



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion : **2007**

Dates du Jury : **25-26 septembre 2007**

**L'élaboration du projet de soins :
quelle opportunité managériale
pour le Directeur des soins ?**

Lionel BATELI

Remerciements

Je remercie pour leur contribution toutes les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce travail, en particulier les personnes auditées pour leur disponibilité et la richesse de nos échanges.

Je remercie aussi mes maîtres de stage qui m'ont permis, par un encadrement attentif et professionnel, d'asseoir au plus tôt un positionnement responsable de futur Directeur de soins.

Je tiens enfin à remercier mes proches pour leur patience et leur soutien plus que nécessaires tout au long de la formation.

« Caminante no hay camino, se hace camino al andar ».

« Le chemin nous fait autant qu'on fait le chemin ».

Antonio MACHADO

Sommaire

Introduction	1
1 Une évolution contextuelle des organisations	3
1.1 Un contexte réglementaire qui se cherche	3
1.1.1 La direction des soins et le service infirmier	3
1.1.2 De la gestion des soins infirmiers à un management coordonné	5
1.1.3 La fonction de coordination et la gestion par pôle	5
1.1.4 Du projet de soins au projet de prise en charge	6
1.2 Une nécessaire prise en compte de l'existant.....	7
1.2.1 Un état des lieux pour une approche sociologique.....	7
1.2.2 Les attentes managériales des acteurs.....	9
1.2.3 De l'intérêt de prendre soin du management.....	10
1.2.4 L'antériorité et les dynamiques en place	11
1.3 Des hypothèses de travail à explorer	13
2 Une approche compréhensive par l'étude de terrain.....	15
2.1 Méthode de la recherche	15
2.1.1 Des outils en complémentarité.....	15
A) Une recherche documentaire et bibliographique.....	15
B) Des entretiens semi-directifs.....	15
C) L'observation de terrain.....	16
2.1.2 Critères de choix des établissements	17
A) La taille de l'établissement.....	17
B) La dynamique de mise en pôle	17
C) Les points de similitude avec l'établissement d'affectation	17
2.1.3 Présentation des établissements audités et observés	18
A) L'établissement A.....	18
B) L'établissement B.....	19
C) L'établissement C.....	21

2.2	Présentation des résultats.....	23
2.2.1	Les approches globales par type d'acteur.....	23
A)	Le Chef d'établissement.....	23
B)	Le Président de la commission médicale d'établissement.....	24
C)	Le Directeur des soins, coordonnateur général.....	25
D)	Le cadre supérieur de santé.....	25
2.2.2	Les résultats selon les hypothèses.....	26
A)	L'hypothèse 1.....	26
B)	L'hypothèse 2.....	28
C)	L'hypothèse 3.....	29
3	Propositions pour des axes d'amélioration	31
3.1	Acculturer pour intégrer	31
3.1.1	Une inscription dans la durée	31
3.1.2	Pour une acculturation sans dénaturer	33
3.2	Enrichir par la diversité.....	34
3.2.1	Le PSIRMT, un projet unique pour acteurs multiples	34
3.2.2	Et des interfaces nombreuses à valoriser	36
3.3	Evaluer la politique de soins par le projet de soins	38
3.3.1	Evaluation et qualité de soins	38
3.3.2	Evaluation et politique de soins	40
3.4	Manager par le projet.....	42
3.4.1	Le PSIRMT, un outil stratégique de management	42
3.4.2	Le PSIRMT, un outil politique de management.....	43
3.4.3	Le PSIRMT, un outil technique de management	44
3.4.4	Le PSIRMT, un projet à manager	45
A)	Le management par projet	45
B)	Le chef de projet	46
C)	Le « groupe projet PSIRMT »	47
	Conclusion.....	51
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence nationale d'accréditation des établissements de santé
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CE	Conseil exécutif
CGS	Coordonnateur(trice) général(e) des soins
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre supérieur de santé
CSSI	Commission du service de soins infirmiers
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DS	Directeur des soins
ENSP	Ecole nationale de santé publique
EPS	Etablissement public de santé
FPH	Fonction publique hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IG	Infirmier(ère) général(e)
IRM	Imagerie par résonance magnétique
PSIRMT	Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
PSPH	Participant au service public hospitalier
SAU	Service d'accueil des urgences
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarifcation à l'activité

Introduction

Plus de 180 métiers constituent l'univers professionnel hospitalier¹. La compréhension éclairée du fonctionnement d'un système aussi complexe n'est pas aisée. La qualité du management prend dès lors une dimension essentielle dans cet environnement fortement marqué en différenciation². Ne pouvant réduire ces phénomènes de différenciation, il est opportun de les diagnostiquer pour pouvoir envisager de les compenser par des dispositifs d'intégration. Ces mécanismes d'intégration sont plus que nécessaires pour valoriser et majorer les objectifs potentiellement et réellement communs aux différents acteurs. Le projet de soins, dans son élaboration multidisciplinaire, par ses réflexions transversales soucieuses de qualité, et face à des exigences d'accréditation et/ou de certification, peut donc, de fait, être un outil d'intégration efficace.

Directeur des soins stagiaire, je serai affecté à l'issue de la formation dans un établissement public de santé en tant que Directeur des soins coordonnateur général, entouré de cinq cadres supérieurs de santé, avec entre autres projets à mener rapidement, l'élaboration du nouveau projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le dernier projet validé, couvrant la période 2001/2004, a été initié par la précédente Directrice des soins. Dans l'attente d'une parution à l'époque imminente des textes instaurant la nouvelle gouvernance, le Chef d'établissement a demandé de sursoir à la rédaction du nouveau projet de soins. Des circonstances conjoncturelles locales font qu'il n'est toujours pas écrit à ce jour.

Entre un précédent projet de soins qui, élaboré plus en transversalité, aurait pu davantage porter le « *construire ensemble*³ », et l'absence de projet de soins depuis, la prise de poste de Directeur des soins coïncidera à échéance courte avec la mise en œuvre attendue de l'élaboration du nouveau projet de soins. Dans le cadre d'une prise de poste, le Directeur des soins est amené à s'inscrire rapidement dans les différentes dynamiques de management et de décisions. La temporalité de cette situation l'oblige à

¹ DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (FPH)*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, éditions ENSP, Rennes, 2004

² HATCH M.J., *Théorie des organisations, de l'intérêt de perspectives multiples*, éditions De Boeck Université, Paris, 2000, pp 178-179

³ DUBOYS FRESNEY C., *Projet médical, projet de soin... vers le projet des patients*, *Gestions hospitalières*, n°438, août septembre 2004, p 531

prendre chaque jour des positions et des décisions opérationnelles pour contribuer au fonctionnement de l'établissement. Les réflexions à mener pour une élaboration réfléchie du projet de soins, articulé avec le projet médical, et s'inscrivant dans le projet d'établissement, provoque une évolution certaine des relations professionnelles entre le Directeur des soins et les différents acteurs hospitaliers. Préparer cette première affectation, en tenant compte du contexte décrit, m'amène à m'interroger autour du projet de soin et des circonstances de son élaboration :

**En quoi l'élaboration du projet de soins pourrait-elle être
une opportunité managériale dans la fonction de Directeur des soins?**

En situation particulière de prise de poste comme en situation ordinaire, ce travail de réflexion et de formalisation peut participer aux positionnements de chacun dans le sociogramme des relations de travail. Cette dynamique de projet permettrait alors au Directeur des soins de s'inscrire, au-delà du quotidien, dans une dynamique prospective de son management. Les interfaces managériales entre la direction des soins, la politique de soins, les services et le projet de soins, montrent combien les logiques en présence influent sociologiquement sur les rapports entre les personnes, les fonctions et les relations. Cette réflexion à propos de l'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques m'invite à explorer en particulier trois hypothèses :

- L'élaboration du projet de soins est un élément fondateur dans les relations durables avec les acteurs hospitaliers, en particulier avec les équipes médicales et l'encadrement soignant,
- L'élaboration du projet de soins contribue à clarifier le rôle du Directeur des soins et de la direction des soins vis à vis de l'ensemble des autres acteurs hospitaliers,
- L'élaboration du projet de soins permet un positionnement clair du Directeur des soins vis à vis de l'équipe de direction.

Ainsi, en plus des fonctions stratégiques et/ou politiques liées au document lui-même, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques aurait d'autres « vertus » managériales subsidiaires, induites dans son temps propre d'élaboration et de mobilisation des forces vives nécessaires à sa formalisation. Autour de ce questionnement et des hypothèses de travail qui en découlent, ce travail s'attache à décrire l'évolution contextuelle des organisations, puis à présenter la méthodologie d'investigation basée sur une étude compréhensive du terrain. Enfin, l'analyse des données de sources différentes sera confrontée aux différentes hypothèses, afin d'envisager des pistes possibles d'amélioration.

1 Une évolution contextuelle des organisations

1.1 Un contexte réglementaire qui se cherche

1.1.1 La direction des soins et le service infirmier

Depuis le décret du 11 avril 1975⁴, date de création de la fonction d'infirmier général (IG), l'intensification des contraintes économiques, l'émergence des notions de qualité et de sécurité des soins, et les évolutions sociologiques accompagnées de nouvelles attentes de la part des usagers ont engendré certaines modifications structurelles et organisationnelles du service public hospitalier. Le service de soins infirmiers s'est inscrit dans ces nouvelles dynamiques et a pris part aux différentes problématiques contextuelles. Pour ce faire, il s'est organisé autour d'une direction des soins afin de répondre aux besoins du public accueilli à l'hôpital, ainsi qu'aux impératifs institutionnels. Aujourd'hui, face à de nouveaux enjeux, il doit envisager d'investir de manière plus formelle les nouveaux axes managériaux que sont la coordination et la délégation de gestion.

La filière infirmière a connu, au cours de ces dernières décennies, des évolutions notables qui lui ont permis d'assurer de nouvelles missions au sein des établissements publics de santé (EPS).

La création du grade d'infirmier général a notifié la place incontournable des soins infirmiers au cœur de l'activité hospitalière, et d'une certaine façon une reconnaissance explicite de l'importance institutionnelle du corps infirmier. Le décret d'octobre 1989⁵ a consacré l'infirmier général comme le responsable du service d'infirmier. Deux ans plus tard, la loi du 31 juillet 1991⁶ portant réforme hospitalière et le décret du 26 mars 1992⁷ ont renforcé son rôle à un niveau stratégique au sein des établissements publics de santé, tout d'abord en confirmant réglementairement sa place au sein de l'équipe de

⁴ Décret n° 75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux des établissements d'hospitalisation publics

⁵ Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 relatif au statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

⁶ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et créant un service de soins infirmiers dirigé par l'infirmier général et une commission du service de soins infirmiers

⁷ Décret n° 92-272 du 26 mars 1992 officialisant la fonction de direction du service de soins infirmiers de l'infirmier général et précisant les modalités de fonctionnement de la commission du service de soins infirmiers

direction, mais aussi en aménageant de nouvelles modalités structurelles dans l'organisation des soins.

En effet, ces derniers textes de loi ont créé un service de soins infirmiers, dont la direction a été confiée à l'infirmier général, devenu Directeur du service de soins infirmiers, et une instance spécifique, la commission du service de soins infirmiers (CSSI), qui a pour principales attributions :

- l'organisation générale des soins,
- la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins,
- l'élaboration d'une politique de formation,
- l'avis sur le projet d'établissement.

Ces nouveaux éléments modifient le rôle du corps infirmier dans l'établissement de santé en le faisant participer aux décisions stratégiques et en lui reconnaissant notamment une responsabilité vis-à-vis de l'élaboration du projet de soins infirmiers, partie constitutive dans l'élaboration du projet d'établissement. Enfin, l'évolution déterminante de ces dix dernières années s'est concrétisée au travers du décret du 19 avril 2002⁸ relatif à la création du corps des Directeurs des soins (DS) de la fonction publique hospitalière.

Au-delà des polémiques parfois soulevées à l'époque de sa préparation comme de sa parution, il paraît plus intéressant de noter les aspects fondamentaux annoncés par ce nouveau décret :

- la reconnaissance du positionnement de la direction des soins à travers un nouveau statut et une revalorisation indiciaire,
- l'ouverture du concours aux professionnels issus du secteur privé,
- l'accès au grade de Directeur des soins, possible pour les personnels infirmiers, médico-techniques, de rééducation et pour les Directeurs des instituts de formation,
- la création de la fonction de Coordonnateur général des soins (CGS). Le Directeur des soins coordonnateur est nommé par le Chef d'établissement et exerce sous sa responsabilité. Il est membre de l'équipe de direction et dispose de l'autorité sur l'ensemble des cadres de santé (CS).

Ces dernières dispositions font à nouveau évoluer le statut, la fonction et les possibilités de carrière des Directeurs des soins, et permettent, malgré un environnement de travail de plus en plus contraint, de garder une place prépondérante à l'humain et au relationnel.

⁸ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 créant un corps de directeurs des soins issus de trois filières, ainsi qu'une fonction de coordonnateur général des soins

1.1.2 De la gestion des soins infirmiers à un management coordonné

La diversité des professionnels composant la « *nouvelle* » direction des soins, de même que les dispositions d'organisation par pôles d'activité, majorent les besoins de coordination de la part du responsable de l'encadrement soignant. Le Coordonnateur général des soins, issu de l'une des différentes filières paramédicales relevant du décret du 19 avril 2002, a en charge le pilotage et la gestion globale de la prestation de soins des paramédicaux. Dans ces conditions, et afin d'assumer des responsabilités managériales élargies, il doit s'entourer d'experts paramédicaux représentatifs des secteurs d'activité de soins dont il assure la coordination. Si hier, il existait déjà dans de nombreux hôpitaux une collaboration effective entre les différents acteurs paramédicaux à partir de la direction du service de soins infirmiers, le nouveau décret incite aujourd'hui la direction des soins à déterminer et à conduire encore plus une véritable politique coordonnée de soins.

Cette fonction de coordination vise à favoriser le décloisonnement des organisations, la transversalité des actions de soins au travers d'une prise en charge pluri-professionnelle du patient, la fédération des acteurs autour d'un sens partagé et d'une valeur commune du soin en milieu hospitalier. Cette complémentarité est essentielle pour garantir la cohérence et l'évolution qualitative continue de la prise en charge du patient, pour renforcer le développement de la culture de coopération et l'efficacité des prestations de soins. Le défi qui reste cependant à relever réside dans le management des interfaces pluri-professionnelles. Ces interfaces représentent des espaces de concertation où peuvent s'affronter des logiques parfois divergentes, mais aussi des lieux de synergie et d'enrichissement mutuel où doivent se construire des actions coordonnées au bénéfice de l'utilisateur.

1.1.3 La fonction de coordination et la gestion par pôle

La nouvelle gouvernance⁹ et le principe de gestion par pôle d'activité recèlent encore, pour certains, quelques incertitudes ou confusions quant à la fonction des Directeurs des soins et des Coordonnateurs généraux des soins. En effet, « *nul article modifiant l'organisation hospitalière ne positionne nommément le coordonnateur comme un partenaire à part entière de la gestion de l'établissement, ce qui aurait pu être le cas, par exemple, par une présence reconnue au sein du conseil exécutif (CE)*¹⁰ ».

⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

¹⁰ MERCEY R. Directeur des soins, coordonnateur : entre utopie et réalité, *Soins cadres*, n°51, août 2004, pp 52-54

Pourtant, la gestion par pôle décline une organisation tripartite administrative, médicale et soignante. Dans les textes définissant les modes d'organisation de la nouvelle gouvernance, les responsables médicaux des pôles cliniques et médico-techniques sont assistés d'un cadre supérieur de santé (CSS) et d'un cadre administratif. Les conseils de pôle ont pour mission de favoriser l'expression des professionnels et de permettre l'élaboration et la conduite de la politique de pôle¹¹. Le mode de gestion « *polaire* » repose sur la contractualisation interne entre le responsable de pôle et l'établissement, le plus souvent par l'intermédiaire du conseil exécutif. De fait, « *les textes ne reproduisent pas, de manière formelle et officielle, au niveau stratégique du conseil exécutif, cette représentativité tripartite susceptible de favoriser, par davantage de cohérence générale, la conduite de la politique d'établissement. Dès lors, cela risque de générer des questions d'équité pour (.../...) la poursuite d'un management social transversal sur l'établissement, la valorisation de la production de soins, la cohérence de la politique des soins non médicaux, la cohésion des équipes et l'efficacité des actions sur le terrain*¹² ».

Dans ce contexte laissant la place à l'interprétation et avec peu de recul, c'est l'évolution du positionnement des Directeurs des soins, en particulier ceux placés près d'un Coordonnateur qui en dépend. Probablement imparfaite dans sa forme, la nouvelle gouvernance n'est pas une norme à appliquer dans une approche légaliste, mais bien la définition de nouvelles règles du jeu entre les forces vives. René COUANAU évoque dans son rapport à l'Assemblée Nationale un « *hôpital désenchanté*¹³ ». Les décideurs hospitaliers ont aujourd'hui la liberté de faire perdurer ou de rendre caduque la formule.

1.1.4 Du projet de soins au projet de prise en charge

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 prévoit l'élaboration d'un projet d'établissement dans les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public (PSPH). L'ordonnance du 24 avril 1996¹⁴ porte l'obligation d'élaborer un tel projet à tous les établissements financés par la dotation globale. L'élaboration du projet d'établissement et de ses pièces annexes s'appuie sur la définition donnée par le législateur dans la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 : « *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* ».

