situent à des phases différentes dans des établissements aux histoires propres. Ceci est lié à la difficulté de trouver des établissements engagés dans cette réflexion, car cette préoccupation est récente. L'échantillon d'établissements et de population interviewée relativement restreint, ne permettra pas de généraliser les résultats. Toutefois une extrapolation sera possible pour tirer des conclusions pour notre projet.

Ces conditions assignent des limites à la recherche qui l'inscrivent dans un cadre exploratoire.

1.3.2. Limites en lien avec la technique des entretiens

L'entretien est un type de communication particulier qui met en présence deux personnes qui ne se connaissent pas, d'un côté l'enquêteur motivé et demandeur, de l'autre, l'enquêté qui a plus ou moins accepté. Il nous sera difficile d'apprécier le degré d'acceptation, car les cadres ont été les intermédiaires. Des blocages lors de l'entretien peuvent en être témoin. Mais ils peuvent provenir également du processus de communication. Il conviendra à l'enquêteur de lever les éventuels mécanismes de défense en éveillant l'intérêt de l'enquêté, en s'intéressant authentiquement à lui. Ce dernier pourra dépasser le premier réflexe de politesse et se laisser aller au « besoin de parler ».

L'enquêteur doit avant tout rassurer l'enquêté en lui garantissant l'anonymat et l'exploitation des informations dans le cadre strict de la recherche.

Ces préalables posés, les personnes rencontrées se sont facilement exprimées sur le projet. La durée des entretiens a été parfois plus longue que le temps demandé.

1.3.3. Limites en lien avec la représentation des personnes interviewées.

Seize entretiens ont été menés avec les infirmières générales et les soignants en poste lors de notre présence dans l'établissement. Les distances, la disponibilité des uns et des autres ont limité la diversité et l'importance de l'échantillon.

Le choix de n'interviewer que du personnel soignant limite la pertinence d'une analyse plus globale des situations étudiées. Il nous permet d'étudier l'impact du management des projets

1.3.4. Limites des productions

Les deux projets se situant à des étapes différentes d'avancement, il ne sera pas possible d'effectuer des analyses de contenu comparative des productions.

Notre objectif est de lister les différents types de production réalisés ou prévues et d'identifier le sens qu'ils ont dans la conduite du projet.

II EXPOSE ET ANALYSE DES RESULTATS

2.1. Présentation des établissements et des projets

Il s'agit de deux établissements de province situés dans deux régions différentes que nous dénommerons C.H. A et CH B.

	Centre hospitalier A	Centre hospitalier B
Présentation des établissements	Etablissement pavillonnaire datant du 19ème siècle, dont les pavillons de médecine et chirurgie sont reliés par une galerie.	Etablissement comprenant deux sites monoblocs dont l'un est dévolu à l'hospitalisation de courte durée et l'autre aux personnes âgées. Construction récente.
Capacité	503 lits dont 208 lits en MCO 295 lits en maison de retraite, cure médicale et long séjour Un institut de formation en soins infirmiers et une école d'aides soignants attachés à l'établissement	700 lits et places dont 450 lits MCO 6 places hôpital de jour 4 places chirurgie ambulatoire 25 places psychiatrie adulte 320 lits pour les personnes âgées Un institut de formation en soins infirmiers attaché à l'établissement.
Nature du projet	Regroupement sur une même unité géographique dans le pavillon de chirurgie d'un service de chirurgie viscérale et d'un service de médecine de gastro-entérologie.	Regroupement sur l'étage du service d'obstétrique, de l'obstétrique et de l'unité de médecine néonatale

2.2. Origine des projets

Dans le centre hospitalier A, **la proposition de regrouper les services de chirurgie viscérale et de médecine gastroentérologique émane des médecins qui avaient l'habitude de travailler ensemble. De nombreux malades de médecine allaient en chirurgie et inversement, car les deux spécialités interviennent sur les mêmes organes.**

L'activité en chirurgie était en chute libre ; la nécessité d'une réorganisation s'imposait pour garder l'activité. Ce projet fut présenté aux instances en 1996 et obtint l'accord en interne et auprès de la D.R.A.S.S. (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales).

Puis il subit un coup d'arrêt jusqu'en 1999 date à laquelle il est réactualisé et associé à un projet de création d'une unité d'hospitalisation de jour pour des patients bénéficiant d'une procédure ambulatoire chirurgicale ou non.

Dans le centre hospitalier B, le projet tire son origine d'une triple conjoncture :

- les orientations du projet médical,
- la déclinaison du projet d'établissement au niveau des services,
- l'organisation de la périnatalité et ses conséquences pour le centre hospitalier.

En 1996, après détermination des orientations du projet d'établissement, une formation action avec l'aide d'un consultant a été engagée afin d'aider les équipes à décliner le projet de service. Un comité de pilotage composé du directeur, du directeur adjoint, du président de la commission médicale consultative, du directeur du service de soins infirmiers, d'un cadre infirmier, était chargé de valider les projets et de les prioriser.

Des groupes de cinq à six services ont été constitués dont l'un comprenait des représentants des services d'obstétrique et de néonatalogie.

Au cours de leurs travaux les deux équipes ont développé l'idée de limiter la séparation mère - enfant et/ou d'aider les parents à mieux la gérer.

Cette orientation, déjà inscrite dans le projet médical du projet d'établissement, était portée par l'équipe médicale de néonatalogie précédant celle actuellement en place. Elle a également rencontré l'adhésion de l'équipe médicale actuelle.

Lors de la présentation de l'avancée des différents projets au comité de pilotage, ce dernier a souhaité mettre en œuvre cette orientation. La réhabilitation du service d'obstétrique était déjà inscrite dans les priorités du projet d'établissement.

Par ailleurs une association locale souhaitait financer un projet pour l'hôpital.

La création de deux chambres « kangourou » offrait une opportunité de démarrer le rapprochement entre les deux unités.

Parallèlement l'autorisation des lits de réanimation néonatale fut supprimée en 1996 et entraîna une chute importante de l'activité du service de néonatalogie. Une réorganisation s'imposait.

Tous ces facteurs ont conduit le comité de pilotage à promouvoir un regroupement sur un même étage d'un pôle mère - enfant comprenant un secteur d'obstétrique, des lits « kangourou », et un secteur de néonatalogie.

Ces situations appellent plusieurs commentaires.

Les deux projets sont fortement déterminés par l'environnement sanitaire qui impose une adaptation des moyens à l'activité. Nous confirmons l'idée de l'analyse stratégique que les sources de changement sont souvent autant externes qu'internes.

Dans les deux situations, les médecins sont promoteurs ou porteurs du projet.

Quant au personnel soignant, il semble plus le subir. Au centre hospitalier B la perspective du regroupement est vécue comme une contrainte.

« *On ne pensait pas que ça allait aboutir comme cela. On pensait améliorer les choses ici.* », dit une infirmière.

« *Chacun voulait plutôt améliorer son service.* » nous rapporte la sage femme chef d'unité.

L'agrément médical a été déterminant dans l'adoption du projet. L'infirmière générale du centre hospitalier B nous confirme que l'appui des médecins et du Président de la CME ont été importants.

Quels ont pu être leurs intérêts ?

Le premier est la survie de l'activité fortement menacée par les contraintes de l'environnement.

LE SECOND NOUS SEMBLE PLUS STRATEGIQUE ET FAIT REFERENCE AU JEU DES ACTEURS DE L'ANALYSE STRATEGIQUE. IL NE S'AGIT QUE D'UNE HYPOTHESE DANS LA MESURE OU NOUS N'AVONS PAS RENCONTRE LES MEDECINS.

Les opérations de regroupement serait une opportunité pour eux de renforcer ou consolider leur autonomie et préserver leur territoire même si géographiquement il se réduit.

L'étude des plans architecturaux des futurs services (cf. Annexe I : les plans des services)

en sont l'illustration.

Au centre hospitalier A, le regroupement de la chirurgie et de la médecine se traduit par la création de deux sous unités ayant chacune leurs chambres, leur salle de soins pour les soignants et leur salle de détente pour fumeurs.

Au centre hospitalier B l'unité de néonatalogie, bien qu'enclavée en obstétrique, a son circuit propre et une zone délimitée dans la salle de soins. L'intervention de l'infirmière générale a évité deux unités juxtaposées pour aboutir à ce compromis

L'élaboration de ces plans illustre la difficulté de changer les habitudes. On peut toutefois supposer que le rapprochement géographique aura un impact sur le fonctionnement. Le point de rencontre a été le malade. Il gagnera en rapidité et coordination dans la prise en charge.

La présence d'une équipe soignante polyvalente pourra être le trait d'union entre les différentes logiques.

