



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Filière EDH

Date du Jury : **Décembre 2001**

**FACE AU CHANGEMENT, COMMENT FAIRE
EVOLUER LES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES DES HOSPITALIERS ?**

Les enseignements de la démarche menée au CH d'Hyères en
matière de prévention du risque nosocomial

Chrystèle FIORINI

Sommaire

1 - LES PRATIQUES HOSPITALIÈRES À L'ÉPREUVE DU CHANGEMENT	10
1.1 « L'hôpital en turbulence » (Georges NIZARD).....	11
1.1.1 Nature et caractéristiques du changement en cours dans les hôpitaux.....	12
1.1.1.1 Les manifestations et les sources du changement.....	12
1.1.1.2 Un changement dans la continuité ou une rupture ?.....	17
1.1.2 Le changement, préoccupation majeure pour le directeur d'hôpital	19
1.1.2.1 Le rôle du directeur d'hôpital.....	19
1.1.2.2 Les défis à relever et les moyens mis en œuvre.....	20
1.1.2.3 L'exemple de la gestion et de la prévention des risques	22
1.2 Le changement : Pour quoi ? Comment ? Les apports de la psychologie sociale et de la sociologie des organisations.....	24
1.2.1 Le changement est possible, mais il ne va pas de soi.....	24
1.2.1.1 La double détermination du comportement.....	25
1.2.1.2 Le changement n'est pas naturel.....	27
1.2.2 Le changement ne se décrète pas	30
1.2.2.1 Le changement ne saurait être réussi de manière unilatérale.....	30
1.2.2.2 L'importance de la production collective du changement	33

2 - L'APPROPRIATION DU CHANGEMENT PAR LE PERSONNEL, CONDITION ESSENTIELLE POUR FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	38
2.1 Les enseignements de la démarche menée au Centre Hospitalier d'Hyères en matière de prévention du risque nosocomial	39
2.1.1 Présentation du contexte	40
2.1.1.1 Le Centre Hospitalier d'Hyères face au changement.....	40
2.1.1.2 Le dispositif de prévention du risque nosocomial élaboré au Centre Hospitalier d'Hyères.....	43
2.1.2 L'évaluation du dispositif de prévention du risque nosocomial.....	47
2.1.2.1 La réalisation de l'évaluation.....	47
2.1.2.2 Les résultats.....	50
2.2 Identification de quelques déterminants dans le processus d'appropriation du changement	53
2.2.1 Des facteurs humains	53
2.2.1.1 Les déterminants individuels	53
2.2.1.2 Les déterminants socioprofessionnels	54
2.2.2 Des facteurs environnementaux	56
2.2.2.1 L'organisation et les conditions de travail.....	56
2.2.2.2 Le management du changement.....	58

3 - CONCLUSIONS EN TERMES DE MANAGEMENT HOSPITALIER	64
3.1 Responsabiliser les individus face au changement.....	64
3.1.1 Jouer la mobilisation des hommes	65
3.1.1.1 Permettre la participation, la délégation, la déconcentration.....	65
3.1.1.2 Recourir à l'intéressement et valoriser les réussites	68
3.1.2 Prendre appui sur les cadres de proximité.....	69
3.1.2.1 Expliciter les nouvelles missions attendues des cadres	70
3.1.2.2 Encourager les cadres à développer leurs compétences en matière de management et de changement	71
3.2 Accompagner humainement et structurellement le changement	72
3.2.1 Veiller à un accompagnement humain.....	72
3.2.1.1 Privilégier la formation.....	72
3.2.1.2 Soigner la communication	74
3.2.2 Organiser un accompagnement structurel	76
3.2.2.1 Inscrire le changement dans un projet institutionnel	76
3.2.2.2 Construire un environnement adéquat	77

Liste des sigles utilisés

- ◆ **ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ◆ **ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation
- ◆ **C-CLIN** : Centre interrégional de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
- ◆ **CHG** : Centre Hospitalier Général
- ◆ **CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- ◆ **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- ◆ **CLACT** : Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
- ◆ **CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- ◆ **CME** : Commission Médicale d'Etablissement
- ◆ **CTIN** : Comité Technique National des Infections Nosocomiales
- ◆ **DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
- ◆ **DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
- ◆ **DSV** : Direction des Services Vétérinaires
- ◆ **EOHH** : Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
- ◆ **GBEA** : Guide de Bonne Exécution des Analyses médicales
- ◆ **HACCP** : « Hazard Analysis / Critical Control Point » = analyse des risques / points critiques pour leur maîtrise
- ◆ **OST** : Organisation Scientifique du travail
- ◆ **PAQ** : Plan d'Amélioration de la Qualité