¹¹ Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé

¹² MERCEY R. op. cit.

¹³ Rapport COUANAU, *rapport parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital*, mars 2003

¹⁴ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Depuis la parution de l'ordonnance du 24 avril 1996, les agences régionales d'hospitalisation (ARH) concluent désormais le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les établissements de santé. « *Ces contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et décident des conditions de mise en œuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement* ». Conformément au décret du 19 avril 2002, le Directeur des soins « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, (et) le met en œuvre par une politique d'amélioration de la qualité* ». Ce projet participe à l'élaboration du projet d'établissement, qui comprend également de manière réglementaire depuis 2002 le projet social¹⁵.

La définition du projet d'établissement poursuit son évolution avec la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005 : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement (...). Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (PSIRMT), ainsi qu'un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement (...). Il prévoit des moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ces objectifs* ».

Considérant ces évolutions sur le fond et sur la forme, et devant les modifications des rapports entre les différents acteurs, la fonction de Coordonnateur s'inscrit désormais pleinement et clairement dans le management transversal d'une complémentarité professionnelle nécessaire pour une prise en charge efficiente des usagers.

1.2 Une nécessaire prise en compte de l'existant

1.2.1 Un état des lieux pour une approche sociologique

Au regard des différentes expériences de politique hospitalière observées à travers le monde, l'expression « *adaptation permanente de l'hôpital* » semble la plus pertinente pour traduire la préoccupation majeure des responsables sanitaires, quant à leurs attentes vis-à-vis de l'institution hospitalière. Cette expression est souvent préférée à la « *réforme de l'hôpital* », au « *changement de l'hôpital* » ou à la « *transformation de l'hôpital*¹⁶ ».

¹⁵ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

¹⁶ MORDELET P., *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, éditions ENSP, Rennes, 2006, pp 14-16

Les mutations qui sont intervenues au cours des années 90 dans le domaine hospitalier font toutes référence aux besoins de souplesse et de flexibilité de l'institution hospitalière, afin qu'elle puisse s'adapter aux besoins de la population, aux évolutions démographiques, aux progrès des technologies médicales et aux impératifs de maîtrise des dépenses de santé.

L'adaptation de l'hôpital n'est pas une entreprise facile. L'hôpital a en effet plutôt la réputation d'être une organisation assez rigide et d'un certain immobilisme. Il faut une volonté forte, au niveau des responsables politiques et sanitaires, et au niveau des dirigeants hospitaliers, pour que ces institutions changent et se transforment afin de s'adapter aux besoins réels de la population. Pour dépasser ces difficultés, l'hôpital doit réunir des conditions favorables pour entreprendre le changement. On peut définir les conditions comme « *les éléments d'une situation donnée qui favorisent ou défavorisent, activent ou ralentissent l'influence d'un ou plusieurs facteurs de changement*¹⁷ ». Les difficultés auxquelles se heurte un hôpital, dans une entreprise d'adaptation et de changement, concernent avant tout les hommes chargés de les mettre en œuvre et de les faire vivre : « *tout changement est d'abord la transformation d'un système d'actions, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social*¹⁸ ». Ces difficultés sont d'ordre externe et interne.

Les conditions exogènes du changement portent sur les politiques publiques, sur la réforme du système de santé ou parfois sur la réforme spécifique du système hospitalier. Dans ce domaine, la volonté et le dynamisme des autorités sanitaires en charge de cette politique jouent un rôle de tout premier plan. L'impulsion du changement et de l'adaptation doit en effet venir des autorités nationales ou locales en charge de la politique de santé et qui exercent un pouvoir de contrôle sur l'hôpital.

Sur le plan interne, la difficulté réside dans le fait que l'hôpital est une organisation très complexe et très spécifique, qui ne peut que très difficilement être comparée. Au carrefour entre une administration et une entreprise, l'hôpital est une institution unique, avec une culture et une histoire forgées au cours de plusieurs décennies, voire de plusieurs siècles. Chaque hôpital se comporte comme un microcosme humain spécifique. C'est une société particulière, avec son identité propre, sa culture personnelle et son code de conduite, mais également ses normes et ses valeurs, ses luttes, ses victoires, sa réputation, ses compétences, ses forces et ses faiblesses.

Cette observation sociologique de l'hôpital s'explique parce qu'il est composé d'êtres humains qui l'ont façonné au cours des ans, au fil d'une histoire marquée par des

¹⁷ ROCHER G., *Introduction à la sociologie générale, tome 3: le changement social*, éditions du Seuil, Paris, 1970

¹⁸ CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, édition du Seuil, Paris, 2000

projets et des réalisations collectives, mais aussi par des affrontements, des rapports de pouvoir, des succès et des échecs.

La culture de l'hôpital est différente de celle des autres organisations sociales. L'hôpital prend en charge la vie, la maladie, et côtoie aussi la mort. En cela, il y a quelque chose de « sacré » dans l'hôpital, et on le remarque nettement chez les médecins et les soignants qui bénéficient toujours d'une grande estime de la part de la population. Cette culture spécifique de l'hôpital est incontestablement un frein au lancement d'un processus de changement. Toute transformation, surtout si elle est structurelle et profonde, doit donc tenir compte de cette spécificité, et du fait que chaque hôpital est une entité unique.

1.2.2 Les attentes managériales des acteurs

Il s'agit ici de différencier l'approche prescriptive et organisationnelle de l'approche compréhensive et sociologique¹⁹ dans les différentes attentes managériales. En effet, le management relève d'une approche prescriptive dans sa littérature managériale qui dit le « comment faire » dans les différentes situations : « dites-moi vos activités, je vous dirai comment vous organiser, quelle stratégie élaborer, quel projet mettre en place.. », le « qui décide et qui organise » en somme. Cependant, le management doit aussi être conduit avec une lecture sociologique selon la situation. En effet, chacun peut avoir les plus belles intentions de changement, mais pour les mettre en place, il est opportun de passer par une démarche compréhensive que donne la littérature des sciences sociales, des sciences du comportement. Les trois principales dimensions de finalisation, d'organisation et d'animation mettent alors en lumière des attentes différentes pour les acteurs du management selon la grille de lecture utilisée, ce qui invite à être attentif à articuler en permanence les deux approches²⁰.

La finalisation renvoie, en lecture prescriptive, à l'élaboration des différents projets d'établissement, médical, de soins, face à des missions et dans un environnement défini. En lecture compréhensive, la finalisation est davantage tournée vers les acteurs, nécessite de connaître les alliances et les marchés implicites, et préconise de développer l'intelligence stratégique, d'informer et de communiquer pour donner du sens et pour instaurer un management de la confiance.

L'organisation renvoie, en lecture prescriptive, à l'évolution des structures, les nouveaux modes d'organisation (des fédérations et des cliniques aux pôles...), les

¹⁹ HART J., LUCAS S., *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*, éditions Lamarre, Paris, 2007, pp 2-3

²⁰ LUCAS S. *Les trois dimensions du management*, conférence-formation des Directeurs de soins, ENSP, Rennes, 2007

fonctions émergentes (des chefs de centre de responsabilité aux coordonnateurs de pôle...) et l'usage incontournable des nouvelles technologies de l'information et de la communication. En lecture compréhensive, l'organisation est à nouveau et surtout tournée vers les acteurs, sollicitant de donner des ressources stratégiques pour leur permettre de construire du sens et d'opérationnaliser les changements, mais aussi de laisser des marges de manœuvre à ces acteurs pour leur permettre de repérer leurs nouveaux pouvoirs face aux incertitudes et développer des espaces de négociation.

Enfin, l'animation renvoie, en lecture prescriptive, à l'injonction sans cesse réitérée de développement de la motivation et de l'implication des hommes, par la formation continue et ses « *modes managériales* » (utilisation des écoles du management) et par la mise en avant par devers tout du management participatif, avec ses risques de contresens qui conduisent aux accords et marchés implicites. En lecture compréhensive, l'animation est toujours centrée sur le management de la confiance et l'autonomie des acteurs, qui se combinent dans une nouvelle acception du pouvoir, en alliant intérêts particuliers et objectifs de qualité²¹. La vision très globalisante du management, dans une lecture plutôt historiquement prescriptive, considère l'organisation de manière très structurée comme un tout, alors que l'approche compréhensive et sociologique s'articule davantage autour de la logique des individus dans un collectif. A condition d'aider les décideurs à percevoir l'intérêt de concilier les deux lectures, il s'agit de répondre aux attentes des managers capables d'allier intelligemment ces deux approches qui sont aussi différentes qu'indissociables, en particulier pour les Directeurs de soins de par leur position clé de la filière « *soins* » à l'interface de presque toutes les logiques.

1.2.3 De l'intérêt de prendre soin du management

Le système de santé, et en particulier l'hôpital dans son environnement, traverse depuis plusieurs années des zones de turbulences. Les changements s'accroissent, les ruptures se multiplient, et une impression de chaos apparaît là où longtemps a prédominé un ordre apparent fait de règles établies. Dans ce contexte, le malaise réel ou ressenti de l'encadrement est peu verbalisé et presque pas formalisé²². Quelle place, quel rôle pour le management dans des organisations en pleine révolution sur fond de modèles managériaux chahutés? Si le sentiment d'appartenance le plus fort et surtout le plus partagé reste encore celui du métier, parler de l'hôpital comme une institution n'a parfois que peu de sens pour certains professionnels de santé qui se déterminent au mieux par rapport à leur unité de travail.

²¹ Ibidem

²² COUDRAY M.A., BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins, *Gestions hospitalières*, janvier 2006, pp 18-23

Dans un environnement où aujourd'hui le changement serait devenu la norme et la stabilité l'exception, parler d'évolution pour le management revient à s'interroger sur les nouvelles formes d'organisation du travail, mais aussi sur le rapport que chacun de nous entretient avec le travail. Management de proximité, management intermédiaire, management stratégique : il y a bien plusieurs métiers du management, avec des contours, des modes opératoires et des profils différents même si un « *cœur de métier* » se dessine autour de quelques compétences transversales clés. Pendant longtemps, « *la meilleure infirmière faisait le meilleur cadre* », puis le plateau de la balance a penché dans l'autre sens, et les compétences techniques ont semblé même parfois être un obstacle à l'encadrement d'une équipe. Cependant, « *la légitimité du grade, voire d'une formation spécifique, ne suffit plus. La légitimité du management de proximité passe aussi par une crédibilité technique aux yeux des équipes, qui crédibilise par là-même les comportements managériaux²³* ». On a ainsi fait des impasses ces dernières années sur des compétences clés qui ne sont pas à la « *dernière mode managériale* ». L'organisation du travail en est un bon exemple. Pourtant, ce sont les modes d'organisation du travail et les modes de management qui permettent de transférer les compétences des personnels dans l'activité. Les cadres ont un rôle essentiel dans ce domaine, pour sécuriser à la fois les processus de prise en charge des patients et les personnels. La compétence n'a de sens que si elle est examinée dans un cadre plus large où les problématiques d'organisation et de conditions de travail, mais aussi de communication sont abordées.

Prendre soin du management revient également à prendre soin des organisations et prendre soin des structures. Mais les modes de management et d'interactions entre les individus et les groupes ne se décrètent pas, ils se construisent dans le temps, le débat et l'apprentissage collectif. Dans une institution dont la finalité est d'être à l'écoute de l'Autre, « *de prendre soin* », prendre soin du management, c'est pleinement construire son avenir.

1.2.4 L'antériorité et les dynamiques en place

La réussite du changement passe par l'implication de ceux-là mêmes qui doivent la conduire : l'implication de l'encadrement ne pourra résulter que de leur association à la « *rénovation managériale* » en cours, où les notions de sens, de règles du jeu, d'anticipation, d'engagement et de responsabilité seront totalement prises en compte.

Mais pour arriver à cela, il paraît incontournable de prendre le temps d'un diagnostic de situation : quelle est l'antériorité des différents acteurs? Quels sont les principaux modes de fonctionnement installés? Quels sont les différents types de management vécus, attendus? Il s'agit en effet pour le Directeur des soins de détecter

²³ Ibidem

tant les marchés et alliances implicites que d'évaluer au mieux comment s'inscrire dans la dynamique en place : dynamique de fonctionnement, dynamique de travail, dynamique de projet... Ici, l'idée de diagnostic renvoie en effet à une analyse dynamique de la situation, analyse plus fine qu'un simple état des lieux qui s'avère être trop réducteur quand il est essentiellement contemplatif. Face à des acteurs en place ancrés dans un historique de situation et l'arrivée d'un nouveau Directeur des soins, la nécessité d'impliquer pour motiver, et de motiver pour fidéliser, confère à la notion d' « *autonomie cadrée*²⁴ » une place prépondérante pour un management où chacun se découvre.

Il est important de prendre en compte l'impact systémique de l'arrivée d'un Directeur des soins, nouveau manager décisionnaire dans un établissement aux fonctionnements établis. Un nouveau Directeur des soins, membre de l'équipe de direction, qui gère et manage l'ensemble de la filière infirmière, de rééducation et médico-technique, risque de percuter un équilibre d'ensemble en introduisant conceptions, attitudes, ou attentes nouvelles, en favorisant changements et innovations... Certes Edgar MORIN affirme que « *l'ordre est parfois mortifère, et le désordre régénérateur*²⁵ », mais le désordre ne doit pas être le chaos. Le désordre est vu ici comme le voit Norbert ALTER, dans sa théorie de l'innovation²⁶. Il repère les « *innovateurs* » dans les entreprises, souvent amenés à transgresser les règles établies, et les oppose aux « *légalistes* » qui défendent ces règles établies. En fait, les innovateurs ont une autre conception du bien. Mais la distribution inégale du pouvoir en faveur des légalistes implique pour les innovateurs de construire de nouvelles ressources leur permettant de s'affranchir du contrôle des légalistes. Le conflit qui se crée entre eux installe un « *désordre social* » dans l'organisation qui ne sera arbitré que par les directions. Ainsi, il est nécessaire de « *prendre soin* » de la capacité positive à l'initiative, en régulant le conflit social potentiel par la modification des règles de l'organisation. C'est bien la place des managers décideurs, des Directeurs de soins, d'arbitrer l'opposition des acteurs et de réguler, pour permettre l'institutionnalisation en partie des pratiques innovantes.

Paul VALERY écrit: « *entre l'ordre et le désordre règne un moment délicieux* ». Pour prendre place et prendre sa place dans un dispositif préexistant, il est nécessaire de concilier le tout, favorisant le respect de la règle tout en autorisant la créativité. Cette « *autonomie cadrée*²⁷ » est nécessaire et attendue pour les acteurs en place comme pour le Directeur des soins qui serait nouvellement arrivé.

²⁴ HART J., MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*, éditions Lamarre, Paris, 1994, pp 17-43

²⁵ MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, éditions du Seuil, Paris, 2005

²⁶ ALTER N., *L'innovation ordinaire*, éditions PUF, Paris, 2005

²⁷ HART J., MUCCHIELLI A., op. cit.

Dans la conjoncture particulière de la prise de poste d'un nouveau Directeur de soins, il existe différents cas de figure, selon que le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est en cours, qu'il est arrivé à terme, ou parfois qu'il n'y a pas de projet de soins du tout... A circonstances différentes, les enjeux sont-ils différents? Cela n'est pas si sûr...

Le projet de soins est tout autant une démarche politique concrétisée par une série d'objectifs à atteindre avec un plan d'actions, qu'un « *processus de participation de l'équipe, avec un objectif managérial pour donner du sens à l'action et dire au nom de quoi on fait les choses*²⁸ ». A ce titre, la circonstance particulière d'une prise de poste pour un nouveau Directeur des soins interroge de la même façon sur les opportunités qu'il aurait à saisir dans la dynamique de réflexion, de formalisation et d'appropriation d'un nouveau projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

1.3 Des hypothèses de travail à explorer

Préparer cette première affectation et tenir compte du contexte m'amènent naturellement à m'interroger sur la place du projet de soin dans le management du Directeur des soins, avec plus particulièrement le questionnement suivant :

En quoi l'élaboration du projet de soins pourrait-elle être une opportunité managériale dans la fonction de Directeur des soins?

L'articulation historique entre la direction des soins, les services de soins, la politique de soins et bien évidemment le projet de soins, montre combien les logiques en présence – logique médicale, logique administrative et logique soignante – la place du management décisionnaire, la culture du management par projet, le tout dans une organisation singulière, influent sociologiquement sur les rapports entre les personnes, les fonctions et les relations.

Cette réflexion circonstanciée m'engage à explorer en particulier trois hypothèses qui se déclinent comme suit :

- L'élaboration du projet de soins est un élément fondateur dans les relations durables avec les acteurs hospitaliers, en particulier avec les équipes médicales et l'encadrement soignant,

²⁸ GUILLOU F., *L'accueil à l'hôpital public des personnes en situation d'exclusion sociale : la contribution du service infirmier*, Mémoire de fin d'études, formation d'infirmier général, ENSP, Rennes, 1995, p 66

- L'élaboration du projet de soins contribue à clarifier le rôle du Directeur des soins et de la direction des soins vis à vis de l'ensemble des autres acteurs hospitaliers,
- L'élaboration du projet de soins permet au Directeur des soins un positionnement clair vis à vis de l'équipe de direction.

Avant d'avoir plusieurs fonctions liées au document physique lui-même ou à la dynamique de travail qu'il sous-tend dans sa mise en œuvre, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques aurait ainsi d'autres « *vertus* » managériales complémentaires dans son temps propre d'élaboration et de mobilisation des forces vives nécessaires à sa formalisation.