Pour qu'un changement réel se produise, tous les acteurs doivent trouver un bénéfice.

Aussi il sera nécessaire de nous interroger sur les avantages que peuvent trouver les soignants.

Nous l'aborderons ultérieurement.

L'étude des deux projets infirme notre première hypothèse que les regroupements sont facilités entre des spécialités médicales ayant des techniques similaires. **C'est plutôt la différenciation qui favorise le rapprochement.**

Cet élément est d'importance pour l'infirmière générale, car une opération de regroupement ne pourra se gérer par des solutions simples, mais doit être pensée en termes de complexité. Il ne suffira pas de superposer une nouvelle structure sur les autres, mais de changer d'optique.

C'est à partir des modalités de conduite du projet dans les deux établissements et du vécu des soignants que nous proposons d'aborder la préparation au changement.

2.3. Préparation au changement

2.3.1. Conduite des projets

Au centre hospitalier A

En 1996, à l'origine du projet, un groupe de travail a été constitué. Il comprenait :les deux chefs de service, les cadres infirmiers, la surveillante chef du secteur de chirurgie, une infirmière représentant le service de médecine et une le service de chirurgie, l'infirmière hygiéniste et le responsable des travaux.

Leurs réflexions ont porté sur :

- le dimensionnement du nouveau service et la détermination des effectifs en personnel paramédical à partir d'une évaluation de la charge de travail effectuée depuis 1993 (PRN 80 (projet de recherche nursing) ;
- l'élaboration du projet architectural ;
- le diagnostic de la situation sur le fonctionnement des équipes, l'organisation du travail, les besoins en compétences ;
- le recueil des craintes, intérêts et propositions formulés par les équipes à partir d'un livre blanc ouvert dans chaque service ;
- l'analyse des deux derniers points a conduit à la proposition d'une formation action pour aider les équipes à reconstruire une identité de service, redéfinir des valeurs communes, élaborer une nouvelle organisation du travail et du temps de travail ;
- la nécessité de la polyvalence du personnel développé par des échanges entre services et une réactualisation des connaissances par l'intermédiaire des cours dispensés à l'institut de formation en soins infirmiers.

L'avancée des réflexions est régulièrement transmise aux équipes lors des réunions d'information.

Lors de la réactivation du projet en 1999 ce groupe projet s'est reconstitué, mais uniquement avec les médecins, les cadres, l'infirmière générale, le directeur et le directeur adjoint. Pour faire valider le projet, ils ont produit :

- une demande d'autorisation en vue de l'ouverture d'une structure alternative à l'hospitalisation et le règlement intérieur de cette structure ;
- le dimensionnement de la future structure commune ;

- le projet architectural en collaboration avec un architecte. Il a été soumis aux équipes pour avis ;
- les autres éléments de conduite du projet n'ont pas été modifiés.

La mise en œuvre doit débuter avec les travaux en l'an 2000.

Depuis le début de l'année 1999 aucune information organisée et structurée n'a été faite en direction des équipes. Les cadres et/ou les médecins parlent du projet quand une nouvelle décision est prise.

Au centre hospitalier B, le projet résulte des réflexions des équipes lors de l'élaboration des projets de service. En médecine néonatale tous les soignants ont participé de façon régulière aux réunions hebdomadaires organisées à cet effet. En obstétrique, les infirmières et les auxiliaires de puériculture se sont plus investies que les sages femmes.

La décision prise, le projet s'est déroulé en plusieurs étapes/

- l'ouverture de deux lits « kangourou » en obstétrique en novembre et un renforcement de l'équipe de puéricultrices avec celles de médecine néonatale ;
- fin 1998 à septembre 1999, réhabilitation du service d'obstétrique, fermeture temporaire des lits « kangourou » ;
- septembre 1999, ouverture du nouveau service.

Pour la première étape, il a fallu définir l'objectif de cette création et mener une campagne d'information interne et externe par l'intermédiaire de la presse, du journal interne et d'une plaquette d'information. Le projet a été soumis à toutes les instances.

Afin d'assurer une surveillance continue des bébés, l'équipe d'infirmières a dû être renforcée. L'infirmière générale prit la décision d'exiger des postulants une formation de puéricultrice ou un engagement de la faire dans les cinq ans au regard du décret 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Un profil de poste a été élaboré avec les cadres et les équipes, puis soumis à la commission du service de soins infirmiers pour validation.

L'infirmière générale a reçu à plusieurs reprises les infirmières des unités concernées pour recueillir leurs souhaits et les guider dans leur choix. Chacune a défini son orientation professionnelle. L'effectif fut fixé. Les infirmières puéricultrices ont ouvert les lits « kangourou » et la permanence en obstétrique. La structure de l'encadrement est également définie.

L'infirmière générale a participé avec les cadres aux réunions d'information dans les équipes.

Pour la deuxième étape, le dimensionnement du futur service a du être finalisé afin de concevoir le projet architectural. Un concours fut ouvert. Les cadres et les médecins ont participé aux réflexions. Les équipes ont été consultées.

Pour la troisième étape, tous les acteurs rencontrés nous parlent de la nécessité de définir l'organisation de l'équipe, mais personne n'a ce dossier en charge. La même préoccupation existe pour les outils de travail. Un groupe institutionnel fait avancer la réflexion sur le dossier de soins.

Avant de tirer des conclusions sur la conduite du changement, examinons les ressentis exprimés par les soignants rencontrés.

2.3.2. Vécu des soignants

. Les personnes interviewées au centre hospitalier A

Grades	Ancienneté dans l'hôpital	Ancienneté dans le service	Mobilité dans l'établissement	Mobilité hors établissement
Infirmière générale	5 ans	2 ans	oui	oui
Surveillante chef chirurgie	26 ans	2 ans	oui	non
Surveillante médecine	8 ans	2 ans	oui	non
Infirmière chirurgie	3,5 ans	3,5 ans	non	non
Infirmière chirurgie	14 ans	11 ans	peu deux services	non
Aide soignante chirurgie	31 ans	28 ans	Non Toujours dans la même unité	non
Infirmière médecine	12 ans	10 ans	Non DEUX SERVICES	non
Aide soignante médecine	14 ans	8 ans	Trois services différents	non

Centre hospitalier B

Grades	Ancienneté dans l'hôpital	Ancienneté dans le service	Mobilité dans l'établissement	Mobilité hors de l'établissement
Infirmière générale	7 ans	7 ans	non	oui
Sage femme surveillante chef		Pas de date précise, mais plus de 10 ans	non DU FAIT DE LA SPECIALITE	non
Sage femme chef d'unité		Pas e précise, mais plus de 10 ans	non DU FAIT DE LA SPECIALITE	non
Responsable unité néonatalogie	25 ans	25 ans	non	non
Infirmière d'obstétrique	1,5 ans	1,5 ans	non	oui
Infirmière néonatalogie	3,5 ans	3,5 ans	non	oui
Puéricultrice	17 ans	14 ans	non 3 ans de pédiatrie avant la néonatalogie	non
Auxiliaire de puériculture	24 ans	24 ans	non	non

La lecture des deux tableaux montre une très grande stabilité du personnel dans les établissements. La mobilité interne est variable. Au centre hospitalier B, la spécialité explique la mobilité réduite. Au centre hospitalier A, les situations sont plus hétérogènes. On peut observer que les plus anciens n'ont pas changé de service les dix dernières années.

Seules les personnes présentes depuis peu dans les établissements, ont été mobiles à l'extérieur.

. Analyse des entretiens avec le personnel

Le contenu des entretiens a été soumis à une analyse de contenu, technique permettant de décomposer le contenu d'un ensemble complexe en éléments simples.

Les entretiens avec le personnel sont analysés à partir des catégories suivantes :

- le niveau d'information par rapport au projet (origine et fonctionnement du futur service) ;
- les ressentis par rapport à la conduite du projet ;
- le degré de participation à la conduite du projet ;
- les appréhensions ;
- les souhaits.

CENTRE HOSPITALIER A

La connaissance du projet

Dans le centre hospitalier A le personnel connaît la nature du projet.

Par contre tous parlent du peu d'information sur l'évolution du projet.

« Les cadres en parlent, les collègues, tout le monde et personne »

nous dit une infirmière.

« On se pose des questions sur l'organisation », dit l'autre infirmière de chirurgie.

« Je ne connais pas grand chose, on n'a pas de réunion, on ne sait pas quand ça va se faire, ni comment »

sont les propos tenus par l'aide soignante de chirurgie.

LES RESSENTIS PAR RAPPORT A LA CONDUITE DU PROJET

Il s'agit encore d'un projet flou qui suscite de nombreuses inquiétudes. Une infirmière a l'impression que les médecins s'esquivent dès qu'on pose des questions.