2 Une approche compréhensive par l'étude de terrain

2.1 Méthode de la recherche

2.1.1 Des outils en complémentarité

Les différentes techniques pour appréhender de manière compréhensive le terrain ne sont ni bonnes, ni mauvaises. Elles ne s'excluent pas les unes les autres. Au contraire, il est même utile de pouvoir les mettre en œuvre de façon complémentaire.

A) Une recherche documentaire et bibliographique

La recherche bibliographique est incontournable. Elle permet, dès le début de la recherche de faire « *l'état de la question*²⁹ ». Elle se poursuit tout au long de la démarche pour actualiser la réflexion et enrichir l'analyse. En effet, au-delà de l'étude de la bibliographie, d'autres types d'informations sont nécessaires pour étayer la description de la situation, répondre à la question de départ, tester les hypothèses et les faire évoluer, et argumenter les propositions d'améliorations.

La recherche bibliographique s'organise depuis un inventaire des documents déjà lus sur le sujet, puis en définissant les champs disciplinaires concernés par ce sujet. Les documents varient selon leur type et leur support de diffusion (ouvrages, périodiques, rapports, thèses, mémoires professionnels de fin de formation, support papier, Internet...). La recherche documentaire et bibliographique permet d'étayer la réflexion en s'appuyant autant sur les écrits « *établis* » que sur l'actualité. Dans une société d'information et de communication, dans un environnement de la qualité en mouvement, face à l'augmentation des niveaux d'exigences, la place de l'écrit est prépondérante pour mener des hommes, des projets. L'historique tradition orale, très forte à l'hôpital, ne permet pas à elle seule la transmission des savoirs, et surtout pas la réflexion sur les savoirs.

B) Des entretiens semi-directifs

L'entretien est une technique d'enquête intéressante pour analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, leur système de valeurs, leurs repères normatifs, et la lecture qu'ils font de leurs propres expériences. L'entretien semi-directif utilisé ici permet de « *favoriser la production d'un discours sur un thème donné au moyen de stratégies d'écoute et d'intervention*³⁰ ». L'entretien semi-directif se prépare notamment avec

²⁹ CHEVAILLIER G., *Guide documentaire santé-social*, éditions ENSP, Rennes, 2001

³⁰ Ibidem

l'élaboration d'un guide d'entretien (voir annexe I) : celui-ci n'est pas une simple liste de questions mais un système organisé de thèmes, construit en référence aux objectifs de l'étude. Les questions doivent autant que possible s'inscrire dans le cadre de reformulations ou de réitérations plus que de questions ponctuelles, pour ne pas rompre la linéarité du discours. S'adapter à la conversation pour qu'elle reste « *vivante* » exige d'avoir assimilé et intégré son guide d'entretien. Un entretien exploratoire aura permis au préalable de compléter et préciser les pistes de réflexion pour le guide d'entretien finalisé puis utilisé. En séance, après une présentation personnelle puis de la démarche d'ensemble, les objectifs de l'entretien sont clairement posés, les consignes de déroulement sont annoncées, les thèmes sont globalement structurés et complétés de questions de relance ou d'enchaînements³¹.

Si la « *parole libre* » est le principal intérêt de l'outil par une méthode riche, souple et peu coûteuse, il faut néanmoins avoir conscience des limites de l'entretien : le nombre d'entretiens réalisés, le cadre contraint, la subjectivité de l'audité dans son environnement... Pour mener à bien cette approche compréhensive, une dizaine d'entretiens semi-directifs ont été menés dans trois établissements de santé.

C) L'observation de terrain

La technique de l'observation de terrain consiste à recueillir directement l'information en observant les acteurs en situation. Elle permet notamment de repérer les éventuels décalages comme les points de convergence entre le discours des acteurs sur leurs pratiques et la réalité observable de ces pratiques.

C'est une véritable démarche d'enquête qui nécessite un travail de préparation des observations, organisant une prise de note structurée, et un traitement méthodique et quasi immédiat des données. Une fois la situation choisie, après avoir déterminé le lieu, le moment, et la durée de l'observation, il est important de préciser le rôle de l'observateur, en particulier dans son degré d'implication à la situation. Sur la base d'une liste d'éléments à observer, la prise de note pendant et après l'observation est datée. Elle est ensuite rapidement traitée pour être mis en perspective avec l'ensemble de la réflexion.

Le projet de formation initiale des Directeur de soins favorise la personnalisation du parcours de formation, tant en matière d'enseignements que pour les stages. Ces temps de stage, sciemment négociés avec en arrière-pensée le mémoire professionnel, ont été une réelle opportunité pour corrélérer le discours managérial et institutionnel des acteurs sur leurs pratiques avec l'observation de ces pratiques sur le terrain.

³¹ BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, éditions Nathan Université, collection 128, Paris, 1992

2.1.2 Critères de choix des établissements

A) La taille de l'établissement

Par un phénomène de masse critique, la taille de l'établissement audité influe sur les analyses à produire. En effet, les liens sociologiques propres à l'hôpital en tant qu'organisation présentent de nombreuses similitudes et points de convergence dans presque tous les établissements de santé. Mais la différence de taille de ceux-ci fait varier le nombre des acteurs, et peut présenter par là-même des notions de responsabilité et de transversalité qui diffèrent. Le choix pour l'étude compréhensive du terrain s'est donc porté sur des établissements de taille « *intermédiaire* » de type centre hospitalier (CH), c'est à dire ni hôpital local, ni centre hospitalier régional (CHR) ou hospitalo-universitaire (CHU). Cette taille intermédiaire n'enlève rien aux degrés d'exigences attendues dans toutes les missions des managers. Elle remplace la difficulté d'être nombreux à cohabiter sociologiquement dans les grands établissements par la lourdeur des multiples dossiers à partager entre moins d'acteurs dans les établissements de taille plus modeste.

B) La dynamique de mise en pôle

La dynamique d'organisation en pôles d'activités clinique, médico-technique, administratif et logistique, bien que réglementée dans le temps et sur les obligations de moyens, est variable selon les établissements. Le choix des établissements audités prend en compte cette variabilité, et s'est porté sur des établissements différemment avancés dans leur mise en œuvre des pôles. Cela permet d'observer et d'analyser d'éventuels liens entre cette dynamique institutionnelle de mise en pôle, et la dynamique d'élaboration des différents projets, projets d'établissement, projet médical, et en particulier le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. L'organisation en pôles d'activité induit de fait une redéfinition des périmètres de fonctionnement, de responsabilité, et donc de management.

C) Les points de similitude avec l'établissement d'affectation

Pour finir, le troisième critère de choix des établissements audités a été retenu sur la similitude de taille et de fonctionnement avec l'établissement d'affectation. Cela permet d'apprécier la diversité des situations observables dans des établissements pourtant proches en fonctionnement et d'apprécier le caractère singulier ou généralisable des observations à caractère sociologique. Cela permet aussi d'affiner l'approche « *géopolitique* » que chacun peut faire sur le plan des relations de travail, et d'identifier des pistes de reproductibilité potentielle en terme de comportements ou de processus, en particulier pour des situations positives ou novatrices de management.

2.1.3 Présentation des établissements audités et observés

A) L'établissement A

Hôtel Dieu fondé en 1628 à l'initiative des Echevins et situé initialement en centre ville, l'établissement A ouvre dans sa configuration actuelle en périphérie en 1971. Etablissement pivot de son territoire de santé et réparti sur plusieurs bâtiments, il assure les missions de service public hospitalier pour un secteur sanitaire de 260 000 habitants. L'établissement compte près de 500 lits et places de court séjour, 100 lits et places de psychiatrie, 100 lits en unités de soins de longue durée, et 110 lits en maison de retraite. Pratiquant les spécialités médicales, chirurgicales et obstétricales, il dispose d'un plateau technique comprenant un service d'accueil des urgences (SAU) traitant près de 53 000 passages en 2006, un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), des blocs opératoires, un laboratoire, une stérilisation centrale et un service d'imagerie médicale conventionnelle, scanner et imagerie par résonnance magnétique (IRM).

L'activité croît et les locaux deviennent exigus. Le Chef d'établissement, en poste depuis 1991, envisage d'abord une extension. Des opérations « *tiroir* » seraient possibles avec le projet de construction d'une nouvelle maison de retraite. Elle se fait attendre, et la conception du bâtiment actuel n'est ni évolutive ni fonctionnelle face à l'activité croissante. Avec un coût d'extension prohibitif, il est finalement décidé de construire un hôpital neuf. A l'occasion du contrat d'objectif et de moyens (COM), le projet est scellé en juillet 2000, pour un budget de 157 millions d'euros autofinancés à 96%. Il a comme principal avantage de regrouper toutes les activités de soins, hors psychiatrie. Les activités de médecine, chirurgie, maternité, les consultations externes et les soins ambulatoires bénéficieront d'un plateau technique complet et moderne : onze blocs opératoires, dix salles d'imagerie médicale conventionnelle, deux scanners et une IRM, laboratoire et pharmacie, vingt quatre postes d'hémodialyse. Des activités nouvelles compléteront l'offre de soins : centre d'accueil de crise, unité de surveillance continue, service de court séjour gériatrique et service de soins de suite et réadaptation. Les conséquences architecturales de la nouvelle structure - surfaces augmentées de 35 000 à 65 000m² et taille des unités diminuée - doivent être intégrées aux réflexions et aux organisations.

Dans cet établissement, neuf pôles d'activité clinique ou médico-technique et quatre pôles d'activité administrative ou logistique sont en place depuis octobre 2006. Volonté du Chef d'établissement de positionner fortement la direction des soins, un pôle « *coordination des soins* » regroupe direction des soins et activités transversales, piloté naturellement par la Coordinatrice générale des soins. Réorganisée entre pôles d'activité clinique et médico-technique et pôle « *coordination des soins* », la direction des soins s'articule autour de la Coordonnatrice générale des soins et d'un Directeur des soins.

L'équipe d'encadrement est constituée de dix cadres supérieurs de santé, vingt neuf cadres de santé ou sages-femmes cadres, et seize cadre de santé faisant fonction. D'autres originalités institutionnelles sont visibles dans le dispositif local. A coté du conseil de pôle et de ses missions³², une réunion mensuelle de cadres de pôle permet la participation et l'implication des cadres même non élus. Une assemblée annuelle de pôle assure l'information de l'ensemble des agents du pôle. De plus, si un Directeur est référent administratif facilitateur pour chaque pôle clinique ou médico-technique, un médecin est référent médical facilitateur pour chaque pôle administratif ou logistique. Le conseil exécutif se réunit deux fois par mois. La Coordinatrice générale des soins fait partie des membres de l'équipe de direction qui y siègent.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2003/2007, conduit par la Coordinatrice générale des soins en tant que chef de projet, a été piloté par deux cadres supérieurs de santé en mission transversale. En lien avec le projet médical, et en particulier avec les médecins chefs de service en charge de son élaboration, après évaluation du projet de soins 1997/2002, l'élaboration du projet 2003/2007 s'est faite par consultation des équipes, selon des priorités par critères d'intérêts et de faisabilité. L'ensemble du projet, centré sur le plan d'actions, partie opérationnelle du travail, a été ensuite arrêté et validé par les instances ad hoc. Suite à une volonté institutionnelle forte du Chef d'établissement, l'ensemble des personnels responsables de projet (médicaux et non médicaux, cadres et non-cadres) ont bénéficié d'une formation commune de conduite de projet. Aujourd'hui, la méthodologie à mettre en œuvre pour le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2008/2012 n'est pas encore définie, l'établissement A préparant prioritairement sa visite de certification programmée en octobre 2007.

B) L'établissement B

L'établissement B, héritier de l'Hôtel Dieu fondé en 1246, est à l'origine dédié à « *l'accueil des pauvres et des blessés de la vie* ». L'hôpital se transforme au fil des siècles et constitue aujourd'hui l'un des exemples les plus intéressants de l'histoire hospitalière de sa région. La modernité, fruit de la restructuration immobilière en cours, « *voisine* » en effet avec la richesse du patrimoine local, bâtiment d'origine classé en monument historique depuis 1932, qui abrite encore aujourd'hui des services de soins, et notamment la maison de retraite. L'établissement B est un établissement public de santé de proximité, destiné à répondre aux besoins de santé d'une population de près de 200 000 habitants, répartis à la frontière de deux départements.

³² Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005, op.cit.

Il se compose de cinq sites voisins : le bâtiment historique précédemment évoqué, un bâtiment principal regroupant les services de médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique proches d'un plateau technique polyvalent, deux bâtiments pour les soins de suite et les soins de longue durée, et un nouveau bâtiment ouvert fin 2004 pour l'hospitalisation de psychiatrie, dispositif complété par deux structures extérieures pour la prise en charge ambulatoire psychiatrique et géro-psi-chiatrique. A ce jour, la capacité de l'établissement B est de 639 lits et places toutes activités confondues, dont un secteur de gériatrie particulièrement important qui compte à lui seul 340 lits et places. Le service d'accueil et de traitement des urgences prend en charge près de 25 000 passages par an. L'établissement emploie près de 1000 personnes (918 personnels non médicaux hors contractuels temporaires et 71 médecins). L'établissement B a accueilli les experts visiteurs de la Haute autorité de santé en décembre 2006. La visite s'est conclue par une certification avec suivi.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'établissement B s'est organisé en sept pôles d'activité clinique ou médico-technique et un pôle d'activité de logistique hospitalière (regroupement des activités administratives et logistiques). Le Coordonnateur général des soins est entouré de six cadres supérieurs de santé dont un cadre supérieur sage-femme, vingt six cadres de santé dont trois sages-femmes cadres, un cadre responsable d'institut de formation des aides-soignants (IFAS) et une directrice de crèche. Il y a également, sous réserve du calendrier, quatre cadres de santé faisant fonction et trois étudiants cadres en formation. L'organisation en pôles, validée par les différentes instances fin 2006, se met en place progressivement sur le plan fonctionnel, en particulier depuis l'élection du nouveau président de la Commission médicale d'établissement (CME), courant mai 2007. Le conseil exécutif se réunit chaque semaine, sauf exception, sous la forme d'un repas de travail permettant de limiter au mieux les temps de réunion et de préserver l'activité clinique des médecins qui y participent. Le Coordonnateur général des soins fait partie des membres de l'équipe de direction qui y siègent.

Le précédent projet d'établissement 1997/2002 est essentiellement centré autour d'un projet médical, lui-même pensé dans un vaste projet architectural de restructuration de l'établissement. La signature du contrat d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale d'hospitalisation et l'établissement B en 2000 précède à ce titre la validation et la signature du plan directeur en 2000. L'élaboration du projet d'établissement comme du projet médical qui couvrent la période 2003/2008 « *colle* » naturellement à l'évolution architecturale arrêtée. Dans une dynamique de modernisation et de restructuration, la reconstruction partielle et progressive de l'hôpital démarre en 2003. Elle bénéficie d'aide au financement dans le cadre du plan hôpital 2007, et constitue l'axe principal du projet d'établissement 2003/2007.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2003/2007 est initié par le Coordonnateur général des soins en commission des soins, sur le principe qu'il concerne l'ensemble du personnel soignant. Le projet de soins complète le projet médical et met en avant certaines activités de soins plus significatives. Le travail de réflexion et d'élaboration est conduit par un comité de pilotage, qui décline le projet et les objectifs spécifiques par pôle, de manière participative avec les paramédicaux de tous les secteurs et en cohérence avec le projet médical. La politique de la direction des soins met l'accent sur la qualification et la responsabilité des professionnels afin de répondre aux besoins de santé des patients, dans le cadre d'une prise en charge globale et personnalisée. Le projet de soins se décline ainsi en objectifs par secteur de soins, complété à l'initiative du Coordonnateur par des objectifs communs, parmi lesquels il est intéressant de citer : renforcer la qualité des soins en améliorant la communication centrée sur les patients, améliorer la sécurité de la prise en charge des patients, mettre en place une organisation du travail rationnelle. L'ensemble est formalisé et finalisé de manière plus « *centralisée* » par le Coordonnateur général des soins (en retraite depuis 2004) avant validation aux instances et diffusion à l'ensemble de l'institution.

L'établissement B vient de redéfinir son projet médical à travers cinq axes stratégiques en réponses aux six axes du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), dans le cadre de la formalisation de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2007. Aujourd'hui, la réflexion de l'établissement B est à peine émergente pour la réécriture officielle de son projet d'établissement et de son projet médical 2008/2012. La méthodologie à mettre en œuvre pour le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2008/2012 n'est pas non plus encore définie.

C) L'établissement C

A l'origine hôpital des pèlerins depuis 1482, l'établissement est remplacé en 1504 par l'hôpital des sœurs grises de l'ordre de Saint-François. Un second établissement, fondé à proximité en 1560 puis agrandi en 1632, est confié à la communauté des sœurs hospitalières des Augustines. La révolution modifie les organisations en regroupant les deux hôpitaux en un hospice où sont accueillis vieillards indigents, orphelins et malades. En 1882, un nouvel hôpital s'ajoute à cet hospice. Il évolue tout au long du XXe siècle dans le champ sanitaire, au rythme des guerres, des progrès médicaux et des politiques de santé. Aujourd'hui établissement pivot de son territoire de santé, l'établissement C est réparti sur deux sites, un bâtiment principal regroupant toutes les activités de court séjour et médico-techniques, et un ensemble de deux bâtiments mitoyens regroupant les activités de soins de suite et réadaptation, les unités de soins de longue durée et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Il assure les missions de service public hospitalier pour un secteur sanitaire de 202 000 habitants dans un secteur semi-rural longeant la frontière avec un pays voisin. L'établissement compte près de 580 lits et places toutes activités confondues, dont un secteur de gériatrie également important qui compte à lui seul 252 lits et places. Il pratique les spécialités médicales, chirurgicales et obstétricales, dispose d'un plateau technique comprenant un service d'accueil des urgences traitant près de 27 000 passages en 2006, un service mobile d'urgence et de réanimation, un service de réanimation et de surveillance continue, des blocs opératoires, un laboratoire, une stérilisation centrale et un service d'imagerie médicale conventionnelle, scanner et imagerie par résonance magnétique. L'établissement a vécu avec succès la visite d'accréditation en juin 2004, encouragé par aucune réserve, trois recommandations et quatorze points forts.

L'établissement C se réorganise dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Le conseil exécutif provisoire et les instances de l'établissement ont validé début 2007 un découpage autour de sept pôles d'activité clinique ou médico-technique et quatre pôles d'activité administrative ou logistique. Cependant, l'établissement a fait le choix d'inverser le calendrier couramment observé. Les conseils de pôle ont été constitués après élections des représentants courant mai 2007. Les responsables médicaux de pôles et les cadres qui les assistent ont été désignés après les instances de juin 2007. Les pôles seront réellement installés durant l'été et à la rentrée, à l'occasion des premiers conseils. Les élections en vue de renouveler la Commission médicale d'établissement sont prévues en septembre 2007. Alors seulement, après élection du Président de cette dernière, le nouveau conseil exécutif pourra être installé au début de l'automne. Il n'y a pas actuellement de Coordonnateur général des soins, ni de Directeur des soins. Jusqu'à la nomination de celui-ci à l'automne, la direction des soins est assurée de manière intérimaire par les cadres supérieurs de santé qui se relaient. Le règlement intérieur du conseil exécutif prévoit officiellement la présence du Coordonnateur général des soins parmi les membres de l'équipe de direction qui y siègeront. L'équipe d'encadrement est constituée de cinq cadres supérieurs, dont une sage-femme cadre supérieur, vingt et un cadres de santé ou sage-femme cadre. Il y a également, sous réserve du calendrier, un cadre de santé faisant fonction et un étudiant cadre en formation.

L'avant-dernier projet d'établissement est essentiellement centré autour d'un projet médical, lui-même pensé dans un vaste projet architectural de restructuration de l'établissement. La signature du contrat d'objectifs et de moyens entre l'agence régionale d'hospitalisation et l'établissement C en 2000 précède la validation et la signature d'un plan directeur ambitieux la même année. Les études architecturales se suivent, mais les choix ne sont pas déterminés suffisamment rapidement.

L'arrivée annoncée de la nouvelle gouvernance, et surtout de la modification des modes de financement, altère le calendrier initialement prévu, y compris dans la coordination des différents projets alimentant le projet d'établissement. Le projet médical est réécrit pour la période 2002/2007, alors que le projet de soins couvre lui la période 2001/2004. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2001/2004, conduit par la Coordinatrice générale des soins en tant que chef de projet, a été piloté par deux cadres supérieurs de santé. Il s'inspire des orientations médicales, pas encore formalisées en 2001 dans le nouveau projet médical, et de l'évaluation du projet de soins 1996/2000. L'élaboration de ce projet de soins s'est faite par consultation des équipes. L'ensemble du projet, centré sur le plan d'actions, partie opérationnelle du travail, a été ensuite validé par les instances ad hoc. Une enquête d'image en 2003 et la mise œuvre de la tarification à l'activité en 2004 modifie d'autant les projets en cours. En 2004, dans l'attente de l'organisation en pôles, le Chef d'établissement demande à la Coordinatrice générale de sursoir à l'écriture du nouveau projet de soins. Il n'est toujours pas écrit à ce jour. Le Chef d'établissement, décédé en juin 2006, est remplacé depuis fin 2006. La Coordinatrice des soins a fait valoir ses droits à la retraite depuis avril 2007.

Aujourd'hui, la volonté institutionnelle est de remettre en phase l'écriture des différents projets. La signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en 2007, entre l'agence régionale d'hospitalisation et l'établissement C, en est le point de départ. Depuis le printemps, des ateliers médicaux et paramédicaux sont organisés pour alimenter la réflexion sur les activités et organisations futures. Dans l'attente du nouveau Coordinateur général des soins qui prendra fonction cet automne, et avec l'intensification du travail de préparation de la visite de certification prévue en mai 2008, la méthodologie d'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 2008/2012 n'est pas encore définie.

2.2 Présentation des résultats

2.2.1 Les approches globales par type d'acteur

A) Le Chef d'établissement

Le Chef d'établissement A souligne essentiellement une modification des rapports entre la direction et les médecins : plus d'interaction, d'interpénétration, ce qui nécessite de travailler conjointement, mais cela est loin de l'évolution moins marquée, voire l'absence d'évolution, dans la relation entre médecins et soignants, avec des rapports trop peu conceptualisés. Certes, certaines réflexions, certains dossiers sont présentés au Président de la CME, mais l'implication est faible, probablement par manque de temps.

Pour le Chef d'établissement B, curieusement la fonction « *soins* », très présente à l'hôpital, est peu définie sur le plan politique. Même au décours des ordonnances de 2005, la nouvelle gouvernance n'entraîne que peu d'exigences particulières en regard de la fonction « *soins* ». Pourtant le Directeur des soins est forcément partout. Cause d'une certaine perplexité, le Directeur des soins dans la nouvelle gouvernance est « *autant absent qu'omniprésent* ». Par ailleurs, la nouvelle commission du service de soins infirmiers est très formelle, voire « *formol* » en forçant un peu sur le lapsus. Les textes réglementaires, qui alourdissent la procédure de désignation de ses membres, risque plus d'en faire un « *hochet* » qu'un outil.

Le Chef d'établissement C constate une relation étonnante entre les médecins et les soignants. Si la relation quotidienne est surtout professionnelle, elle est aussi affective entre une équipe médicale et une équipe d'encadrement et de soignants. Pour autant, il n'y a pas, ou trop peu, de réflexion formalisée sur ce que chacun attend de l'autre. L'équipe de direction est en attente de la prise de fonction du Directeur des soins, qui n'arrivera qu'à l'automne, mais, avec troublant, le « *Directeur des soins n'est pas forcément un vrai directeur dans le regard des autres directeurs* ».

B) Le Président de la Commission médicale d'établissement

Le Président de la CME A insiste sur l'impact positif des récentes restructurations. Les nombreuses remontées des groupes de travail génère une « *dynamique porteuse* ». Dans le même état d'esprit, la période d'accréditation et aujourd'hui de certification est « *fructueuse et dynamisante* ». Dans cette dynamique de qualité, le Directeur des soins est naturellement « *fort impliqué* ».

Dans l'établissement B, le Président de la CME relate le travail de formalisation du dernier projet d'établissement 2003/2008, issu d'un travail d'« *assemblage* » des différents projets de services et projets de structures (découpage interne avant-coureur des pôles) dans une logique compatible avec le plan directeur. Il regrette cependant ne pas se souvenir d'un travail de réelle synthèse à propos du projet de soins avec le Directeur des soins. Ce dernier a pourtant, à ses yeux, un « *rôle essentiel* » avec l'ensemble des équipes médicales, en témoigne son rôle dans la récente réflexion conjointe sur la conformité des prescriptions médicales. De manière générale, le Président de la CME B insiste enfin sur l'importance de la transversalité du Directeur des soins et du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Le Président de la CME C évoque surtout la mise en œuvre des pôles d'activités au sein de l'établissement. Grâce aux regroupements provoqués par cette réorganisation, le principal bénéfice attendu est, selon lui, une tendance forte à « *dé-morcelez* » les structures dites en « *chapelles* ». Dans cette dynamique qu'il juge positive, il reconnaît au

projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques un « *potentiel fortement rassembleur* ». Néanmoins, l'organisation en pôles risque de recréer un autre type de cloisonnement ou de repli sur soi, induit par les contraintes de financements et les règles de mise à disposition de moyens pour les pôles. La mise en œuvre des pôles n'étant qu'au début de son processus, l'avenir dira si les craintes étaient fondées, et le Président de la CME C attend l'arrivée du nouveau Directeur des soins pour « *travailler davantage ensemble* ».

C) Le Directeur des soins, coordonnateur général

La Coordinatrice générale des soins A argumente en faveur d'un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui doit être avant tout « *pratico-pratique* ». S'appuyant sur des valeurs, le projet de soins doit surtout définir des axes de travail autour de thèmes prioritaires, proposer des objectifs pertinents et réalisables, envisager les moyens nécessaires pour y parvenir, et préciser les critères d'évaluation ainsi que l'échéancier.

Le Coordonnateur général des soins B, en poste depuis 2004, accompagne et fait vivre au quotidien le projet de soins 2003/2008. Ayant des rapports réguliers avec le Président de CME, le Coordonnateur général s'interroge néanmoins sur l'absence de calendrier commun entre le projet de soins en cours et le projet de pôles : quelle part d'opportunité pour quelle part de risque? Cela ne l'empêche pas d'aller de l'avant, et de reprendre une citation du projet de soins 2003/2008 : « *les objectifs sont comme les essuie-glaces, ça n'arrête pas la pluie mais au moins cela permet d'avancer !* ».

Il n'y a pas actuellement de Directeur des soins coordonnateur général en poste dans l'établissement C. Sa nomination est prévue en octobre 2007.

D) Le cadre supérieur de santé

Pour le cadre supérieur de santé A, le projet de soins « *complète* » le projet médical, mais permet aussi de « *mettre en avant et de valoriser les initiatives en soins* ». Il y a un réel intérêt à travailler d'abord par pôle, par thème, en lien direct avec l'activité médicale ou dans le cadre du rôle propre, avant un « *processus de globalisation* » qui revient naturellement à la direction des soins.

Le cadre supérieur de santé B a apprécié que le dernier projet de soins 2003/2008 soit initié en commission des soins infirmiers car il « *concerne tous les personnels* ». Il regrette seulement que la réflexion qui a suivi ait été menée par un groupe de cadres qui ne comptait « *pas de soignant* ». Il est convaincu que la participation est possible jusqu'au bout avec tous les soignants qui sont alors davantage actifs dans la mise en œuvre du projet jusque dans les unités. Favoriser « *l'accessibilité stimule l'intérêt et l'appropriation* ».

Dans l'établissement C, le cadre supérieur de santé développe l'idée d'un projet de soins « *locomotive* » qui dynamise les différents projets de différentes natures et de différentes envergures. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est surtout l'occasion de « *mettre en commun tout ce qu'il est possible* ». Le cadre supérieur de santé C témoigne, de son point de vue, d'un véritable « *manque* » lié à l'absence de projet de soins depuis 2004, marquant de fait l'« *absence d'un document guide de la politique de soins* » dans l'établissement. Suite au travail préparatoire à la visite d'accréditation en juin 2004, une réflexion fouillée et partagée sur les missions soignantes a abouti à deux documents support, affichés dans toutes les unités de soins. Les documents produits restent à ce jour des « *documents porteurs* » pour la direction des soins, « *en attendant un travail fondateur* » à l'arrivée du nouveau Directeur des soins cet automne.

2.2.2 Les résultats selon les hypothèses

Une hypothèse est une réponse ou proposition de réponse anticipée a une question de recherche. A travers une hypothèse, il s'agit d'énoncer une relation plausible entre des phénomènes.

A) L'hypothèse 1

« *L'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un temps fondateur de relations durables entre le Directeur des soins et ses principaux interlocuteurs parmi les acteurs hospitaliers, en particulier les équipes médicales et l'ensemble de l'encadrement soignant* ».

Le Chef d'établissement A regrette le peu de conceptualisation entre les médecins et les soignants, sauf dans certaines prises en charge particulières comme en gériatrie ou en unité de soins palliatifs. Face à ce constat, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut être manifestement une opportunité pour conceptualiser ensemble ce que chacun attend de l'autre. Autour de ce point de vue, le Directeur des soins A témoigne de son ressenti auprès des équipes médicales, qui pour la plupart sentent bien que le projet médical et le projet de soins sont indissociables. Pour le Chef d'établissement B, les cadres soignants ont une parfaite perception du terrain, une expérience durable avec les médecins, et la maîtrise des différentes typologies. Mais les médecins ne perçoivent pas autant qu'ils le pourraient ces véritables leviers d'énergie. Le projet de soins, par son temps d'élaboration concertée et son temps de mise en œuvre partagée est une opportunité de valorisation de cette synergie potentielle. Le Président de la CME A insiste sur la nécessité de se rencontrer, d'échanger, de se dire les choses pour enrichir mutuellement l'élaboration du projet médical et du projet de soins.

Le Chef d'établissement B évoque parfois un problème de positionnement des cadres vis à vis de leur hiérarchie soignante et/ou du responsable médical de pôle défini dans le cadre de la nouvelle gouvernance. Il rappelle cependant, non sans ironie, que les textes « *propulsent* » les responsables médicaux de pôle en quasi chef de pôle, certes sans les nommer ainsi, mais avec la nécessité d'être aidé de deux cadres, comme deux « *béquilles* », nécessaires pour faire un lien « *efficace* » avec le travail de gestionnaire. Le Président de CME C attend du projet de soins un travail de coordination face aux risques organisationnels et relationnels issus de la mise en pôles. Le Président de CME B est convaincu qu'il a beaucoup en « *commun* » avec le Directeur des soins, et qu'en dehors de toute relation hiérarchique, l'élaboration conjointe des projets à venir fait qu'ils travaillent beaucoup plus ensemble au jour le jour.

Le Chef d'établissement C attire l'attention à veiller que le projet de soins soit principalement « *centré sur la qualité des organisations* » et un peu moins sur les valeurs, et ne surtout qu'il ne s'égaré pas en chemin vers un « *plaidoyer corporatiste* ». Le cadre supérieur de santé B attend surtout de l'élaboration du projet de soins une réflexion commune avec les équipes médicales pour l'émergence en parallèle du projet médical et du projet de soins dans une nouvelle organisation en pôles. Il attend ensuite du Directeur des soins un travail d'adaptation et de valorisation de l'ensemble, car « *travailler ensemble, c'est être utile à tous !* ». Le Directeur des soins B envisage pour le futur projet de soins une « *porte d'entrée* » par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, sur la base de groupes thématiques de réflexion avec autant de médecins et paramédicaux invités que nécessaires. Il a hâte de partager l'aujourd'hui et le demain, et reprend dans le projet de soins 2003/2008 la citation de Jules RENARD : « *le projet est le brouillon de l'avenir* ».

Une fois sensibilisés aux véritables enjeux de la nouvelle gouvernance hospitalière, les acteurs expriment des craintes et des attentes qui montrent à quel point sa mise en œuvre ne saurait se limiter à un « *projet de plus*³³ ». L'instauration d'un meilleur dialogue et d'un partage de compétences peut être envisagée comme une réelle opportunité de diffuser une culture de gestion et de management commune. Le projet de soins, dans ce contexte, a valeur d'outil de réflexion, de concertation, d'intégration, et de valorisation. Son élaboration concertée, conjointe et partagée bénéficie de toute évidence à la qualité du réseau relationnel du Directeur des soins, favorisant *des relations durables entre le Directeur des soins et ses principaux interlocuteurs parmi les acteurs hospitaliers, en particulier les équipes médicales et l'ensemble de l'encadrement soignant.*

³³ FAURE A., Nouvelle gouvernance, inquiétudes et espoirs des futurs acteurs, *Gestions hospitalières*, janvier 2006, pp 29-32

B) L'hypothèse 2

« *L'élaboration du projet de soins contribue à clarifier le rôle du Directeur des soins, de la direction des soins et de la politique de soins, vis à vis de l'ensemble des autres acteurs hospitaliers et en particulier des soignants* ».

Le Chef d'établissement A pense que la viabilité d'un projet repose sur chacun, profondément imprégné du but à atteindre. Pour que le regard sur le travail soit réellement partagé, il faut écrire avec les « *mots des gens* ». Le projet doit être, pour le Directeur des soins A, un « *truc* » où les gens peuvent se retrouver, peuvent dire aujourd'hui ce qu'on a fait, comme ce qu'on n'a pas fait, pourquoi, et comment appréhender demain. Le projet de soins présente également beaucoup d'intérêts, pour le cadre supérieur de santé A, dans des approches transversales, telles que la qualité, l'hygiène, la gestion des risques, la prévention, l'éducation... Si, pour le Chef d'établissement B, les soignants sont parfois peu déterminés dans certains choix, ou ont parfois des problèmes de positionnement dans l'institution, le projet de soins permet de « *valoriser toutes les fonctions de l'hôpital, professionnellement, techniquement, socialement, statutairement* ».

Le Directeur des soins B envisage la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques comme une porte d'entrée intéressante, permettant d'asseoir la réflexion avec « *davantage de légitimité* » vis à vis de l'institution, autour de groupes thématiques enrichis par la présence d'invités les plus concernés par le thème, invités médicaux et non-médicaux. Le cadre supérieur de santé B est en effet conscient que la commission des soins est un « *vivier dynamique* » de représentants pluridisciplinaires volontaires et élus, et de représentants des instituts de formation. Certes le projet de soins va recenser les différents projets par pôles, mais la tendance naturelle des pôles n'est pas, selon lui, de rassembler. C'est plutôt une autre forme de découpage de l'institution. Il y a là un grand intérêt pour le Directeur des soins, à travers le projet de soins, à coordonner autour d'une politique commune et d'idées directrices partagées, en faisant du lien avec tous les soignants.