Le degré de participation

Parmi le personnel interviewé, seule une infirmière a participé au groupe projet lors de sa première phase en 1996.

Depuis, le personnel n'a été consulté que lors de l'élaboration des plans.

Une infirmière de chirurgie souligne que, les premiers plans présentés, montraient de nombreux oublis,

« c'étaient des plans faits par des architectes, mais pas par des gens qui travaillent dans les services. Il manquait le bureau de la surveillante, la lingerie. »

Les appréhensions

Pour toutes les personnes interviewées deux préoccupations principales les inquiètent :

- **leur devenir,**

« où on va être mis, comment ça va se passer, un jour on va être mis au pied du mur ».

Une autre se pose la question de

« qui va rester ? Comment vont être réparties les infirmières ?

La troisième se demande si *« on va nous imposer un service ou si on nous laissera le choix. »*

Pour l'aide soignante, *« c'est inquiétant. »*

- **le mode de fonctionnement.**

- *« Comment ça va fonctionner ? »*

« Je pensai qu'il y aura un service, mais les plans montrent deux services. Je ne m'attendais pas à voir ça. »

- le choix des malades et l'organisation médicale soucient également le personnel.

« Les médecins, vont-ils s'organiser autrement, vont-ils travailler ensemble, faire des visites communes ou non ? »

Les souhaits

- **Par rapport à l'affectation**

Les personnes interviewées souhaitent une information et la possibilité d'exprimer leur choix.

Un infirmière insiste sur le fait qu'il faut « *des volontaires* ». C'est aussi l'occasion « *d'échanger des idées neuves.* »

Une autre souligne que la restructuration peut être l'occasion d'avoir une nouvelle organisation de l'activité de l'équipe, actuellement insatisfaisante.

« *On aimerait une meilleure planification des blocs. On est le même nombre de personnel, si on est plein ou pas* ».

L'activité est fluctuante selon les jours opératoires en nombre de malades et en soins. Il n'y a pas de soins intensifs dans l'établissement.

L'aide soignante de chirurgie souhaite rester dans le service, car elle a toujours travaillé en chirurgie. Elle verrait bien deux équipes qui s'entraideraient en fonction de la charge en soins.

- **Par rapport à la participation**

Excepté l'aide soignante de chirurgie plutôt attentiste, les infirmières expriment leur désir d'être informées, et de participer à des groupes de travail, car elles se disent concernées.

L'infirmière et l'aide soignante de médecine s'étaient déjà impliquées lors des premières réflexions.

L'exemple du centre hospitalier A dont le projet débute, met en évidence la grande insécurité créée par le changement. La demande d'information est forte sur le devenir, mais aussi sur le fonctionnement du futur service. Malgré cette insécurité, la restructuration est vécue comme une opportunité personnelle et l'occasion d'améliorer le fonctionnement quotidien pour les infirmières et l'aide soignante de médecine. Cet investissement professionnel pourra constituer un levier non négligeable lors de la mise en œuvre du projet.

Cette expérience souligne la nécessité de maintenir la communication entre la direction et les services même en cas de suspension du projet.

CENTRE HOSPITALIER B

La connaissance du projet

Toutes les personnes interviewées situent le projet dans le cadre des réflexions sur les projets de service, en connaissent les différentes phases et les échéances.

Personne n'ignore l'objectif ayant présidé à ce regroupement à savoir la volonté de rapprocher la mère et l'enfant. Il s'est exprimé en néonatalogie par l'objectif de faire des parents des partenaires de soins et en obstétrique, par la volonté de rendre les mamans autonomes.

Quant au fonctionnement, subsistent beaucoup d'incertitudes.

« *On ne sait pas, on va vers l'inconnu....On attend.* »

« *Au niveau des effectifs, on ne comprend pas le fonctionnement exact. Il faudra qu'on aille partout : surveiller les bébés des lits kangourou, de néonatalogie et d'obstétrique.* » dit une infirmière d'obstétrique.

« *J'ai l'impression qu'on va rester isolé* » pense une infirmière de néonatalogie.

Les ressentis par rapport à la conduite du projet

Le personnel de néonatalogie rencontré vit ce projet comme une manipulation.

« *On a été dirigé* » dit l'auxiliaire de puériculture.

« *J'ai l'impression que c'était décidé d'avance.* » dit la puéricultrice.

L'objet des projets était d'améliorer la prestation de chaque unité et non de les regrouper.

« *On ne pensait pas que le projet allait aboutir comme cela.* »

La sage femme chef d'unité a exprimé la même chose.

« *Ça a été très mal vécu, ça a créé des tensions entre nous. On nous a imposé le projet de service pour nous mener là où ils voulaient.* » dit une infirmière.

L'annonce du regroupement a créée amertume et baisse de motivation.

La responsable de l'unité de néonatalogie souligne la difficulté à maintenir la motivation et l'investissement au travail après la décision.

Le degré de participation

Tous les membres des équipes ont participé à l'élaboration du projet de service.

Puis ils ont été consultés pour le profil de poste, les plans, les outils de travail.

Les appréhensions

Elles se situent surtout au niveau du futur fonctionnement et de l'intégration du personnel de néonatalogie.

Ces derniers sont très inquiets, car ils n'ont pas l'impression d'être entendus lors des réflexions sur les outils de travail et surtout, pendant la période de l'ouverture des lits « kangourou ». Les puéricultrices de néonatalogie sont descendues en obstétrique.

Celle de notre échantillon nous a fait part des difficultés d'intégration rencontrées.

« On avait toujours tort, nos idées ne sont pas reprises ; à chaque bilan, on nous a mis beaucoup de choses sur le dos. C'était à nous de nous mettre au pas ; en maternité, elles n'ont pas changé leurs habitudes.»

La sage femme surveillante chef tient un discours équivalent en dénonçant l'attitude des puéricultrices vis à vis des auxiliaires qui ont une place différente dans les deux unités.

Pour la responsable de néonatalogie, c'était une expérience positive dans la mesure où les deux équipes se sont rencontrées, ont appris à se connaître et à se parler.

Les souhaits

Ils se situent à deux niveaux :

- au moment de la décision de regroupement, les personnels auraient souhaité avoir un espace de parole pour **exprimer leurs ressentis** et **rencontrer** l'équipe de direction en particulier, **le directeur pour un échange** sur cette décision ;
- sur le futur fonctionnement
le personnel souhaite **participer et être entendu**.

Dans les deux unités les outils de travail sont différents ou utilisés différemment. Tous sont d'accord pour une harmonisation, mais personne ne veut changer sa manière de faire.

Les avis sont également partagés sur l'organisation de l'équipe.

Parmi le personnel rencontré, trois sur quatre vont composer la nouvelle équipe.

La puéricultrice et l'infirmière d'obstétrique qui va se former, disent que le regroupement est une opportunité :

- d'enrichissement professionnel,
- de sortir de l'isolement,
- d'avoir une charge de travail plus régulière, car l'activité en néonatalogie a sensiblement baissé.

L'infirmière de néonatalogie aurait souhaité faire partie de la nouvelle équipe, car elle aime travailler auprès des enfants, mais elle ne veut pas faire la formation de puéricultrice.

A travers l'expérience du centre hospitalier B émergent d'autres questionnements. En particulier ce que le Groupe Laennec appelle « le choc entre le rationnel et l'émotionnel »²⁸.

²⁸ Groupe Laennec.-. Accompagner les restructurations, Gestions Hospitalières, Avril 1999,p. 263.

En effet les soignants ont un vécu émotionnel très fort, car ils sont dans un processus de deuil, à une période où les avantages de la nouvelle structure ne sont pas encore perçus. Le personnel a besoin d'être entendu et rassuré comme il l'a exprimé. Le rôle du cadre est capital dans l'action de communication. Des modalités d'écoute peuvent être mises en place pour accompagner les personnes fragilisées.

Par ailleurs les soignants considèrent la restructuration comme une opportunité et sont prêts à s'investir pour construire une nouvelle organisation. La démarche participative est une nécessité pour obtenir l'adhésion des professionnels.

Cet exemple illustre également le rôle de management des cadres à l'arrivée de nouveaux personnels et dans l'organisation des tâches selon les fonctions.

2.3.3. Synthèse

L'analyse des deux situations de regroupement permet de dégager des constantes qui nous semblent intéressantes de retenir.

Pour manager les équipes, l'infirmière générale dispose de points d'appui qui sont une volonté des soignants de régler les dysfonctionnements et d'améliorer l'organisation des soins et des procédures, l'acceptation de la polyvalence et le souci du développement professionnel, un encadrement prêt à coopérer, même s'il ne dispose pas d'une vision globale de la situation. Elle ne devra pas négliger les freins présents à savoir : l'inquiétude face à l'inconnu, l'attachement à une identité de service, la mobilité réduite du personnel.

Concernant nos hypothèses de départ sur la préparation du personnel, elles se confirment et s'étoffent.

L'information sur le projet

Les deux projets montrent l'importance de l'information à tous les stades de l'avancée pour clarifier la situation et lever les incertitudes.

Si le centre hospitalier A a relâché sa campagne d'information, le centre hospitalier B a utilisé tous les moyens à sa disposition lors du lancement. Par contre le personnel a eu des difficultés à intégrer la décision. Il aurait souhaité des explications du directeur.

Comme le souligne Jean Pierre Le Goff « toute décision doit s'accompagner d'explications claires sur son bien fondé, ses tenants et ses aboutissants.(...) Les explications et les discussions apparaissent comme des conditions sine qua non de l'efficacité. »²⁹

L'infirmière générale s'est déplacée à plusieurs reprises pour dire ce qu'on allait faire et ce que devenait le personnel. Mais le lien entre le projet de service et le regroupement n'a pas été compris.

Deux hypothèses peuvent être formulées.

La première concerne l'explication de ce regroupement. A-t-elle été suffisamment reprise au fur à mesure que les questions se posaient ? L'infirmière générale et les cadres ont-ils écouté les gens en se mettant à leur place et en reconnaissant ce qu'on leur impose.

Nous manquons d'éléments pour répondre à ces questions.

La seconde hypothèse est liée au jeu des acteurs. L'argument du manque d'explication n'est-il pas utilisé comme enjeu et jeu dans les relations avec la hiérarchie pour justifier un refus et/ou négocier des situations jugées favorables.

L'information n'est pas unidirectionnelle. Le personnel a besoin lui aussi de s'exprimer. Le centre hospitalier A l'a bien compris en créant un cahier blanc où chacun pouvait dire ses souhaits et ses craintes. Ces expressions ont fait l'objet d'une analyse par le groupe projet et d'une proposition d'action sous forme de formation.

L'information sur le devenir personnel

Lors d'une opération de restructuration, la première inquiétude des personnels est leur devenir, car elle implique souvent un redéploiement vers d'autres services. Cette crainte est vive au centre hospitalier A, car rien n'est décidé. Par contre, au centre hospitalier B les choix sont faits et les préoccupations sont relatives au fonctionnement.

Le centre hospitalier B a organisé les redéploiements dès le début de l'opération. Les règles ont été définies, l'examen des situations individuelles a guidé les décisions.

Une information claire des possibilités doit permettre à chacun de faire un choix éclairé. C'est le souhait exprimé par le personnel et qui nous semble tout à fait légitime.

Au centre hospitalier B l'infirmière générale a reçu le personnel et géré les redéploiements. Ses contacts permanents avec les cadres ont enrichi sa connaissance des personnels.

²⁹ LE GOFF J. Pierre.- Les Illusions du management. Ed. La Découverte/Essais, 1997, p.96.

Bien qu'ils ne l'aient pas évoqué, le rôle des cadres nous semble primordial comme facilitateurs dans l'aide à la décision.

Ces redéploiements ne peuvent être gérés sans la Direction des ressources humaines pour élargir le champ des possibilités.

La réorientation imposée par les circonstances, confronte le personnel à la perte de son identité professionnelle et d'équipe et aux processus de deuil qui l'accompagnent.

Pour des soignants possédant une technicité valorisée, il est difficile d'intégrer un autre groupe. Ils devront quitter leurs repères pour en acquérir d'autres.

C'est une étape difficile où ils auront besoin d'exprimer leurs ressentis. La responsable de néonatalogie a rempli ce rôle. Un tiers extérieur aurait pu dépassionner les débats.

En conclusion nous confirmons l'hypothèse que l'information et l'accompagnement au changement est essentielle, voire incontournable pour la réussite d'une opération de restructuration.

L'harmonisation des outils de travail et la réflexion sur l'organisation

L'harmonisation des outils de travail et l'étude du fonctionnement et de l'organisation s'avèrent indispensables, mais difficiles dans les deux situations. Le centre hospitalier prévoit une formation action. Le centre hospitalier B l'aborde au niveau institutionnel pour le dossier de soins. Le fonctionnement est laissé en attente, car l'environnement de la périnatalité est mouvant sur la région.

L'amélioration du fonctionnement et de l'organisation constitue un formidable levier de changement pour l'infirmière générale, car tous les soignants adhèrent à cet objectif et pourtant, il est peu exploité.

En effet travailler sur ces aspects n'engage pas seulement le service infirmier, mais l'ensemble des acteurs hospitaliers (le corps médical, la logistique, les services administratifs,...). Une démarche transversale d'amélioration peut être initiée. Elle demande un changement des pratiques managériales qui consistent à réunir tous les interlocuteurs concernés par le sujet. La parole est libre et chacun est entendu quel que soit son statut.

Cette démarche n'est pas mise en œuvre dans les conduites des projets étudiés.

La participation de tous à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet

Deux étapes peuvent être identifiées dans la conduite des projets étudiés :

- une phase de préparation où des groupes de travail pluri-professionnels sont associés,
- une phase de conception des nouvelles structures où les cadres soignants et les médecins sont associés et le personnel consulté pour donner son avis.

Nous sommes dans un management plutôt participatif qui introduit la concertation tout en fixant les axes, le cadre général. Il sollicite le conseil, le soutien, encourage le dialogue.

Le déroulement des opérations se fait de façon linéaire, les séquences se succédant les unes derrière les autres.

Nous ne sommes pas dans un management transversal de projet. Celui-ci ne se substitue pas à l'autre, mais vient le compléter.

Interrogeons nous sur la notion de projet.

Michel JOLY et Jean Louis G MULLER relèvent deux sens au terme de projet. Le sens français renvoie à « l'aspect intentionnel des choses et à l'objectif à atteindre. »³⁰ La définition du mot anglais project est « ensemble d'actions à réaliser pour atteindre un objectif défini dans le cadre d'une mission précise et qui comporte un début mais aussi une fin. »³¹

L'Afnor donne une définition très proche du mot anglais.

« Un projet se définit comme une démarche spécifique, qui permet de structurer méthodiquement une réalité à venir. »

Avoir un projet amène à délimiter la réalité et à orienter l'énergie des acteurs vers un but en définissant clairement des objectifs.

Les restructurations sont à considérer comme des projets et un management de projet serait un facteur de réussite.

Le management de projet revient à mettre l'accent sur les aspects humains et organisationnels. Il repose sur une pratique d'écoute et de consultation. Il s'agit d'animer un groupe de personnes qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble, de planifier les actions, de communiquer, de prévoir un bilan pour tirer des enseignements constructifs. Pour cela la hiérarchie doit désigner un chef de projet qui a délégation et mission de le conduire. C'est lui

³⁰ JOLY Michel, G.MULLER J.louis .- De la gestion de projet au management par projet.- AFNOR,1994, p.16.

³¹ Ibid. p.17.

qui va piloter le projet et rendre compte au maître d'ouvrage. Le management de projet ne s'improvise pas, il nécessite une formation aux méthodes et outils.

ORGANISER LE FUTUR SERVICE EN COHERENCE AVEC L'ENSEMBLE DE L'INSTITUTION ET HARMONISER LES PRATIQUES SONT DES ASPECTS INDISPENSABLES A GERER DANS LE CADRE D'UNE CONDUITE DE PROJET DE RESTRUCTURATION.

Le rôle capital des cadres

Au détour des points évoqués précédemment, le rôle des cadres est apparu primordial comme

- relais dans la circulation de l'information,
- facilitateur dans le cadre de l'élaboration des projets professionnels,
- soutien des personnes lors des moments difficiles,
- leader pour encourager et motiver les équipes et maintenir les conditions matérielles et morales.

Lors des restructurations les cadres supportent toutes les incertitudes de leurs subordonnés tout en relayant et en assumant les décisions de la hiérarchie et en étant eux-mêmes concernés par les mêmes incertitudes.

C'est une mission difficile pour laquelle ils doivent être préparés et soutenus.

2.4. Rôle de l'infirmière générale

Au centre hospitalier A l'infirmière générale actuelle a porté le projet dans sa phase initiale et a monté les premiers dossiers techniques. Elle participe à l'application des décisions du directeur.

Lors de la mise en route, elle définira les règles d'affectation du personnel et procèdera, en partenariat avec la Direction des Ressources Humaines, au recrutement, selon les modalités prévues par la politique de gestion du personnel.