Pour le Chef d'établissement C, le projet de soins a la vertu de pouvoir décrire concrètement le « *comment faire* », le « *comment améliorer* », et le « *comment mettre en place* », en regard des orientations de l'établissement. Fortement mobilisateur pour le personnel soignant, le projet de soins, selon le cadre supérieur de santé C, prend en compte le patient, autour du patient, vers l'autonomie par la qualité des soins. Il présente dans le même temps une conception du « *prendre soin* », un projet de développement, un projet de prise en charge, de nombreux objectifs à court et moyen terme, en bref, un projet de soins au service de la prise en charge, en laissant la place à l'initiative pour les prises en charges spécifiques.

La philosophie du « *prendre soin* » met en avant des valeurs centrées sur l'ensemble des besoins du patient et de sa famille. C'est par là-même la « *reconnaissance d'un socle incompressible du fonctionnement d'un hôpital, qui reste le médecin, l'infirmière et l'aide-soignant autour du patient. Il est impossible d'ignorer une de ces trois fonctions sans mettre rapidement le malade en danger*³⁴ ». L'élaboration du projet de soins infirmiers, rééducation et médico-techniques permet de rendre visibles les contributions de chacun, et dans un contexte où la place du patient évolue fortement, ce projet de soins participe, par une grande transversalité, à l'évolution vers un projet de prise en charge du patient. Le projet de soins devient un élément fort de cohésion, si les choix stratégiques et la politique de soins qui le portent sont issus d'une réflexion dans laquelle toutes les compétences et toutes les sensibilités se sont exprimées. Le projet contribue alors « *à clarifier le rôle du directeur des soins, de la direction des soins et de la politique de soins, vis à vis de l'ensemble des autres acteurs hospitaliers et en particulier des soignants* ».

C) L'hypothèse 3

« *L'élaboration du projet de soins permet un positionnement clair du Directeur des soins vis à vis de l'équipe de direction* ».

Pour le Chef d'établissement A, le travail d'élaboration du projet de soins doit permettre de bien conceptualiser la fonction « *soins* ». L'hôpital est à lui seul un problème d'organisation. Il nécessite un bon cadre organisationnel différent du cadre médical. Si les personnes par leur métier disposent à priori du savoir-faire, le projet de soins doit favoriser un regard ressource de savoir-faire, savoir-être et surtout de savoir-organiser. Dans le même ordre d'idée, le Chef d'établissement C reconnaît aux cadres soignants de réelles capacités dans un projet de fonctionnement, pour un projet d'organisation. L'élaboration du projet de soins relève alors d'un travail sur les représentations des organisations et le « *comment faire fonctionner* ». Quant au Chef d'établissement B, le projet des soins comme le projet médical sont inscrits dans le projet d'établissement, mais la viabilité du projet d'établissement repose essentiellement sur le regard partagé direction/médecins, autour de ce qu'on veut faire de l'hôpital, du « *sens* » qu'on veut donner aux organisations, aux filières...

Le Président de CME A est convaincu que le projet de soins est une force d'implication et de motivation pour l'ensemble du personnel. Le Président de CME B

³⁴ MONTAGNON M., Pour une légitimité d'une direction des soins, *Objectif soins*, novembre 2005, n°140, pp II

avoue même, selon son ressenti, percevoir une forte envie d'implication des personnels soignants dans le projet de soins, beaucoup plus forte même que les médecins dans le projet médical. Le Directeur des soins, dans un rapport à la fois hiérarchique et fonctionnel, favorise la bonne marche d'ensemble en même temps que la réflexion.

Le Directeur des soins A considère que la direction des soins est là pour « *faire entendre le point de vue des soins* », faire avancer et progresser les idées. Pour le Directeur des soins B, le projet de soins « *met les soins au service de l'établissement* ». En associant la qualité, la stratégie, la gestion des risques, la sécurité, c'est l'ensemble des missions de la fonction soignante qui renvoient à la place du Directeur des soins dans l'équipe de direction. Le cadre supérieur de santé C voit le projet de soins comme la direction des soins : « *à la place qu'on lui laisse, qu'on lui donne, ou qu'on lui crée* ».

Le contexte de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance modifie en conséquence le jeu des acteurs. Certains se perçoivent comme « *perdants en termes de pouvoir : une partie des Directeurs adjoints, des Directeurs de soins et des Chefs de service*³⁵ ». Pourtant la réforme vise à sortir de ce paradigme hiérarchique et cloisonné pour aller plutôt vers une logique de co-responsabilité. L'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques relève bien de la responsabilité du Directeur des soins, coordonnateur général. Le projet est une opportunité forte de positionnement professionnel avec l'ensemble des acteurs de soins. Cependant, si le Directeur des soins dispose d'une place réglementaire dans l'équipe de direction, c'est davantage l'« *épaisseur professionnelle* » qu'il donne à sa fonction qui lui permet un positionnement stratégiquement marqué. « *L'élaboration du projet de soins ne contribue pas particulièrement à asseoir le positionnement du Directeur des soins vis à vis de l'équipe de direction* ». Comme dans la logique de la nouvelle gouvernance, il s'agit avec le projet de soins de rechercher les transversalités, de gérer les compétences, de valoriser et accompagner, et de stimuler, évaluer et conseiller. Il faut veiller, « *dans de nouvelles formes de management, à ne pas conduire à un niveau de décision élevé ce qui peut l'être avec autant d'efficacité à une échelle moindre : il s'agit plutôt de rechercher le niveau pertinent de l'action*³⁶ ».

³⁵ BONNICI B., DEBROSSE D., Nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives, *Revue hospitalière de France*, mai juin 2007, n°516, pp 52-57

³⁶ Ibidem

3 Propositions pour des axes d'amélioration

3.1 Acculturer pour intégrer

3.1.1 Une inscription dans la durée

Le « *prendre soin* » ou « *caring* » inspire de plus en plus de soignants. Ce modèle favorise l'approche interdisciplinaire des situations de soins et met en avant les valeurs centrées sur l'ensemble des besoins du patient et de sa famille. Le « *prendre soin* » rapproche théorie et pratique, idéal et réalité, et développe une approche humaniste observable, amenant à redéfinir les organisations de soins pour les centrer sur la personne soignée³⁷. A chaque niveau de l'encadrement, les hommes devraient s'interroger sur la façon de manager le « *prendre soin*³⁸ » du patient, mais aussi le « *prendre soin* » du soignant et du personnel en général. L'art du management se révèle dans le « *comment* » : manières de faire, modalités de l'action, de l'agir ensemble. Ce sont les procédés, les moyens, les combinaisons entre savoirs, valeurs et actions qui sont le signe d'un management de qualité, celui cité par les « *magnet hospitals*³⁹ », les hôpitaux dits « *attractifs* » pour le personnel et pour les usagers.

Pour s'inscrire dans la durée, la cohérence dans la manière d'agencer, de prévoir et de gérer les changements est décisive. Chacun a conscience de la nécessité de décentraliser les modalités d'organisation et de gestion à l'hôpital. Il est primordial de faire preuve de « *cohérence* », notion à laquelle le personnel comme le public est très attaché. Cohérence entre les décisions et leur mise en œuvre, cohérence entre les discours et leur application immédiate, cohérence entre les valeurs annoncées et les résultats visibles. Organisations et structures font l'objet d'un défi de taille : comment en prendre suffisamment « *soin* » de telle sorte que chaque personne y participant se sente utile, reconnue dans son activité et indispensable à la bonne marche de l'ensemble? « *Se sentir bien et utile, se sentir associé à* » renvoient à une dimension sociologique fondamentale, et non aux « *conditions de travail* » au sens pratique. L'exemplarité dans la pratique relationnelle courante du Directeur des soins induit positivement les relations quotidiennes avec les différents collaborateurs par mimétisme et/ou modélisation.

³⁷ DEBOUT C., *Pensons ensemble le soin de demain : une philosophie de soin « le prendre soin »*, conférences des savoirs, hôpital Armand Trousseau AP-HP, avril 2002

³⁸ COLLIÈRE MF., *Promouvoir la vie*, édition Masson, Paris, nouvelle édition 1996

³⁹ Notions de « *magnet institutions* » et « *magnet hospitals* » lancées dans les années 80 après une recherche de l'*American Nursing Association* reprise par l'*International Council of Nurses*

L'inscription dans la durée passe aussi par le développement d'un management opérationnel qui s'appuie sur la dynamique motivation-implication-satisfaction⁴⁰. La motivation est une caractéristique individuelle, un moteur, une force qui pousse l'individu à agir, et qui se situe en amont de l'action. L'implication met l'accent sur une relation tissée entre les personnes et leur travail, en temps réel. Elle résulte de la relation entre la personne et son contexte, relation qui, loin d'être figée, devient œuvre de construction individuelle. Les actions à entreprendre par le Directeur des soins pour créer de l'implication auprès de tous les collaborateurs sont de l'ordre des stratégies d'implication et reposent sur plusieurs conditions :

- la cohérence entre le discours et les actions, ce qui revient à « *dire ce qu'on fait et faire ce qu'on dit* »,
- la réciprocité, car le collaborateur qui s'implique doit avoir le sentiment que la structure s'implique aussi vis-à-vis de lui (partage de valeurs, système de gestion, relation managériale),
- l'appropriation, pour que l'agent assume la charge de ce qu'il entreprend, se l'attribue et obtienne un soutien si besoin.

La mobilisation fait appel à la créativité et à la compétence des acteurs. Elle passe par l'adhésion et l'acceptation du bien-fondé de la vision de l'encadrement par tous, en particulier de la vision de la direction des soins. Aucune mobilisation n'est possible en l'absence de confiance. La confiance qu'une personne peut inspirer est fondée sur un équilibre entre la compétence et l'intégrité. Ces qualités permettent de passer de la parole aux actes. Si le dirigeant a un devoir d'exemplarité, il provoque par ailleurs, « *par le respect qu'il témoigne envers son entourage, les changements d'attitudes qui ne se commandent pas, mais qui sont le fruit d'une confiance réciproque, d'un engagement de chacun à faire sa part pour que l'équipe connaisse le succès*⁴¹ ». La satisfaction pour le collaborateur se caractérise ensuite, après l'action, par un état bénéfique procuré par une expérience professionnelle constructive.

Si la dynamique motivation-implication-satisfaction permet de poser les fondations d'un management de qualité, l'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques doit aussi s'appuyer sur une méthodologie adaptable pour pouvoir convenir aux acteurs impliqués, leur permettre de se reconnaître dans la réflexion en cours, et plus encore dans la formalisation qui s'en suivra.

⁴⁰ BOUCHAUT-ROLNIN M.E., L'éthique du management, une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital, *Gestions hospitalières*, février 2007, n°463, pp 103-110

⁴¹ CROZIER M., SERIEYX H., *Du management panique à l'entreprise du XXI^e siècle*, éditions Gallimard, Paris, p 119, in BOUCHAUT-ROLNIN M.E., op.cit.

3.1.2 Pour une acculturation sans dénaturer

Dans son acception ethnologique, l'acculturation est le « *processus par lequel un individu, un groupe social ou une société entre en contact avec une culture différente de la sienne, et l'assimile en partie*⁴² ». Dans une lecture sociologique, il s'agit d'observer comment ce même individu ou groupe social apprend les modes de comportements, les modèles et les normes d'un autre groupe de façon à être accepté dans ce groupe et à y participer sans conflit. A ce titre, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut être un véritable support d'intégration des nouveaux arrivants. Il peut permettre l'acculturation d'un nouveau collaborateur qui intègre la structure à la culture transversale déjà en place, sans gommer son origine individuelle propre. Néanmoins, si la richesse peut naître de la diversité, l'individu nouveau dans le groupe est également, par sa différence, une source potentielle de conflit dans sa manière d'appréhender les règles de fonctionnement entre les acteurs dans l'institution. C'est, entre autre, l'objet de la théorie de la régulation sociale.

L'analyse stratégique classiquement issus des travaux de Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁴³ fait coexister deux systèmes de règles. L'analyse stratégique met en avant d'un côté le caractère structurant des règles formelles dont les effets sont à la fois source de pouvoir pour les acteurs et facteur de blocage lors de leur multiplication, et de l'autre côté l'existence de règles informelles, construites pour transgresser ces mêmes règles formelles. A la différence de cette théorie de la sociologie des organisations, la théorie de la régulation sociale analyse conjointement l'interaction de ces deux systèmes de règles mais aussi leur capacité d'évolution⁴⁴. Avec une approche un peu différente, la théorie de la régulation sociale replace le concept de règles, et leur évolution au cœur de la compréhension de l'action en milieu organisé. La notion de règles est, en effet, fondamentale pour comprendre le système social. Jean Daniel REYNAUD distingue deux formes de règles⁴⁵, les règles de contrôle imposées par une autorité extérieure, qui instaurent des relations de subordination et créent une hiérarchie entre les membres d'un groupe en désignant ceux qui sont légitimes pour définir les obligations, et les règles autonomes élaborées par les acteurs de terrain, qui instaurent une relation de solidarité entre les membres en permettant de déroger aux règles de contrôle dans un but de

⁴² Dictionnaire *Le petit Larousse illustré*, éditions Larousse, Paris, 2000, p 34

⁴³ Op. cit.

⁴⁴ DELPLANQUE R., Transformations culturelles et régulation sociale à l'hôpital, *Gestions hospitalières*, avril 2006, n°455, pp 275-281

⁴⁵ REYNAUD J.D., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, éditions Armand Colin, Paris, 3^e édition, 1997

meilleure efficacité. La théorie de la régulation sociale repose sur la rencontre entre ces deux types de régulation, de contrôle et autonome, et sur le résultat de cette rencontre, la « *régulation conjointe* ». Pour J.D. REYNAUD, la négociation n'est pas un marchandage simple mais un échange où les acteurs cherchent à modifier les termes d'un accord, pour produire des règles communes, fondement de l'échange social. Les partenaires font des concessions pour élaborer ensemble des règles et les rendre communes. Le résultat de la négociation n'est pas seulement un compromis ou un accord assurant une légitimité, c'est surtout l'augmentation de la capacité des acteurs à maîtriser leurs rapports, à renforcer l'intégration sociale.

L'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est à cet endroit un outil fort d'acculturation et d'intégration. La sollicitation de tous les acteurs, riches de leurs différences, peut opportunément conduire la réflexion de tous dans une démarche cadrée, laissant une place large aux échanges entre les participants qui pourront produire davantage de règles communes dans une régulation conjointe. Dans cette dynamique, l'élaboration du projet de soins est par ailleurs une opportunité relationnelle importante dans le sociogramme relationnel du Directeur des soins, en interaction avec tous les acteurs de l'hôpital, sociogramme d'autant plus sensible dans la conjoncture particulière d'une prise de poste.

3.2 Enrichir par la diversité

3.2.1 Le PSIRMT, un projet unique pour acteurs multiples

Historiquement, si le projet de soins originel se déclinait comme un projet de soins infirmiers, l'élargissement aux autres filières permet de favoriser la complémentarité dans la « *prise en soins* ». Face à une très forte différenciation des métiers et des fonctions à l'hôpital, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques a valeur d'outil d'intégration. En fait, la difficulté est de promouvoir tant dans l'élaboration que dans la formalisation un équilibre dynamique entre différenciation et intégration. Il y a différenciation quand l'institution propose une combinaison de ressources et de compétences difficiles à imiter⁴⁶ : c'est le principe même de la spécialisation. Le nombre extraordinairement important de métiers qui cohabitent à l'hôpital est un signe fort de différenciation. La recherche d'avantages produits grâce à la spécialisation ne doit pas faire oublier la nécessité de la coordination entre les activités différenciées, cette coordination pouvant être d'autant plus difficile que ces activités sont parfois dispersées

⁴⁶ JOHNSON G., SCHOLÉS K., dir. édition française FRÉRY F., *Stratégique*, éditions Publi-Union, Paris, 2000, p 142

sur le plan géographique⁴⁷. Une démarche d'intégration est donc nécessaire pour permettre à l'organisation d'exploiter les avantages de la spécialisation tout en réussissant à gérer les liens avec succès.

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un moyen formalisé de favoriser cette intégration, en s'adressant de la conception à la formalisation au plus grand nombre des acteurs de santé. Il peut permettre de rendre visibles les contributions de chacun, et dans un contexte où la place du patient-acteur évolue fortement, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques doit participer à l'évolution vers un projet de prise en charge du patient, par son élaboration dans la plus grande transversalité possible.

De la direction des soins, qui guide et montre le chemin vecteur de qualité et de sécurité, à l'encadrement de proximité, impliqué au plus haut point dans une relation directe au soin sur la base des valeurs prônées par la direction des soins, l'ensemble de l'encadrement soignant doit stigmatiser le réflexe du « *travailler ensemble* ». A l'hôpital, la compétence collective repose non seulement sur l'adéquation entre les compétences requises par les emplois et les compétences acquises par les acteurs, mais encore sur la capacité de ces derniers à travailler ensemble et de façon dynamique. C'est à la fois la dynamique des acteurs compétents et la mise en cohérence des activités qui assurent la compétence collective et la performance globale du système opérationnel. La compétence collective ajoute une dimension supplémentaire à l'addition des compétences individuelles dans une dimension sociocognitive⁴⁸. Il s'agit alors du « *savoir comment s'y prendre pour travailler ensemble* » (facteurs cognitifs, qui se fondent sur les connaissances) et du « *vouloir travailler ensemble* » (facteurs conatifs qui déterminent l'orientation des conduites). L'attention à accorder aux conditions d'émergence de la compétence collective relève d'une veille permanente. Cette attention, mobilisable dans l'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, débouche sur des pratiques comme le management par les compétences, la gestion affinée des réseaux d'informations, le partage des apprentissages, la construction de la culture commune d'entreprise et des représentations collectives...

Créer les conditions de la compétence collective relève du travail des managers. Leur rôle est de rendre efficace dans un ensemble, le potentiel de chaque individu recruté pour des compétences spécifiques, de faire en sorte que chacun puisse développer sa propre compétence dans une zone d'autonomie suffisante pour que les initiatives ne

⁴⁷ Ibidem, p 363

⁴⁸ SONNTAG M., VAUDELIN J.P., La compétence collective, *Gestions hospitalières*, n°455, avril 2006, pp 270-274

soient ni interdites, ni même limitées, et que cette autonomie profite à l'ensemble et soit reconnue comme faisant avancer la totalité. Il s'agit de favoriser la singularité afin que celle-ci alimente le pluriel et le fasse évoluer.

Historiquement très souvent « *infirmier-centré* », le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques doit veiller aujourd'hui à valoriser de manière évidente les contributions de toutes ses composantes, réglementairement identifiées, mais aussi celles des acteurs participant aux nombreuses interfaces de travail, incontournables et multiples dans une organisation complexe autour de l'utilisateur. La compétence collective, sous l'angle philosophique, s'inscrit alors dans la « *volonté* » de travailler ensemble et dans la « *capacité* » de travailler ensemble, au sens défini par Albert JACQUART quand il dit : « *ensemble, c'est ajouter*⁴⁹ ».

3.2.2 Et des interfaces nombreuses à valoriser

La création des pôles de responsabilité, la complémentarité plus grande entre les établissements publics et privés, la tarification à l'activité (T2A) sont des réformes fondamentales qui ne peuvent se faire sans des règles claires. Modifier les structures profondes d'une organisation nécessite une adhésion et une compréhension de tous. Il s'agit bien d'impliquer tous les personnels pour qu'ils soient facteurs de progrès face aux changements qui s'imposent à eux. Le Directeur des soins a de fait, par une position fonctionnelle fortement transversale, naturellement vocation à stimuler l'implication du plus grand nombre. La direction des soins est légitimée par l'organisation et la gestion des activités de soins paramédicales. Elle gère et manage des professionnels dans de nombreux domaines de compétences. Par une bonne adéquation entre les moyens humains (nombre, qualification, formation, management, évaluation...) et les besoins pour assurer la qualité des soins, elle répond à sa mission soignante. Faisant partie de l'équipe de direction, le Directeur des soins doit, dans ses missions, intégrer les orientations et les objectifs de la direction de l'établissement. Cependant, les interfaces sont nombreuses et il est primordial de n'en négliger aucune : l'ensemble des équipes médicales, les sages femmes, les acteurs du service social, les psychologues...

Un projet d'établissement, juxtaposition de projets catégoriels répondant à des injonctions législatives, n'est plus concevable aujourd'hui. Les services de soins ont un rôle à jouer par le biais du projet de soins, qui peut être pertinemment transversal par ses interfaces avec les autres projets institutionnels. La construction du projet d'établissement est particulièrement complexe, et les enjeux qu'elle sous-tend sont suffisamment

⁴⁹ JACQUART A., PLANES H., *Petite philosophie à l'usage des non-philosophes*, éditions Poche, Paris, 1999, in CATEAU C., A propos des compétences collectives, *Soins cadres*, n°41, février 2002, p 36-37

importants pour qu'on s'y intéresse de près. L'expérience des projets antérieurs doit favoriser la négociation, nécessaire à la coopération des différents acteurs, et favoriser l'insertion des réflexions pertinentes qui en découlent dans le projet de soins. Le Directeur de soins a un rôle important à jouer dans cette négociation, car le corporatisme, le cloisonnement des fonctions et des rôles, la parcellisation des responsabilités sont autant de freins à éviter dans la conception et la conduite d'un projet commun.

Le projet de soins, tout comme le projet médical, peut être un élément fort de cohésion, si les choix stratégiques qui le portent sont issus d'une réflexion dans laquelle toutes les compétences et toutes les sensibilités se sont exprimées. Mais pour être porteurs de changement, les décideurs doivent choisir de s'engager personnellement et professionnellement. Leurs connaissances approfondies de l'environnement, leur capacité à mettre en perspective les programmes de formation actuels, à faire des choix stratégiques, sont autant d'arguments favorables à l'élaboration de projets collectifs. Nous sommes tous acteurs, et un véritable projet commun avec une finalité reconnue et partagée peut fédérer fortement les protagonistes : donner des soins et accompagner des personnes hospitalisées est bien une finalité pour tous. L'une des conditions de la réussite du travail est d'avoir un projet, une finalité, et des objectifs communs connus de tous. Dans une organisation aux prises avec le changement, le sens du travail doit être défini collectivement. Si on veut motiver les acteurs concernés, il faut établir un lien entre les valeurs des professionnels et leurs activités quotidiennes : ce lien est essentiel pour créer du sens au travail et de la motivation. Aujourd'hui, trop souvent, le professionnel définit son rôle, son organisation, ses outils de travail, son système d'information, et son projet, sans tenir suffisamment compte des autres professionnels ou autres projets : c'est une perte d'énergie et de potentialité. Il faut préférer rechercher une co-production qui s'appuie sur une discrimination positive : construire ensemble le projet de soins en reconnaissant positivement les différences dans une complémentarité bénéfique.

L'évolution des textes législatifs et des structures, avec en particulier une organisation en pôles, peut sous cet angle d'approche représenter une opportunité pour réfléchir, dialoguer et proposer ensemble la rencontre des différents projets. C'est aussi l'occasion d'analyser nos différentes approches sur la manière de soigner et de se poser la question : qu'est-ce que soigner aujourd'hui, dans une collaboration interdisciplinaire où les approches complémentaires auprès des malades et des usagers s'enrichissent mutuellement pour le plus grand bénéfice tant des personnes soignées que des acteurs de santé? La même question, autour du management ne peut-elle se formuler ainsi : comment vivre ensemble? Et, de manière complémentaire: quelle est la véritable finalité de nos activités?

La question du sens est en effet primordiale. C'est elle qui permettra les évolutions. C'est elle qui permettra aux changements de s'opérer. C'est d'abord l'idée du mouvement vers quelque chose de souhaité ou de recherché. Il ne peut y avoir de sens sans projet qui ait une valeur pour les équipes, dans lequel elles se reconnaissent et littéralement « *se projettent* », s'intègrent, se positionnent. C'est aussi l'idée d'une construction qui ne peut être que collective, d'un sens commun dans lequel chacun peut trouver sa place parce que chacun y a placé sa contribution.

Il ne faut pas forcément chercher ailleurs les ressorts de la motivation, qui en cela, sont davantage une conséquence qu'une cause. La motivation est presque toujours une décision individuelle prise sur la base de la perception que l'on a de son environnement de travail, et particulièrement des modes de management qui y sont pratiqués. En management comme dans de nombreuses situations de la vie sociale, pour paraphraser J.W. GOETHE, « *le but, c'est souvent le chemin* ».

Construit ensemble, avec toutes les composantes professionnelles relevant de la direction des soins, mais aussi avec tous les professionnels qui, d'une façon ou d'une autre, sont en interface avec les mêmes buts et pour la même finalité, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut permettre alors la valorisation des contributions de chacun et alimenter la dynamique motivation-implication-satisfaction, véritable dynamique opérationnelle de progrès.

3.3 Evaluer la politique de soins par le projet de soins

3.3.1 Evaluation et qualité de soins

L'aspect financier et technique de la gestion de l'hôpital est important, car il vient en soutien des activités médicales, mais il ne peut être le seul élément de mobilisation des acteurs. La recherche de la qualité doit être le moteur de tous les hospitaliers, mais les soignants, médecins et paramédicaux, en ont une responsabilité prépondérante. La réforme hospitalière de 1970⁵⁰ était étroitement liée à l'humanisation des hôpitaux. Elle visait la continuité des soins plus que la qualité. En 1974, les contraintes financières ont imposé des mesures d'efficacité des soins. En 1978, le programme du VIIème plan était complété par le développement de la notion de qualité des soins. Depuis les ordonnances du 24 avril 1996⁵¹, les hôpitaux doivent satisfaire aux procédures d'évaluation et d'accréditation de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui remplace l'Agence nationale d'accréditation des établissements de santé (ANAES). Dans cette approche de l'évaluation et de la qualité des soins, l'accréditation est un facteur réellement dynamisant

⁵⁰ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

⁵¹ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, op. cit.

car elle pointe la qualité optimale des soins comme finalité d'un établissement de santé, et donne du même coup une « *forme de leadership aux métiers soignants, médecins et paramédicaux*⁵² ».

Ainsi, pour obtenir une homogénéité des pratiques professionnelles d'un établissement, car tout malade a droit à la même qualité, il faut :

- associer, impliquer et motiver tout l'encadrement pour obtenir des réalisations par les équipes sur le terrain,
- démultiplier l'information à partir de toutes les strates hiérarchiques en soins (cadre, cadre supérieur et Directeur de soins),
- développer et diffuser les bonnes pratiques,
- vérifier la cohérence des projets de services, de secteurs et maintenant des pôles avec la politique soignante et institutionnelle,
- instaurer un dialogue et une collaboration avec l'ensemble des acteurs de santé et en particulier avec le collège médical,
- mettre en place une évaluation sur l'implication, les actions et les pratiques des équipes et de leur encadrement⁵³.

Une direction des soins qui se veut une direction fonctionnelle « à valeur ajoutée » favorise le travail et la collaboration avec tous les partenaires autour du malade, dans le cadre de la politique institutionnelle et soignante, et permet le lien du terrain jusqu'au Coordonnateur général des soins. Cette recherche de l'homogénéité des pratiques en vue d'une qualité des soins amène de la cohésion au sein de l'hôpital et permet de préserver « *l'établissement* » comme une entité nécessaire dans le contexte de la mise en place des pôles d'activité clinique ou médico-technique. Sur la base d'un document construit comme un outil d'évaluation « *critérié* », le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est capable d'enclencher une dynamique de cohérence, en partant de valeurs (être humain, famille, environnement, santé...), affichant des axes (buts à atteindre), annonçant des objectifs déterminés (pour l'établissement, par pôle, par service...), et précisant les moyens et ressources autant que les indicateurs de résultats. Mais donner des objectifs précis ne suffit pas, et la recherche de critères pertinents et opérationnels doit être faite à tous les niveaux hiérarchiques. Pour donner du sens au travail, le management doit porter ses efforts sur l'écriture et l'évaluation des activités de soins, car au delà du projet, il est nécessaire d'accompagner la mise en œuvre et les réalisations en valorisant ce qui est fait.

⁵² MONTAGNON M., op. cit. pp II-VI

⁵³ Ibidem

Si le projet de soins doit être élaboré comme un document autant politique que pratique, il peut aussi être porteur d'une dimension éthique. L'éthique est une attitude à cultiver, une sorte d' « *éthos* », d'habitude, de méthode au service de la pratique managériale. L'éthique, action de construction, devient une composante à part entière dans le management à l'hôpital. L'éthique s'intègre au management par la qualité dans une culture fondée sur la collégialité des compétences, pour la qualité des soins et les droits des usagers⁵⁴. L'association des concepts éthique/management enrichit la qualité recherchée par les professionnels du soin et les usagers de l'hôpital. Le management par la qualité est de la responsabilité de l'équipe de direction et doit être conduit au plus haut niveau. La qualité des soins exige de la part du personnel de l'hôpital une éthique individuelle, qui grâce aux compétences de chacun, concourt à la création d'une éthique collective. Ainsi, dans un contexte hospitalier souvent tendu et difficile, il est important de maintenir des relations éthiques et d'en faire un axe clé du management du personnel afin de garantir un peu plus encore la qualité des soins.

3.3.2 Evaluation et politique de soins

La politique soignante, valorisée dans le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ne peut se résumer à un document écrit, élaboré et connu du seul encadrement ou de quelques initiés. Le projet de soins, véritable outil de diffusion, doit être élaboré avec le plus grand nombre. Des actions de prise en charge du malade et de ses proches doivent être communes avec d'autres acteurs de santé. Le Chef d'établissement a besoin d'un Directeur des soins coordonnateur, crédible, capable d'encadrer les activités de soins, de les évaluer et de travailler en collaboration avec tous, et en particulier avec la communauté médicale. La philosophie du « *prendre soin* » qui met en avant des valeurs centrées sur l'ensemble des besoins du patient et de sa famille, peut être source d'inspiration pour penser en même temps le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, vers un projet de prise en charge.

L'élaboration conjointe, en co-construction de projet, est à cet endroit une opportunité relationnelle et managériale qui permet de lutter contre le classique « *je ne sais pas, je ne veux pas, je ne peux pas, ou l'environnement ne me permet pas* ». Dans cette dynamique collective, il peut être intéressant de s'appuyer sur la psychologie positive, en associant plusieurs approches complémentaires : efficacité personnelle, optimisme et résilience⁵⁵.

⁵⁴ BOUCHAUT-ROLNIN M.E., op.cit.

⁵⁵ LECOMTE J., Croire à son efficacité augmente ses chances de réussite, *Actualités de la formation permanente*, Centre INFFO, n°189, mars avril 2004, pp 73-79

Les croyances des individus en leur efficacité influent sur pratiquement tout ce qu'ils font : comme ils pensent, se motivent, ressentent et se comportent. Les croyances d'efficacité régulent le fonctionnement humain au travers de quatre principaux processus : cognitifs, motivationnels, émotionnels et de sélection. Les croyances d'« *efficacité personnelle* » constituent un facteur clé de l'action humaine. Si une personne estime ne pas pouvoir produire des résultats, elle n'essaiera pas de les provoquer. Le sentiment d'efficacité personnelle d'un individu ne concerne pas le nombre d'aptitudes qu'il possède, mais ce qu'il croit pouvoir en faire dans des situations variées, quelles que soient ses aptitudes.

Les optimistes et les pessimistes ont des perceptions opposées face aux bons et aux mauvais événements de leur existence. Face aux difficultés, l'optimiste pense qu'elles sont temporaires (non permanence), qu'elles ne concernent qu'un domaine précis de l'existence (non généralisation), et qu'il n'en est pas responsable (non personnalisation). A contrario, le pessimiste pense que ces difficultés dureront longtemps, voire toujours (permanence), qu'elles concernent de multiples aspects de son existence (généralisation) et qu'il est le seul ou le principal responsable (personnalisation). Cette différence de perception entre optimiste et pessimiste à propos des difficultés est parfaitement reproductible face à des événements positifs.

La résilience constitue aussi un aspect important de la psychologie positive. Elle désigne le fait de « *rebondir* » après avoir subi un traumatisme. Elle comporte deux aspects complémentaires : la résistance, et une dynamique de vie, véritable adaptation positive, comme le souligne Boris CYRULNIK quand il écrit « *la résilience, c'est plus que résister, c'est aussi apprendre à vivre*⁵⁶ ».

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, construit en phase avec le projet médical, peut ainsi insuffler une dynamique de progrès en s'appuyant sur des notions de psychologie positive, telles que la motivation et la conviction, favorisant alors la participation et l'implication, voire l'engagement. Point de départ du « *travailler ensemble* », la collaboration permet le consensus pour une finalité conjointe, reconnue et partagée. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques doit aussi, par une méthodologie ajustable et non figée dans le temps, permettre de s'assurer que la politique de soins comme le projet restent pertinents dans la durée. La formalisation doit permettre de mettre spontanément en perspective le projet et son évaluation, en particulier à travers les rapports annuels d'activité de la direction des soins, véritables évaluations intermédiaires.

⁵⁶ CYRULNIK B., *Un merveilleux malheur*, éditions Odile Jacob, Paris, 1999, in LECOMTE J., op.cit.

3.4 Manager par le projet

3.4.1 Le PSIRMT, un outil stratégique de management

Le projet d'établissement, en permettant une projection stratégique de l'évolution de l'activité au sein de l'établissement, favorise le rassemblement dans des groupes de projets de personnes de compétences professionnelles multiples, appartenant à des services différents. Ils peuvent donc constituer, dans le cas où la réflexion et la rédaction du projet seraient effectivement décentralisées au sein de l'établissement, un vecteur de réduction des fossés existants entre les façons de penser des différents professionnels. Les hiérarchies professionnelles, où le sentiment d'appartenance à un service plutôt qu'à une équipe ou à un établissement, sont alors aplanies en rassemblant autour de finalités communes des professionnels jusque là trop souvent séparés⁵⁷.