C'est elle qui construira le projet de formation au changement et qui le défendra dans les instances.

Participant aux réunions de travail sur le projet architectural, elle donne le point de vue soignant .

AU CENTRE HOSPITALIER B N'AYANT AUCUNE RESERVE SUR LE CONCEPT, SON ROLE EST « DE CROIRE AU PROJET ET DE FAIRE ACCELERER SON DEVELOPPEMENT ». AU NIVEAU DES EQUIPES C'EST A ELLE, DE « L'EXPLIQUER, DE FAIRE COMPRENDRE LA REALISATION DU REGROUPEMENT PAR RAPPORT AUX PROJETS DE SERVICE, QU'IL EXISTE UNE CONTINUITE ENTRE LES DEUX. »

ELLE PARTICIPE A L'INFORMATION ET AU PLAN DE COMMUNICATION

Lors de la préparation du projet architectural, elle a défendu le principe d'une salle de soins commune.

Elle participe à la mise en œuvre du projet.

Difficultés évoquées par l'infirmière générale du centre hospitalier B.

La difficulté principale a été de constituer l'équipe, et de réaffecter les personnels restants sur d'autres unités en tenant compte de leur choix et des contraintes institutionnelles. Il reste à statuer sur une infirmière qui campe sur des positions de refus de changement.

Le positionnement des personnels soignants est différent dans les deux équipes au regard des médecins. L'influence des sage femmes en obstétrique rend le personnel moins dépendant du corps médical.

La sage femme surveillante chef signale, depuis la création des deux lits kangourou, l'apparition de tensions entre les puéricultrices de néonatalogie et les auxiliaires d'obstétrique, car la place des auxiliaires n'est pas la même dans les deux services.

La difficulté majeure va se situer au niveau de l'organisation du travail, car elle n'est pas la même dans les deux unités. L'harmonisation de l'utilisation des outils de travail nécessitera également négociation et consensus.

Dans les projets de restructuration l'infirmière générale participe à l'application des décisions du comité de direction, intervient comme expert par rapport à l'organisation des soins et a un rôle de management des équipes soignantes.

A la lumière de l'analyse des expériences étudiées et en référence à notre cadre conceptuel nous proposons de développer ce rôle managérial dans la troisième partie.

PARTIE C: UN MANAGEMENT CENTRE SUR L'HUMAIN POUR UN PROJET D' ACTIONS D' ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT

I UN MANAGEMENT CENTRE SUR L'HUMAIN

L'exploration théorique et l'enquête menée sur le terrain ont fait apparaître la complexité des situations de changement et le rôle tout à fait primordial de l'encadrement de secteur et de proximité. Il doit être capable de résoudre des problèmes organisationnels et relationnels, de mener à bien des projets pour lesquels le facteur humain entre pleinement en ligne de compte.

Nous avons pu observer que la façon dont sont menées les actions de changement, suscite des relations et une ambiance de travail déterminantes dans la bonne marche des équipes.

Celle-ci aura forcément des répercussions sur le soigné que nous avons peu évoqué jusqu'à présent. Mais ces changements doivent être pensés pour lui et avec lui. Le soigné ne peut être acteur de ses soins, si le soignant n'est pas lui-même acteur dans l'institution.

Qui dit « acteur », dit reconnaissance de l'homme en tant que sujet et lui accorder des compétences, une zone d'autonomie, une expérience qu'il va mettre au profit de l'hôpital.

Ces réflexions nous renvoient à un nouveau mode de management qui recentre le débat sur la gestion de l'humain.

Bertrand Martin³² le fonde sur la confiance. « La confiance se trouve dans la certitude que la personne va tout faire pour réussir, pas dans le fait qu'elle va réussir. Confiance dans l'être, pas dans le faire. »

Comment créer cette confiance ? C'est d'abord tenir un langage de vérité, exprimer franchement la réalité de la situation. C'est la liberté : liberté de discuter, d'aborder tous les sujets. Enfin c'est l'appel à tous et l'écoute.

La capacité d'écoute est une qualité essentielle demandée aux cadres. Un colloque annuellement organisé en Suisse, à Zermatt (Le Monde du 25 février 1999), rassemble des artistes, des scientifiques et des chefs d'entreprise pour explorer les différentes manières de diriger de façon créative les organisations. Les grandes entreprises demandent désormais à leurs managers de savoir écouter leurs subordonnés et de travailler en équipe.

³² MARTIN (B.), LENHARDT (V.), JARROSSON (B.). Oser la confiance, INSEP Editions, 1996,p.121.

Savoir écouter ne s'improvise pas. C'est un état d'esprit qui « implique de reconnaître que l'autre est différent de vous dans sa personnalité et dans sa situation »³³(...) de travail : différence de position, d'activité, de responsabilités, d'environnement. A l'hôpital ou dans une entreprise qu'elle quelle soit, on ne peut gommer l'écart existant entre les dirigeants et les dirigés. Leur degré d'implication et de responsabilité n'est pas le même.

Ecouter demande d'avoir « le goût pour les relations humaines, une ouverture d'esprit qui permette de se décentrer et de comprendre les réactions des uns et des autres avant de les juger. »³⁴ Cette attitude n'est pas facile à mettre en œuvre. Il faut en avoir la volonté, se contraindre à être disponible et s'extraire des contraintes et soucis immédiats. Il faut prendre le temps.

C'est une donnée qui ne renvoie pas à une formation, mais c'est une conception globale acquise par la culture, l'éducation, l'expérience professionnelle et extra professionnelle.

Dans notre nouveau poste d'infirmière générale, nous souhaiterions tenter la mise en place de ce mode managérial pour participer à la gestion des restructurations internes.

Mener ce type de management, suppose d'abord des changements pour nous qui allons assurer le poste de faisant fonction de Directeur du service de soins infirmiers : assumer le rôle d'exemplarité et gérer un processus d'accompagnement.

1.1. Le rôle d'exemplarité

En effet, si nous prônons la confiance, nos actes doivent être conformes à nos discours. La cohérence entre les paroles et les actes assoie notre crédibilité.

Cela nous oblige à porter un regard sur notre propre capacité à faire confiance jusqu'au bout. Ce jusqu'au bout de soi-même est important pour libérer l'énergie de nos collaborateurs. Elle implique authenticité et sincérité. « Il ne s'agit pas de tout dire, mais de croire tout ce que l'on dit. »³⁵

Rester disponible et à l'écoute est une nécessité pour le service infirmier. Il faut toutefois tenir le cap et pour cela formaliser des temps de rencontre avec les cadres supérieurs avec lesquels nous travaillons.

³³ LE GOFF J. Paul. Les Illusions du management. La Découverte, 1997, p.99.

³⁴ Ibid. 33, p.43.

³⁵ Ibid.34, p.119.

Ils pourraient être de deux types : des réunions centrées sur les tâches sous forme de « breaffing » ou de réunions de coordination et des rencontres centrées sur la pratique du management permettant les échanges et la discussion.

Si nous privilégions les relations de travail avec les cadres infirmiers supérieurs, il nous semble indispensable de rester en contact avec le terrain. Il ne s'agit pas seulement de recevoir le personnel, mais aussi d'aller à sa rencontre dans les services. Nous pensons que l'infirmière générale doit marquer les services par sa présence. C'est là qu'elle mesure le mieux la réalité des acteurs.

Si nous invitons à la liberté, nous devons nous-mêmes laisser aux autres la liberté d'aborder tous les sujets, accepter les débats, les contradictions et partager les informations.

Ces principes ne peuvent être appliqués sans la combinaison des trois P, Protection, Permission, Puissance, concepts développés par l'analyse transactionnelle.

Par Protection, on entend toutes les interventions définissant les règles, les limites jusqu'où on peut aller, les modalités d'aide, de façon à protéger l'équipe des dangers externes et de leurs fragilités internes.

La Permission est le fait d'encourager l'autre, de le soutenir, de lui donner de la reconnaissance.

La conjugaison de ces deux axes permet de dégager de la Puissance, c'est-à-dire de libérer l'énergie des individus.

S'engager dans un tel processus ne peut se faire sans nos collaborateurs.

1.2. Gérer un processus d'accompagnement

L'exemplarité ne suffit pas au changement. Nous devons également assurer un rôle de facilitateur, d'entraîneur, voire de formateur pour réfléchir avec les cadres et leur permettre de développer à leur tour, ce style de management.

Il sera nécessaire de sortir de notre rôle purement hiérarchique. Nous devons prendre conscience de ce que nous, par notre position, modifions dans les relations. Nous ne pouvons faire l'économie d'une réflexion sur la manière dont nous exerçons le pouvoir.

Dans un premier temps, un accompagnement à la fonction de direction, par un « coach », serait une aide appréciable.

C'est en référence à ces principes de management que nous proposons notre projet d'action.

II PROJET D' ACTIONS

2.1. Nos objectifs

1- *Engager et soutenir l'encadrement.*

L'enquête sur le terrain a montré le rôle primordial et en même temps difficile des cadres. Nous leur demandons de motiver les équipes, d'être leaders, acteurs alors que pèsent sur eux des objectifs imposés, des dossiers et des rapports à rendre sans délais, des contraintes de toutes sortes. L'infirmier général participe très souvent à cet état de fait au lieu de le calmer alors que les cadres ont besoin d'être soutenus et aidés dans la prise d'initiatives et la personnalisation de leur fonction.

2- *Ecouter et faire participer le personnel*

Se donner les moyens d'entendre ce que les soignants ont à dire et à proposer, nous semble incontournable, pour qu'ils adhèrent au projet et le fassent vivre.

3- *Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).*

Les restructurations hospitalières internes modifient les emplois et les compétences à une échelle moindre que les restructurations externes, mais toutefois conséquentes. En collaboration avec la Direction des ressources humaines, il faudra définir la politique et les moyens pour répondre à ces besoins nouveaux.

4- *Repenser l'organisation pour le patient*

La réussite des restructurations internes repose sur la prise en compte de l'humain, celui du soignant, mais aussi celui du soigné. Les unités qui vont être créées, celles qui vont être réorganisées, n'existent pas pour elles mêmes, mais pour prendre soin d'un certain nombre de personnes. C'est à partir de cet objectif que devront s'élaborer les organisations et les supports utilisés dans l'acte de « prendre soin ».

5- *Prévoir une phase d'évaluation.*

Afin qu'une organisation soit une organisation apprenante, la phase d'évaluation est primordiale pour vérifier l'atteinte des objectifs, analyser ce qui s'est passé et réajuster, si nécessaire, le plan d'actions pour les étapes suivantes.

2.2. Des ressources et des contraintes

2.2.1 Des ressources

Le projet d'établissement

Les restructurations sont inscrites dans le projet d'établissement et ont été validées par les instances consultatives et acceptées par l'ARH. Sans faire l'objet de consensus, elles ont déjà généré de multiples discussions. La communauté hospitalière est sensibilisée au fait que la réponse aux besoins de la population ne donne plus lieu à des moyens supplémentaires, mais nécessitent des adaptations internes.

Le président de la CME (commission médicale d'établissement) a été un artisan actif lors de l'élaboration du projet.

Le projet de soins infirmiers

L'existence d'un projet de soins pour un soigné et un soignant autonomes et responsables, valorisant la coopération entre professionnels pourra constituer un point d'appui non négligeable.

Un service infirmier structuré.

Le service de soins infirmiers comprend un directeur depuis de nombreuses années ainsi que des cadres infirmiers supérieurs. L'organisation privilégiait jusqu'à présent une répartition des surveillants chefs par secteur (chirurgie, médecine, gériatrie, pédiatrie, blocs,...) à laquelle s'ajoutait une mission transversale. Chaque cadre infirmier supérieur supervise plusieurs unités gérées par un cadre de proximité.

Le groupe de surveillants chefs est homogène, dynamique et solidaire.

Les cadres infirmiers sont régulièrement sollicités et participent à de nombreux groupes de travail pluridisciplinaires depuis quelques années.

2.2.2. Des contraintes

Une culture de cloisonnement et de fonctionnement par service.

L'appartenance au service et le regard porté sur l'hôpital à partir du service restent très prégnants. Le vieillissement de la population soignée et le peu de mobilité de certains constitueront un frein à ne pas sous-estimer.

Un groupe de cadres de proximité hétérogène.

La formation cadre n'était pas exigée pour accéder à la fonction, près de la moitié des surveillants ne sont pas formés.

La fonction d'animation est peu développée par rapport au rôle technique, à savoir la gestion quotidienne des soins. Beaucoup de cadres ploient sous la charge ; certains surinvestissent leur travail.

2.3. Des propositions d'actions en regard des objectifs

2.3.1. Engager et soutenir l'encadrement

L'enquête sur le terrain a mis en évidence le rôle clé de l'encadrement. Il intervient à toutes les phases du projet tant au niveau de la sensibilisation et de l'accompagnement des équipes que des tâches de préparation organisationnelle et technique de l'opération.

Ils sont les relais de la direction dans la conduite du changement. Ce changement doit être impulsé d'en haut, comme le souligne Jocelyne Abraham. L'hôpital relevant d'une organisation de type bureaucratique, la légitimité est conférée au statut légal. Le système de pouvoir repose sur la reconnaissance de compétences identifiées par les diplômes, les concours ou la cooptation.

Les cadres vont être engagés dans les processus de changement comme animateur d'équipe et responsable de groupes de travail.

Nous proposons quatre formes de soutien aux cadres : le partage de l'information et la communication, la formation, une définition précise des missions et des groupes d'analyse de la pratique.

2.3.1.1. L'information et la communication clés du pilotage du changement

Claude Shannon, dans sa théorie mathématique de la communication, a considéré l'information comme un ensemble de signes, de symboles, de messages que l'on peut concevoir, émettre, recevoir. Pour le modèle cybernétique elle est le moyen par lequel un système agit sur un autre système. Cela signifie que le message, pour être perçu, doit être compris. Il faut que les signes soient connus, mais aussi qu'ils fassent sens. Le message a d'autant plus de chance de passer s'il tient compte du cadre de référence du récepteur. Le sens attribué est en effet variable selon les personnes et les situations. Le sens utilise comme média la communication et la conscience.

La communication est le processus par lequel les personnes s'entendent et se comprennent à la suite d'ajustements et de connaissances mutuels.

Elle utilise le langage verbal et non verbal qui sont inter dépendants. La perception des signes non verbaux est plus instinctive, plus immédiate que la compréhension du contenu verbal. Les para-langages sont marqués par la culture. La concordance des deux langages a un effet clarificateur et renforçateur. Lors de toute communication, nous devons veiller à cette convergence.

La production d'informations, facilitée par les technologies modernes, provoquent souvent une saturation et une perte de sens. Il est souhaitable de sélectionner les informations diffusées à nos collaborateurs, de les commenter avec eux et les inciter à faire de même dans leurs situations de communication.

Comme nous l'avons vu au cours de notre enquête, il nous faut communiquer sur l'avancée du projet, sur les intentions, les orientations et actions choisies.

Nous ne pouvons privilégier les formes à retenir. Toutes les possibilités doivent être exploitées selon l'objet de la communication, le public la situation (réunion plénière ou non, débat, note d'information, article dans le journal interne, rencontres individuelles, ...)

Au cours des différentes actions de communication, il est souhaitable de se doter d'outils et de techniques permettant de vérifier que l'information a été bien comprise pour limiter les risques de distorsion lors des retransmissions. La technique de reformulation par les participants, des informations diffusées, constitue un moyen de vérification. La rédaction des comptes-rendus sera laissée à l'initiative d'un membre de la réunion. Les notes et articles seront commentés et explicités en groupe.

2.3.1.2. La formation

Ainsi que le souligne Le Goff, la formation ne doit pas être un gadget de plus ou de la manipulation. Elle doit s'ancrer pleinement dans l'activité de management .

Pour créer une culture commune, cette formation s'adresserait aux cadres de secteur et de proximité. Elle serait composée de tronc communs et de modules plus spécifiques selon les responsabilités. Elle comprendrait deux volets: l'un de culture générale, l'autre technique offrant des outils pour les situations concrètes.

Le volet culture générale devrait leur apporter les moyens d'analyser leur environnement par la pensée systémique et l'analyse stratégique sociologique. Elle allierait apports théoriques et études de cas.

Il faudra les former à leur rôle d'animateur d'équipe. Cela demande de traiter leur positionnement et de leur donner des outils pour la conduite de réunions, le règlement de conflits, la négociation, et la concertation.

L'apport d'outils se ferait également pour la conduite de projet, la résolution de problèmes.

Les restructurations imposent une réflexion en organisation du travail, profils de postes, délégation de tâches en fonction des textes professionnels. La formation devra développer les compétences dans ce domaine.

Ces deux volets d'apprentissage devront être menés sous forme de formation action alternant apports théoriques et aide à la résolution de situations concrètes.

2.3.1.3. La définition des missions

La nécessité de manager, c'est-à-dire d'organiser et de diriger les projets implique une structure favorisant la coopération et la désignation d'un chef de projet secondé par des responsables de tâches. Il aura reçu une délégation formalisée par une lettre de mission. Les responsables de tâches s'engagent après avoir défini et négocié comment et avec quels moyens, ils vont la réaliser.