La norme AFNOR⁵⁸ X50-105 propose une définition de la notion de projet comme une « *démarche spécifique qui permet de structurer méthodiquement et progressivement une réalité à venir. Un projet est défini et mis en œuvre pour élaborer une réponse aux besoins d'un utilisateur, d'un client ou d'une clientèle, et implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données* ». La notion de projet permet de rassembler autour d'objectifs communs et pour une durée déterminée des personnes de compétences différentes. Ce concept d'organisation propose des recompositions temporaires des organisations pour atteindre un objectif prédéfini. Ces recompositions questionnent les fonctionnements bureaucratiques et permettent en principe de mieux atteindre les critères d'efficacité et d'efficience. La gestion de projet assure principalement deux fonctions :

- assurer le passage des objectifs stratégiques aux objectifs opérationnels en respectant les caractéristiques de clarté, de spécificité, d'équilibre, de cohérence et d'acceptation,
- assurer le contrôle et le suivi de la réalisation des objectifs par un contrôle des activités et une validation des résultats obtenus.

Comme pour le projet d'établissement, le projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques nécessite de respecter à la fois des indicateurs de pertinence externes et des indicateurs de cohérence internes afin de permettre à l'établissement d'optimiser l'organisation de son activité. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est, en ce sens, un véritable outil stratégique de management pour un

⁵⁷ FRANCHISTEGUY I., *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital, des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Jean Moulin – Lyon 3, 2001, p 65

⁵⁸ Association française de normalisation

management stratégique. Le management stratégique comprend, dans cette acception⁵⁹, l'« *analyse stratégique* », par laquelle le manager détermine la situation stratégique de l'organisation, les « *choix stratégiques* », qui consistent à formuler les actions possibles, à les évaluer et à sélectionner les plus pertinentes et les plus efficaces, et le « *déploiement stratégique* », qui concerne à la fois la planification de la mise en œuvre de la stratégie retenue et la gestion des changements que ce choix impose.

Dans le prisme de l'analyse stratégique, le projet de soins nécessite la prise en compte de l'environnement, des capacités stratégiques, des buts et des responsabilités, au travers du filtre culturel et politique de l'organisation, et doit être capable de se projeter dans le futur. La pertinence dans le temps du projet de soins est envisageable en particulier grâce aux rapports annuels d'activité de la direction des soins, à condition qu'ils soient formalisés comme de véritables évaluations intermédiaires.

3.4.2 Le PSIRMT, un outil politique de management

Sur ces mêmes exigences, le projet de soins doit intégrer le rapport entre l'individuel et le collectif en passant par la construction collective. Il n'y a en effet d'actions collectives que dans la mesure où les individus se sentent soit intégrés dans un ensemble, soit porteurs de valeurs communes, plus ou moins reconnues dans le groupe humain plus large où ils vivent⁶⁰. Associer l'encadrement des personnels les plus nombreux à l'hôpital à la démarche décisionnelle, c'est se donner les moyens d'explicitier sa politique et les directives qui en découlent. C'est aussi utiliser les bases d'un management participatif pour maintenir un climat social serein.

Si le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est un outil managérial politique, au sens étymologique qui signifie « *sage et adroit dans le gouvernement des hommes*⁶¹ », l'élaboration de celui-ci doit être prospective pour préparer un projet « *dynamique* » d'amélioration. Il s'agit alors de pouvoir :

- pro-jeter pour mettre en mouvement et créer une dynamique,
- pré-voir pour anticiper l'avenir,
- être pré-actif pour préparer aux changements,
- être pro-actif pour agir quand il faut provoquer un changement souhaité,
- être ré-actif pour évaluer et réajuster.

⁵⁹ JOHNSON G., SCHOLLES K., direction édition française FRERY F., op. cit. pp 34-37

⁶⁰ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, éditions du Seuil, Paris, 1995, p 195.

⁶¹ DAUZAT A., DUBOIS J., MITTERAND H., *Dictionnaire étymologique et historique*, éditions Larousse, Paris, 1988, p 582

Il faut saisir chaque opportunité pour un management dynamique et de progrès, et l'élaboration du projet de soins en est une : une opportunité d'intégrer, une opportunité d'acculturer, une opportunité de diversifier pour manager « mieux », manager « au mieux ». Le rapport d'étonnement permet, par exemple, de favoriser l'intégration des nouveaux par un outil créatif, en renvoyant une évaluation tant pragmatique que ressentie sur l'organisation.

Le rapport d'étonnement⁶² est une démarche participative qui vise à intégrer le nouveau collaborateur dans son nouvel environnement de travail en suscitant sa curiosité, en favorisant sa créativité et en pratiquant l'écoute active. Il vise à aiguïser la curiosité et la capacité d'étonnement de la nouvelle recrue. Il s'agit aussi de profiter de son regard neuf pour découvrir des idées d'amélioration ou d'innovation profitables pour l'organisation. Un nouvel emploi, comme une ville qu'on découvre, est une source d'étonnement et une occasion de questionnement. Dès sa première journée, le nouveau collaborateur est informé qu'un rapport d'étonnement est attendu de sa part, un dossier pratique lui expliquant la démarche. Un carnet d'étonnement permet de « photographier » les premières impressions et les bonnes idées, de noter les bonnes et parfois surprenantes questions. Le nouveau collaborateur remet son rapport d'étonnement à son supérieur direct, rapport qu'il présente idéalement à l'oral à une échéance proche et prédéterminée. La présentation, conçue comme une réunion d'écoute et de découverte, vise à valoriser cordialement la créativité du nouveau collègue et non de la juger. Grâce à ce rapport, le nouveau collaborateur se sent valorisé au travers de sa créativité, de ses questions et de ses suggestions. Un lien positif est potentiellement créé entre l'intégrant et ses supérieurs, lien centré sur l'écoute, le questionnement et la créativité. L'institution affiche clairement l'importance de la créativité de tous, même celle de ses plus récents collaborateurs, en alimentant l'institution d'un flux permanent d'idées nouvelles et fraîches. L'institution montre qu'elle peut être une organisation apprenante, signe de dynamisme et de recherche d'efficacité par un processus continu d'amélioration de la qualité.

3.4.3 Le PSIRMT, un outil technique de management

Le projet fait partie intégrante de la vie hospitalière. L'encadrement de santé, garant de la qualité, de la continuité et de la sécurité des soins peut y trouver un excellent outil managérial. En effet, le projet fédère, stimule et dynamise les équipes. En ce sens, le projet prend une place déterminante pour l'encadrement, et devient ainsi un axe stratégique dans le changement et l'implication des professionnels autour d'une démarche de changement. Outil indispensable pour les professionnels, outil de management pour

⁶² RAISON M., Le rapport d'étonnement, un outil créatif pour intégrer les nouveaux, *Soins cadres*, n°51, août 2004, p 72

l'encadrement, le projet s'avère être indissociable de l'idée de changement⁶³. Le management par projet permet de développer chez les acteurs concernés un effort de prospective et une recherche de cohérence, tout en laissant une marge de manœuvre et d'initiative au groupe projet. Face à un système de santé en profonde mutation, manager le changement va devenir une fonction essentielle. Cela exige le respect tant d'une méthodologie définie que du sens à donner au changement.

3.4.4 Le PSIRMT, un projet à manager

A) Le management par projet

Si « *le management par projet* » est un véritable facteur de changement dans l'organisation, il doit être abordé avec une compréhension, une démarche, une méthodologie et des outils appropriés pour réussir sa maturité dans l'institution⁶⁴.

Les changements dans l'environnement socio-économique sont importants : généralisation des phénomènes, individus mieux formés et mieux informés, prédominance de la communication, hyper développement des réseaux... Ces changements induisent au moins trois effets majeurs, à savoir de la complexité, de l'incertitude, et des turbulences. Cela invite, ou le plus souvent impose, la nécessité de passer d'une organisation pyramidale à une organisation poly cellulaire. Conduire le changement, c'est initier, préparer, provoquer, s'adapter, accompagner et évaluer. Cela nécessite d'analyser la situation de départ, d'adopter une vision stratégique, de prendre appui sur les facteurs de changement, d'accepter la complexité, l'incertitude ou le risque, avant de programmer le changement⁶⁵. Le projet de soins peut être un formidable support managérial et de communication pour la « *politique* » de soins, expression à la fois d'un dessein, d'une volonté, d'une identité et de convictions qui reposent sur des valeurs et qui comprend des éléments de stratégie générale ou opérationnelle. La politique est surtout question de volonté là où la stratégie relève de la pensée. De la même façon, le projet sera l'expression d'une ambition, d'un besoin, d'une nécessité, d'une situation future vivement souhaitée. Satisfaire cette nécessité n'est cependant pas suffisant. Le projet doit également répondre aux souhaits de mobiliser les énergies, dans le but de créer et développer motivation et implication des équipes pluridisciplinaires, sous une forme relativement autonome, et qui correspond aux différents métiers concernés par le projet⁶⁶.

⁶³ KIPMAN L., Le projet : un véritable outil managérial, préambule *in* Les cahiers du management, *Objectif soins*, n°130, novembre 2004, p 1

⁶⁴ RAYNAL S., *Le management par projet*, éditions Les éditions d'organisation, Paris, 1996, p XIX

⁶⁵ Ibidem p 17

⁶⁶ Ibidem p 55

Le projet contribue à la concrétisation d'un choix stratégique. Il permet de développer la communication interne, une synergie par une meilleure utilisation des compétences internes, et un esprit d'équipe par la co-responsabilité d'un groupe tant vis-à-vis d'un objectif commun que de la nécessité de travailler ensemble. Le projet permet l'intégration des changements par la nécessité de dépasser les situations de blocage. Mais il y a bien des conditions de réussite à un projet : la volonté de réussir, la clarté du dessein, le pilotage du projet, la prise en compte du potentiel et des compétences humaines de l'établissement, une organisation mise en place acceptée et reconnue, le tout accompagné par un véritable plan de communication. La spécialisation et la coordination sont deux points clés de l'organisation qui doivent être pris en compte par la méthodologie du management par projet.

Cependant, il ne faut pas confondre l'auteur du projet, le manager du projet et les acteurs du projet (voir annexe II). Le Coordonnateur général des soins a réglementairement la responsabilité dans l'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques⁶⁷. Quelle que soit la taille de l'établissement dans lequel il est en poste, le Coordonnateur général des soins en est l'auteur dans l'expression de la volonté, des enjeux, des orientations, du sens et de la promotion. Néanmoins, son implication personnelle peut varier selon la taille de l'établissement. Dans les établissements de santé de taille modeste ou intermédiaire, il peut en être à la fois l'auteur et aussi en être le manager, le « *chef de projet* », naturellement désigné pour conduire le « *groupe projet* ». Dans les établissements de plus grande taille et selon qu'il est entouré d'un ou plusieurs Directeurs des soins, le Coordonnateur général des soins, auteur du projet, peut en être le manager, ou peut déléguer ce rôle de « *chef de projet PSIRMT* » à un collaborateur de proximité, Directeur des soins, cadre supérieur de santé ou cadre de santé en mission transversale.

B) Le chef de projet

La dynamique du management par projet distingue bien l'auteur du projet et le chef de projet. Le profil du chef de projet requiert plusieurs exigences spécifiques à la mission confiée :

- être méthodologue : il conçoit la méthode, pilote, anticipe, et est stratège,
- être animateur : pédagogue, il anime, coordonne, et communique,
- connaître le sujet : sans être expert en tout, il a une réelle et bonne connaissance du sujet et du langage qui s'y rapporte,
- être reconnu : par rapport au sujet, par rapport à sa mission de chef de projet,

⁶⁷ Décret du 19 avril 2002, op. cit.

- être disponible : pour consacrer le temps nécessaire au pilotage du projet, pour se rendre disponible autant que nécessaire pour aider, faire progresser et communiquer,
- avoir la volonté d'aboutir : s'étant approprié l'objectif, il veut le faire partager au groupe, il veut que le projet réussisse, et pour cela il est prêt à prendre des risques.

Au management classique, s'appuyant sur les fonctions de prise de décision, de réalisation, de coordination, de gestion/administration, le management par projet ajoute la fonction de mobilisation, de facilitation et de conduite de projet. Le Directeur des soins, stratège pilote et manager, conduit avec différents outils de base le groupe projet : entretiens de face-à-face, réunions et méthodes de travail en groupe, procédures et outils d'organisation, de planification et de suivi.

C) Le « groupe projet PSIRMT »

Un groupe est un ensemble de personnes qui se réunissent pour accomplir une tâche en commun en vue d'atteindre un objectif défini. Il est nécessaire de créer une dynamique autour du projet et d'associer les différentes parties prenantes concernées par la réflexion en un « *groupe projet* ». C'est donc un groupe a priori « *artificiel* » par opposition aux groupes « *naturels* ». Issus de ces différentes composantes, les participants appartiennent à plusieurs lignes hiérarchiques, mais sans rapport hiérarchique entre eux à l'intérieur du groupe. Dans un cadre contraint garantissant la représentativité, le « *groupe projet PSIRMT* » est idéalement constitué sur la base du volontariat. Le plus souvent, les groupes projet sont des groupes provisoires et temporaires autour d'une mission ou d'un objectif à périmètre défini⁶⁸. Cependant, le groupe projet élaborant le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut être développé selon un processus davantage systémique, de façon à pouvoir accompagner la réflexion, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de son contenu. Plutôt que de résoudre un ou plusieurs problèmes précis, l'objectif du groupe projet PSIRMT est alors intégré dans des objectifs plus larges d'évolution et/ou de mobilisation.

Pour qu'un groupe projet fonctionne bien, plusieurs ingrédients sont nécessaires : la solidarité, l'appartenance de chacun au groupe projet, l'intégration de tous les participants, la liberté pour chacun d'agir de façon équivalente aux autres, le respect de la personnalité de chacun et l'acceptation des différences, l'écoute et la disponibilité aux autres, une attitude de soutien, d'aide, d'enrichissement aux idées émises (par opposition à la critique), l'adhésion de tous par un consensus dans les prises de décision.

⁶⁸ RAYNAL S., op. cit. p 200-201

La cohésion du groupe projet, du fait de sa diversification et ses disparités, ne se fera qu'après un certain temps. En effet, l'expérimentation et le dépassement de certaines situations critiques permettra au groupe de dépasser ses craintes. Pour que le groupe projet PSIRMT soit efficace et qu'il parvienne à proposer une réflexion satisfaisante, trois règles de fonctionnement au moins sont essentielles : la volonté d'aboutir à un objectif commun et à un résultat commun, l'attitude participative de tous ses membres, et l'utilisation d'une méthode appropriée. Le respect de ces trois règles déterminera et conditionnera l'efficacité du groupe, règles qui relèvent en grande partie de la responsabilité du chef de projet qui anime le groupe. Celui-ci accompagnera les différentes phases de maturation du groupe et des relations entre les protagonistes qui le composent : la découverte, le positionnement et la confrontation, l'appropriation et l'acceptation, la confiance et l'action⁶⁹ (voir annexe III).

Pour être efficace, la méthodologie dans l'organisation du groupe projet PSIRMT requiert, elle aussi, plusieurs exigences :

- constituer le groupe de manière rapide et sur un enjeu important,
- réduire au mieux le nombre de participants,
- fonder la participation sur la motivation, condition de succès,
- préciser clairement la durée de vie du groupe, à long terme à fortiori si celui-ci s'inscrit dans une démarche systémique,
- centrer l'état d'esprit sur l'action rapide et l'efficacité au sein du groupe,
- définir clairement les règles du jeu : objectifs, modalités de fonctionnement, rôle précis du groupe...
- donner peu ou prou une autonomie relative mais bien réelle pour le groupe dans le cadre des règles de fonctionnement définies,
- favoriser la qualité du travail de groupe et de la méthodologie retenue,
- recourir ponctuellement à des experts, des spécialistes, ou à toute source utile d'information,
- avoir un soutien actif de la direction et de la hiérarchie.

Fort des ces nombreuses exigences d'efficacité et des ingrédients nécessaires pour une réflexion de qualité, le Directeur des soins, Coordonnateur général, peut mettre en chantier la constitution du groupe projet PSIRMT, à moins qu'un collectif déjà existant ne réponde déjà à cette somme d'exigences, bénéficiant ainsi de conditions favorables qui prédisposent à une réflexion de qualité.

⁶⁹ Ibidem p 206-208

En y regardant de plus près, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques⁷⁰ offre ce type de configuration, en particulier depuis son mode de constitution par élection de professionnels représentants : groupe de cadres issus des filières infirmière, de rééducation et médico-technique, groupe de personnels issus des filières infirmière, de rééducation et médico-technique, et groupe des aides-soignant(e)s et auxiliaires de puériculture. Y sont associés des membres avec voix consultative, à savoir les Directeurs des instituts de formation rattachés à l'établissement, un représentant de la Commission médicale d'établissement, un(e) élève aide-soignant(e) désigné(e) par le Directeur de l'institut de formation des aides-soignants après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique, un(e) étudiant(e) infirmier(ère) de 3^{ème} année désigné(e) par le Directeur de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique. Pour compléter la diversité autant que nécessaire, le Président peut à son initiative y inviter des personnes qualifiées et des membres appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, pour être associés aux travaux de la commission.

Présidée par le Coordonnateur général des soins, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée sur « *l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, la recherche en soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins, l'élaboration d'une politique de formation, l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement*⁷¹ ».

Voilà un collectif constitué d'individus à priori motivés car issus du volontariat, prêts à s'impliquer car élus pour représenter directement ou indirectement la quasi-totalité des familles d'acteurs de santé hospitaliers. Ce collectif, présidé par le Coordonnateur général des soins, auteur du projet de soins dans l'expression de la volonté, des enjeux, des orientations, du sens et de la promotion, est consulté sur l'organisation générale des soins, la dynamique de recherche, de formation, d'évaluation et de qualité, ainsi que sur le projet d'établissement. Voilà un nombre important de facteurs favorables, structurels et conjoncturels, qui représentent une réelle opportunité managériale pour le Coordonnateur général des soins dans l'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

⁷⁰ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005, op. cit.

⁷¹ Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005, op. cit.

Que le Directeur des soins soit en poste comme dans le cas particulier d'une prise de poste, selon que le projet de soins soit en cours, arrivé à terme, voire absent, cette opportunité structurelle comme conjoncturelle lui permet de s'approprier la dynamique du projet de soins, de le faire évoluer ou de l'élaborer favorablement. Par vertu réflexive, l'élaboration elle-même du projet de soins faciliterait le positionnement relationnel avec les principaux interlocuteurs du Directeur des soins. Cela étant dit, en situation « *ordinaire* » d'un Directeur des soins en poste comme en situation « *extra-ordinaire* » d'un Directeur des soins à sa prise de poste, à circonstances différentes, les questionnements ne sont finalement pas différents. Plus que les questions, les enjeux surtout sont les mêmes pour le Directeur de soins : cette démarche d'élaboration du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, forte de sa transversalité, peut en faire le fondement de relations durables avec l'ensemble des acteurs hospitaliers, médicaux et non-médicaux, contribuant ainsi à clarifier le rôle du Directeur des soins et de la direction des soins vis à vis de l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Conclusion

Le questionnement autour de l'élaboration du projet de soins est fondamental dans son approche sociologique. En effet, dans le raisonnement strictement managérial, le chef d'établissement, en collaboration étroite avec le Président de la Commission médicale d'établissement, et après réflexion le plus souvent du conseil exécutif, est un décideur clé pour décider et organiser pour et au nom de l'établissement. Cependant dans le raisonnement compréhensif et sociologique, le Directeur des soins, par son positionnement et sa connaissance accrue de l'organisation des soins et du travail sur le terrain, représente avec l'ensemble de la filière de soins une réelle plus value pour décoder au mieux les différents jeux relationnels des acteurs dans une organisation complexe comme l'hôpital.

Or, dans l'hôpital d'aujourd'hui et plus encore celui de demain, les changements sont nombreux à accompagner et à mener. Les décideurs sont les premiers managers du système. Plus leur management sera participatif, ouvert et moderne, plus ils optimiseront la cohérence du système. Le Directeur des soins, Coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, est un acteur primordial de cette cohérence car il se situe à l'interface de l'ensemble des logiques hospitalières. Mobilisant toutes les opportunités précédemment évoquées, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut, dès son élaboration, être un réel facilitateur relationnel et managérial pour le Directeur des soins, en particulier et d'autant plus dans une situation de prise de poste.

Les évolutions de l'organisation, des institutions, et des pratiques de soins vont modifier considérablement la fonction managériale à l'hôpital. Les lieux de décision, et d'organisation vont devoir à la fois se rapprocher des patients et des personnels mais aussi tenir compte d'un environnement mouvant. La qualité de la réponse aux multiples évolutions présentes et futures semble de plus en plus dépendante de la capacité des managers, en particulier au niveau des équipes de direction, à mettre en place les interfaces, les « *process* », les organisations, mais aussi et surtout dans la capacité à piloter et à donner du sens au changement⁷².

⁷² DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière, Facteurs d'évolution, enjeux et impacts sur les ressources humaines*, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, p 34

Construire ensemble, passer de l'individuel au collectif, afin que chacun se sente impliqué dans cette démarche et pour qu'ensemble nous proposons des solutions, face à la complexité des situations rencontrées. Ce sens donné ou redonné est garant de davantage de qualité, de sécurité, d'ouverture, et de créativité dans une posture éthique pour un domaine en perpétuelle évolution. Par cette démarche, les professionnels de santé se mettent en position de pouvoir proposer des prestations modernes, issues d'un consensus collectif attentif tant aux avancées scientifiques techniques qu'en regard des sciences humaines.

Le projet des patients, démarche vivante et évolutive, né de la volonté des professionnels, participent à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la reconnaissance des soignants. Les patients et les familles deviennent ainsi indirectement des co-auteurs du projet de soins et participent à sa réalisation. Le projet permet ainsi de maintenir la motivation des professionnels pour qu'ils trouvent, chaque jour, dans chaque geste, au sein de chaque parole, le sens de leur travail, et peuvent ainsi co-produire cet état de mieux-être recherché. Être heureux de travailler ensemble et se sentir à sa place, reconnu et concerné par l'activité et l'avenir de son institution, c'est aussi se sentir maillé aux autres, c'est être en projet.

Le projet de soins n'est pas une fin en soi mais plutôt un moyen. Puissant facteur de structuration, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques s'articule alors autour de cinq axes majeurs⁷³ :

- la définition de la politique de soins, pour que chaque patient reçoive une réponse adaptée à chacun de ses besoins,
- la définition des objectifs pour mettre en place cette politique de soins, en construisant le projet autour de valeurs annoncées et partagées, en veillant à clarifier les contributions des différents métiers pour que chacun exerce sa fonction dans toutes les dimensions prévues par les textes et en tenant compte de la réalité de l'établissement,
- une stratégie et des moyens pour permettre d'atteindre chaque objectif,
- une politique d'accompagnement qui s'appuie sur la communication, la concertation, et la formation, afin de favoriser l'engagement des acteurs et en particulier des cadres, de valider les productions des équipes soignantes, et de fixer les règles de fonctionnement qui respectent les valeurs annoncées,
- une démarche résolument prospective, pour un projet qui devra nécessairement être ajusté en fonction de son évaluation et de la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

⁷³ GUILLOU F., op. cit. pp 66-67

Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut être en cela un acte politique fort dans le management du Directeur des soins : acte mobilisateur et fédérateur pour de nombreux acteurs autour d'une finalité désirable, une qualité du service défini au préalable, qui tient compte de la réalité institutionnelle, fonctionnelle, relationnelle et technique d'une part, et intègre les règles et les valeurs professionnelles d'autre part. Dans une dynamique de management par projet, le projet de soins, dans son élaboration d'abord, puis par la politique de soins qui doit le faire vivre ensuite, représente ainsi pour le Directeur des soins une réelle et forte opportunité dans l'agencement d'une politique managériale de qualité par un positionnement socio-relationnel évident, dynamique nécessaire aux établissements publics de santé en devenir.

Bibliographie

OUVRAGES

- ALTER N., *L'innovation ordinaire*, éditions PUF, Paris, 2005, 284p
- BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, éditions du Seuil, Paris, 1995, 382p
- BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, éditions Nathan Université, collection 128, Paris, 1992, 125p
- CHEVAILLIER G., *Guide documentaire santé-social*, éditions ENSP, Rennes, 2001, 131p
- COLLIERE M.F., *Promouvoir la vie*, édition Masson, Paris, nouvelle édition 1996, 392p
- CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, édition du Seuil, Paris, réédition 2000, 512p
- CROZIER M., SERIEYX H., *Du management panique à l'entreprise du XXIe siècle*, éditions Gallimard, Paris, 1994, 142p
- CYRULNIK B., *Un merveilleux malheur*, éditions Odile Jacob, Paris, 1999, 238p
- DAUZAT A., DUBOIS J., MITTERAND H., *Dictionnaire étymologique et historique*, éditions Larousse, Paris, 1988, 805p
- DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Editions ENSP, Rennes, novembre 2004, 440p
- Dictionnaire Le petit Larousse illustré, édition Larousse, Paris, 2000, 1786p
- HART J., LUCAS S., *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*, éditions Lamarre, Paris, 2007, 180p
- HART J., MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*, éditions Lamarre, Paris, 1994, 189p
- HATCH M.J., *Théorie des organisations, de l'intérêt de perspectives multiples*, éditions De Boeck Université, Paris, 2000, 424p
- JACQUARD A., PLANES H., *Petite philosophie à l'usage des non-philosophes*, éditions Poche, Paris, 1999, 250p
- JOHNSON G., SCHOLEK K., direction de l'édition française FRERY F., *Stratégie*, éditions Publi-Union, Paris, 2000, 606p
- MORDELET P., *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, éditions ENSP, Rennes, 2006, 368p
- MORIN E., *Introduction à la pensée complexe*, éditions du Seuil, collection Points Essais, Paris, 2005, 158p

RAYNAL S., *Le management par projet*, éditions Les éditions d'organisation, Paris, 1996, 263p

REYNAUD J.D., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, éditions Armand Colin, Paris, 3^e édition, 1997, 348p

ROCHER G., *Introduction à la sociologie générale, tome 3: le changement social*, éditions du Seuil, Paris, 1970, 336p

PERIODIQUES

BONNICI B., DEBROSSE D., Nouvelle gouvernance, état des lieux et perspectives, *Revue hospitalière de France*, mai juin 2007, n°516, pp 52-57

BOUCHAUT-ROLNIN M.E., L'éthique du management, une des clés de réussite pour la qualité des soins à l'hôpital, *Gestions hospitalières*, n°463, février 2007, pp 103-110

CATEAU C., A propos des compétences collectives, *Soins cadres*, n°41, février 2002, p 36-37

COUDRAY M.A., BARTHES R., Le management hospitalier à la croisée des chemins, *Gestions hospitalières*, janvier 2006, pp 18-23

DELPLANQUE R., Transformations culturelles et régulation sociale à l'hôpital, *Gestions hospitalières*, n°455, avril 2006, pp 275-281

DUBOYS FRESNEY C., Projet médical, projet de soin... vers le projet des patients, *Gestions hospitalières*, n°438, août septembre 2004, p 531

FAURE A., Nouvelle gouvernance, inquiétudes et espoirs des futurs acteurs, *Gestions hospitalières*, janvier 2006, pp 29-32

KIPMAN L., Le projet : un véritable outil managérial, préambule *in* Les cahiers du management, *Objectif soins*, n°130, novembre 2004, p I

LECOMTE J., Croire à son efficacité augmente ses chances de réussite, *Actualités de la formation permanente*, Centre INFFO, n°189, mars avril 2004, pp 73-79

MERCEY R., Directeur des soins, coordonnateur : entre utopie et réalité, *Soins cadres*, n°51, août 2004, pp 52-54

MONTAGNON M., Pour une légitimité d'une direction des soins, *Objectif soins*, n°140, novembre 2005, pp V-VI

RAISON M., Le rapport d'étonnement, un outil créatif pour intégrer les nouveaux, *Soins cadres*, n°51, août 2004, p 72

SONNTAG M., VAUDELIN J.P., La compétence collective, *Gestions hospitalières*, n°455, avril 2006, pp 270-274

MEMOIRES ET THESES

FRANCHISTEGUY I., *Gérer le changement organisationnel à l'hôpital, des diagnostics vers un modèle intégrateur*, Thèse de doctorat en Sciences de gestion, Université Jean Moulin – Lyon 3, 2001

GUILLOU F., *L'accueil à l'hôpital public des personnes en situation d'exclusion sociale : la contribution du service infirmier*, Mémoire de fin d'études, formation d'infirmier général, ENSP, Rennes, 1995

CONFERENCES

DEBOUT C., *Pensons ensemble le soin de demain : une philosophie de soin « le prendre soin »*, conférences des savoirs, hôpital Armand Trousseau AP-HP, avril 2002

LUCAS S., *Les trois dimensions du management*, conférence-formation, formation de Directeur de soins, ENSP, Rennes, 2007

ETUDES ET RAPPORTS

DHOS, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, *Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière, Facteurs d'évolution, enjeux et impacts sur les ressources humaines*, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006, 59p

Rapport COUANAU, *rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée nationale, n°714, 19 mars 2003

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et créant un service de soins infirmiers dirigé par l'infirmier général et une commission du service de soins infirmiers

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

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

Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux des établissements d'hospitalisation publics

Décret n°89-758 du 18 octobre 1989 relatif au statut particulier des infirmiers généraux de la Fonction Publique Hospitalière

Décret n°92-272 du 26 mars 1992 officialisant la fonction de direction du service de soins infirmiers de l'infirmier général et précisant les modalités de fonctionnement de la commission du service de soins infirmiers

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 créant un corps de directeurs des soins issus de trois filières, ainsi qu'une fonction de coordonnateur général des soins

Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé

Liste des annexes

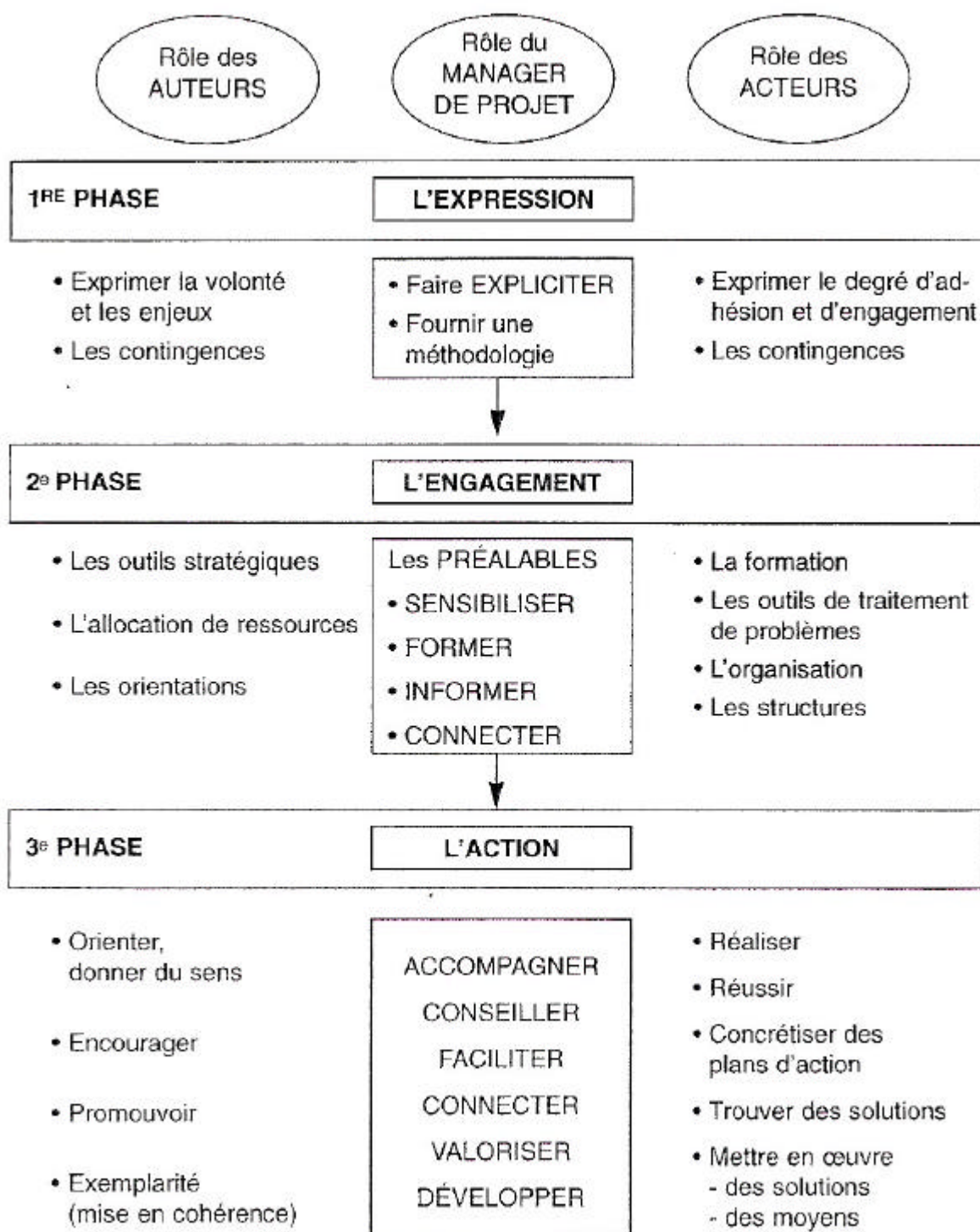
- Annexe I Guide d'entretien semi-directif utilisé
- Annexe II Management du processus projet, selon S. RAYNAL
- Annexe III Processus de maturation d'un groupe jusqu'à sa cohésion, selon S. RAYNAL

THEME DU MEMOIRE : L'élaboration du projet de soins, une opportunité managériale pour le Directeur des soins						
OBJET DE L'ENTRETIEN : Rappel du cadre de l'entretien, phrase d'accroche générale adaptée à l'interviewé						
HYPOTHESE 1		ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	DOC INT	LITTERATURE
« PS élément fondateur de relations durables avec tous les acteurs de santé »	Articulation PS/PM/PE interviewé / PS					
	Interactions/pôles					
	Articulation PE/PM/PS et démarche Qé					
HYPOTHESE 2		ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	DOC INT	LITTERATURE
« contribue à clarifier le rôle du Directeur des soins et de la direction des soins »	Participation des acteurs / PE ou PM ou PS					
	PS et évaluation					
	Rapport entre PS et politique de soins					
HYPOTHESE 3		ENTRETIEN 1	ENTRETIEN 2	ENTRETIEN 3	DOC INT	LITTERATURE
« Le PS permet positionnement / équipe de direction »	Présentation institutionnelle PS/PM/PE					
	Perceptions					
	Préoccupations globales des acteurs					

ANNEXE II

MANAGEMENT DU PROCESSUS PROJET

Selon Serge RAYNAL



ANNEXE III

PROCESSUS DE MATURATION D'UN GROUPE JUSQU'A SA COHESION

Selon Serge RAYNAL