Les cadres infirmiers pourront être impliqués directement dans la conduite du projet ou garder uniquement la fonction hiérarchique de supervision de leur équipe.

Qu'elle que soit leur place dans la structure, il sera souhaitable de la clarifier avec eux et de négocier leurs objectifs, leurs moyens afin de pouvoir les accompagner et réaliser une évaluation pertinente de leurs performances.

Définir le champ d'action est une sécurité, mais aussi une source d'autonomie et de responsabilisation.

2.3.1.4. Les groupes d'analyse de la pratique

Les moyens énoncés jusqu'à présent visent essentiellement le renforcement du savoir faire, mais le management est plus que cela. C'est une façon d'être. Il est « de l'ordre du savoir être et du savoir faire faire »³⁶ Le premier outil du cadre est lui-même d'où « l'importance qu'il se connaisse, qu'il repère sa place, qu'il manie la distance. »³⁷

³⁶ FAUGIER SEURET Chantal.- Le Management en arrière plan. Objectif Soins. Le cahier du management, n° 50, février 1997, p. IX.

³⁷ Ibid. 36

Pour l'aider dans ce positionnement, Chantal Faugier Seuret propose, ce qu'elle appelle, « un management en arrière plan ». La place de l'infirmier général ou du cadre infirmier supérieur est de se mettre en arrière et non au-dessus. Chaque strate hiérarchique du service infirmier vient s'adosser à la suivante, l'infirmier général étant le cadre ultime.

Dans cette vision, le rôle de l'infirmier général est de soutenir, créer la sécurité, conduire, permettre aux cadres d'avancer dans leur propre manière d'intérioriser la fonction.

Cette position est à travailler au quotidien en favorisant le questionnement sur le travail et les pratiques de soins, la compréhension, l'analyse de la difficulté ou du dysfonctionnement avant d'apporter des réponses et de prendre des initiatives. Il ne s'agit pas de dire ce qu'il faut faire, mais de permettre aux idées, aux questions et aux réponses d'émerger. Cette position repose sur des rapports de confiance, c'est-à-dire que le cadre doit pouvoir parler de ses difficultés sans crainte d'être jugé.

Des groupes d'analyse de la pratique peuvent être instaurés pour favoriser cet arrêt et la création de cet espace de pensée et d'analyse.

Au départ, nous proposons d'animer un groupe composé de cadres infirmiers supérieurs et de coanimer avec un cadre supérieur un groupe de cadres de proximité. Ces groupes sont des lieux d'expression, d'analyse, de réflexion éclairés à l'aide de concepts dégagés des lectures relatives au sujet traité. L'infirmier général intervient comme animateur pour libérer la parole, faciliter les échanges et organiser les débats. Il ne s'agit pas d'introspection, mais d'élargir la lecture des situations à des dimensions sociologiques, historiques, juridiques, etc.. afin que les cadres puissent repérer leur place et prendre de la distance.

Ces groupes permettraient aux cadres de sortir de l'isolement dont ils se plaignent si souvent et d'obtenir du soutien lors de situations difficiles.

2.3.2. Ecouter et faire participer le personnel

L'écoute et la participation ont pour objectifs de susciter l'adhésion du personnel.

L'écoute

Cette écoute devra être organisée. Elle peut prendre des formes individuelles ou collectives, anonymes ou non. Le cadre infirmier de proximité aura, comme nous l'avons vu, un rôle primordial. Il peut se faire aider du cadre de secteur. Aux étapes importantes du projet, nous devons rencontrer les équipes.

L'idée du cahier blanc du centre hospitalier A, nous semble intéressante. Disposant de l'outil informatique et pour faciliter l'expression anonyme, nous pourrions mettre à disposition un

micro ordinateur afin que chacun puisse formuler ses remarques. Un groupe de travail serait chargé de dépouiller les données et de les transmettre à l'équipe et au responsable du projet.

La participation

Si nous voulons que les soignants adhèrent au changement, il faut leur permettre de se l'approprier et donc de participer aux différents groupes de travail. Il ne s'agit pas seulement de leur demander leur avis, mais de les inclure au même titre que les autres interlocuteurs. On ne peut participer que sur les domaines que l'on connaît. Le personnel sera sollicité pour les sujets relevant de leurs compétences : organisation des soins, du travail, définition de poste, missions du nouveau service, etc... Une formation complémentaire peut leur être proposée pour les rendre opérationnels. La participation est un réel engagement basé sur le volontariat.

Des groupes de travail thématiques pluriprofessionnels (soignants, médecins, administratifs, secteur logistique) faciliteraient l'émergence d'une culture de la transversalité.

Cette approche ne relève pas de notre seule initiative. Nous pouvons toutefois la suggérer et la solliciter lors des réunions de direction et des rencontres avec le Président de la CME.

2.3.3. Mettre en place une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

La mise en place d'une GPEC relève du Directeur des ressources humaines. C'est donc en partenariat avec lui que nous agirons. Il est responsable de la politique et du respect de l'enveloppe budgétaire. Nous participerions à l'élaboration et à la mise en œuvre des moyens. Deux directions pourraient être données : l'une centrée sur la gestion des redéploiements, l'autre sur une politique de la mobilité.

2.3.3.1. La gestion des redéploiements

Les restructurations internes conduisent à différentes formes de redéploiements qui recouvrent des réalités diverses :

- Ré-affectation de postes libérés par des départs naturels accompagnés souvent d'une redéfinition des postes,
- nouvelle répartition ou distribution d'effectifs dans les différents services,
- parfois des reconversions professionnelles,

- ou des mobilités géographiques. Notre futur établissement comprend trois sites situés dans la même ville distant de quatre à cinq kilomètres. Les mutations peuvent engendrer des problèmes de transport et de vie personnelle.

Pour gérer les redéploiements, nous proposons de nous appuyer sur les idées forces formulées par Yves Lamy³⁸ : voir large, créer la clarté par l'information et la communication, considérer les personnes et prendre le temps.

« Voir large, c'est étendre son regard au delà du secteur concerné par la restructuration ou par une catégorie de personnel, mais définir globalement les besoins. » Responsable de l'ensemble du personnel non médical, la Direction des ressources humaines pourra établir un panorama des besoins en personnels pour les prochaines années, définir les conditions d'accès aux postes et les moyens en formation.

Considérer les personnes avec leurs craintes et leurs espérances, créer la clarté par la transparence des informations et des démarches sont des conditions qui permettent aux agents d'effectuer un choix éclairé pour leur avenir.

Pour cela, il convient de dispenser une information accessible, de leur offrir toutes les fois où c'est possible un choix, de les recevoir, les guider en leur expliquant les conséquences pour leur carrière et les aider à entrevoir les aspects positifs de ces changements. C'est grâce au travail de collaboration Direction des ressources humaines et Direction du service de soins infirmiers, que cette aide pourra se construire, la DRH étant plus centrée sur la carrière et l'aspect salarial, la DSSI sur le contenu des postes.

De multiples dispositifs peuvent être inventés pour mener ces actions. Il nous semble trop tôt pour en privilégier. Ils doivent être adaptés aux situations et conçus par et avec la Direction des ressources humaines.

2.3.3.2. Initier une politique de la mobilité

La définition de cette politique se fera, elle aussi, en concertation avec la Direction des ressources humaines.

La mobilité est un choix que l'agent fait après avoir pesé les avantages et les inconvénients d'un changement de situation professionnelle.

³⁸ LAMY Yves.- Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux, ENSP, 1995, p.27.

Encourager la mobilité impose la mise en place d'un système permettant aux agents de repérer des opportunités de changement répondant à leurs aspirations et diminuer le coût de ces changements.

Ce système pourrait reposer sur une information large et systématique des postes disponibles, l'organisation du décroisement, l'aide à l'insertion, une gestion prévisionnelle des compétences et l'appui de la formation.

La communication des postes disponibles est indispensable pour susciter les mutations internes, mais loin d'être suffisante. Au delà de l'information, il faut donner l'envie d'en user. Cette envie se construit par le décroisement.

Les regroupements de service sont l'occasion de développer la polyvalence des personnels. Des groupes de polyvalence peuvent être constitués par rapprochement des modes de prise en charge, c'est-à-dire selon les modes de séjour : hospitalisation complète en chirurgie ou en médecine, hôpital de jour, de semaine, chirurgie ambulatoire, services médico-techniques. Le service infirmier établira des profils de postes décrits par groupe de prise en charge valorisant les caractéristiques communes. Les cadres infirmiers de secteur auxquels nous aurons confié la gestion opérationnelle quotidienne des effectifs, organiseront des remplacements, des affectations saisonnières dans les différents services du même groupe. Il nous appartient de développer des outils de mesure de la charge de travail et l'analyse de simulation des plannings pour guider leurs décisions.

Une gestion de soins similaire et des outils de travail communs faciliteront les déplacements des agents.

Les entretiens annuels d'appréciation constituent le fondement pour définir les projets de développement professionnel et la planification des mouvements. Une procédure d'accueil aidera à l'insertion dans l'unité d'un autre groupe.

Développer la polyvalence prépare l'évolution des métiers et des carrières. Le plan de formation sert d'appui à cette politique.

2.3.4. Repenser l'organisation pour le patient

Nous avons pu observer lors de l'enquête que les personnels sont soucieux d'améliorer l'organisation pour une meilleure qualité des soins. Dans les établissements de santé le système de valeurs repose sur le travail d'équipe, les compétences professionnelles et le dévouement. (Recherches de Jocelyne Abraham déjà citée)

C'est en s'appuyant sur ces valeurs que nous pourrions proposer une réflexion animée par les cadres formés, sur une organisation centrée sur le patient.

Elle demande une analyse globale du fonctionnement et de l'organisation des soins avec les autres intervenants et plus particulièrement les médecins. L'appui du Président de la CME sera aidant.

Les restructurations internes sont une opportunité de revoir les modes de fonctionnement et de collaboration entre les différents professionnels.

Ce serait, entre autre, l'occasion d'abandonner les soins en série pour la création de binôme infirmier aide soignant prenant en charge un groupe de malades.

Il nous incombe, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, de prévoir les redéploiements d'effectifs nécessaires à cette organisation.

2.3.5. Prévoir une phase d'évaluation

Il est indispensable d'évaluer tout projet pour pouvoir réajuster, mais surtout pour créer une culture de l'apprentissage.

Les restructuration internes prévues dans notre établissement d'affectation vont se dérouler sur plusieurs années. Des évaluations intermédiaires après chaque regroupement seront utiles. Elles permettront de valoriser les expériences réussies en les faisant connaître et ainsi contribuer à véhiculer une image positive des restructurations qui sont plutôt perçues négativement.

Les évaluations consistent à mesurer la réussite ou l'échec des regroupements. Elles pourraient porter sur :

- la satisfaction des personnels (encadrement et agents),
- la satisfaction des patients,
- l'atteinte des objectifs assignés au regroupement,
- et comporter un bilan économique.

CONCLUSION

Nous arrivons au terme de cette réflexion et nous mesurons le chemin parcouru.

A la recherche de moyens pour gérer au mieux les restructurations internes, nous avons pris conscience à travers l'approche théorique et l'enquête, que le changement est un processus complexe. Sa réussite dépend du pilotage et de l'engagement de tous les acteurs hospitaliers et plus particulièrement de la direction.

Cette adhésion ne se décrète pas. Elle se construit au quotidien par un management centré sur l'humain.

La concrétisation de ce management nécessite une attention de tous les instants pour viser un maximum de congruence personnelle. La prise de conscience du changement que nous devons faire sur nous mêmes, nous permettra de porter cet autre regard sur les personnes et de créer les conditions de leur propre développement.

Ce management au service de l'humain est une garantie pour que l'hôpital, malgré l'évolution des techniques, garde son humanité et que *des hommes restent au service des hommes* dans des périodes douloureuses de leur vie.

Ambition démesurée, mission impossible, nous ne pensons pas. Démarche difficile, oui.

Le management du changement est conditionné par l'incertitude, l'imprévisibilité, la non conformité.

Nos actes peuvent comporter une dimension paradoxale. On est forcément dans l'ambiguïté, car les situations sont complexes. Nous proposons par exemple, de former les cadres à prendre du recul pour analyser les situations alors que souvent, nous sommes obligés d'agir dans l'urgence. Nous souhaitons que le personnel soit autonome et responsable, mais comment renoncer à nos propres idées sur le changement ? C'est pour cela que la fixation des finalités, l'accord sur les objectifs sont primordiaux pour permettre à chacun de gérer sa propre dynamique tout en s'inscrivant dans la dynamique générale de l'établissement.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BELLENGER Lionel, COUACHERIE Marie – Animer et gérer un projet. Un concept et des outils pour anticiper l'action et le futur.- Paris, Ed. ESF, Coll. Formation Permanente en Sciences Humaines, 1995.

BERNOUX Philippe.- La Sociologie des organisations Initiations.- Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points, 1997, 500p.

CLEMENT Jean Marie.- Réflexions pour l'hôpital. Proximité Coopération Pouvoirs.- Bordeaux Centre, Les Etudes Hospitalières, 1998, 124p.

CREMADEZ Michel, GRATEAU François.- Le Management stratégique hospitalier, 2^{ème} édition.- Paris, Ed. Masson, 1997, 448p.

CROZIER Michel, FRIEDGERG Erhard.- L'Acteur et le système.- Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points, 1997,500p.

HART Josette, MUCCHIELLI Alex.- Soigner l'hôpital. Diagnostic de crise et traitements de choc.- Paris, Ed. Lamarre,1994, 189p.

HONORE Bernard.- L'Hôpital et son projet d'entreprise. Vers l'œuvre de santé.- Toulouse, Ed. Privat, 1990,205p.

IMBERT Jean.- Les Hôpitaux en France.- Paris, PUF, Que sais-je, n°795, 1996,127p.

JOLY Michel, G. MULLER Jean-Louis.- De la gestion de projet au management par projet.- Paris, AFNOR, 1994, 216p.

LAMY Yves.- Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements sanitaires et sociaux.- Rennes, ENSP, 1996, 69p.

LE GOFF Jean Pierre.- Les Illusions du management.- Paris, La Découverte/Essais, 1997, 138p.

MARECHAL Jean Pierre.- Réformer l'hôpital. Direction médicale pivot de la réorganisation.- Ed. Hermès, Coll. Santé et Politiques Sociales, 1996, 159p.

MARTIN Bertrand, LENHARDT Vincent, JARROSSON Bruno.- Oser la confiance. Propos sur l'engagement des dirigeants.- Paris, INSEP Editions, 1996, 165p.

WATZLAWICK Paul, WEOKLAND John, FISCH Richard.- Changements Paradoxes et Psychothérapie.- Paris, Ed. du Seuil, Coll. Points, 1981, 190p.

ARTICLES

ABRAHAM Jocelyne.- Identité hospitalière, cultures de métiers.- Gestions des Ressources Humaines, n°28, juillet août septembre 1998, pp. 3-14.

ARBUZ Georges, DEBROSSE Denis.- Changement de l'hôpital. Initier une dynamique.- Soins Formation Pédagogie Encadrement, n°19, 3^{ème} trimestre 1996, pp5-15.

BELOT Laure.- L'Ego des dirigeants d'entreprise ne fait plus recette.- Le Monde, vendredi 26 février 1999.

DUBOYS-FRESNEY Catherine.- Réflexion sur la fonction de direction du service de soins infirmiers.- Techniques Hospitalières, n°267, juin 1998, pp33-37.

FAUGIER SEURET Chantal.- Le Management en arrière plan.- Objectif Soins, n°50, février 1997, pp.VII-XI.

GONNET Françoise.- Les soignants et le changement.- Recherche en Soins Infirmiers, n°21, juin 1990, pp16-25.

GROUPE LAENNEC.- Accompagner les restructurations. Carnets de route.- Gestions hospitalières, avril 1999, pp261-265.

HART Josette, MUCCHIELLI Alex.- Les Racines de la culture affective dans les établissements de santé.- Gestions Hospitalières, n°332, janvier 1994, pp10-14.

HART Josette.6 De la crise identitaire aux stratégies de changement chez les infirmières.- Gestions Hospitalières, avril 1996, pp301-307.

KOURILSKY Françoise.- La Communication. Levier du changement à l'hôpital.- Soins Formation Pédagogie Encadrement, n°19, 3^{ème} trimestre 1996, pp16-20.

KOURILSKY Françoise.- Comment ne pas bloquer le changement.- Gestions Hospitalières, n°385, avril 1999, pp266-267.

MEMOIRES

LEPRETRE Françoise.- Anticiper le changement et accompagner les équipes dans la restructuration hospitalière. Une recherche de méthodologie pour réussir la transition.- Formation Infirmiers Généraux, 1995

THIRIAT Marie Françoise.- Restructuration hospitalière : Quels enjeux pour les hommes et les équipes.- Formation Infirmiers Généraux, 1997.