Mes sincères remerciements à l'égard des personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce mémoire, en particulier :

- ◆ M. Jean- Pierre BERNARD, Directeur des Services Economiques et Financiers au Centre Hospitalier d'Hyères et Maître de stage, pour son écoute, sa disponibilité et sa sollicitude permanente
- ◆ Mme PERRAIS, Encadrant Mémoire, pour m'avoir fait bénéficier de son expérience en qualité d'Universitaire
- ◆ M. François Xavier SCHWEYER, Enseignant et chercheur à l'ENSP, pour ses conseils méthodologiques
- ◆ L'équipe de direction du Centre Hospitalier d'Hyères et le directeur, M. Alain BERNARD, pour leur accueil et leur ouverture, qui m'ont permis d'effectuer un stage hospitalier très enrichissant et d'être pleinement associée aux problématiques actuelles de l'hôpital public
- ◆ Les membres du bureau du CLIN du Centre Hospitalier d'Hyères, pour m'avoir permis de mener une évaluation du dispositif de prévention des infections nosocomiales qu'ils ont mis en place
- ◆ Les cadres du Centre Hospitalier d'Hyères, pour avoir soigneusement relayé mon projet auprès des équipes
- ◆ Les praticiens, pour avoir accepté de me consacrer du temps pour les entretiens et l'enquête
- ◆ Le personnel du Centre Hospitalier d'Hyères, pour son accueil et sa précieuse participation à l'évaluation
- ◆ Ma famille et mes proches, pour leur soutien continu durant mes études et ma formation de Directeur d'hôpital

« Toute idée nouvelle commence par être révolutionnaire »

SEMMELWEISS, Autrichien établi à Vienne, qui mit en évidence pour la première fois en 1840 la transmission d'un « principe de mortalité par les mains » (comprendre « infections nosocomiales »).

Il fut renié par le corps médical de l'époque et ne fut réhabilité qu'au début du vingtième siècle.

Pourquoi s'intéresser au changement, alors que ce thème est souvent perçu comme un sujet d'étude relativement abstrait et peu plaisant ?

Tout d'abord, parce que lorsque l'on découvre l'hôpital public pour la première fois, on ne peut qu'être saisi par l'effervescence qui l'anime et par les sollicitations nouvelles qui s'adressent à l'établissement de santé chaque jour -bien plus que dans les autres administrations. De fait, des réorganisations se dessinent progressivement dans tous les hôpitaux, sur le thème de la sécurité, de la qualité, de l'accueil, de la gestion des risques, du service rendu à l'utilisateur, de la coordination des soins, etc.

En second lieu, nous sommes persuadés que, demain, le métier de directeur d'hôpital ne sera plus le même : de plus en plus entouré par des techniciens et des cadres, de plus en plus placé dans un contexte contraignant (contrôle des dépenses, inspections, autorisations...), le directeur est appelé à recentrer sa réflexion sur les problématiques stratégiques, la relation humaine et la conduite du changement.

Au risque d'être parfois quelque peu théorique dans nos développements, **nous avons donc souhaité réfléchir sur le changement qui affecte aujourd'hui l'hôpital dans de nombreux domaines.**

Nous nous sommes plus spécifiquement demandé **comment le directeur peut faire évoluer les pratiques du personnel hospitalier**, alors qu'elles relèvent de l'art professionnel et des habitudes de travail, souvent acquises de longue date.

Pour tenter de répondre à cette interrogation, nous avons fondé notre analyse sur un **champ d'étude précis : la prévention du risque nosocomial**. Cette préoccupation, dont l'essor est relativement récent, nous a en effet semblé être une illustration fort intéressante du changement et de ses incidences sur les pratiques professionnelles.

Notre hypothèse consiste à avancer que **le meilleur gage de succès pour parvenir à l'évolution des pratiques professionnelles est l'appropriation du changement par les personnels concernés : en d'autres termes, il est nécessaire que ces derniers appréhendent le changement comme un progrès, qu'ils se reconnaissent dans les évolutions en cours et qu'ils en soient les acteurs.**

Ce faisant, **nous mettons en doute les modes de direction qui reposent sur un management « du haut vers le bas »**, fait d'injonctions et / ou de production normative ; et nous prônons plutôt un management du changement tendant à créer des conditions favorables pour une appropriation du changement.

Le travail de recherche que nous avons mené autour de cette hypothèse centrale s'est articulé en deux temps : une phase de réflexion et de lectures théoriques sur le thème du changement à l'hôpital, de manière générale ; puis une étude de terrain au Centre Hospitalier d'Hyères, qui a consisté à évaluer le dispositif de prévention du risque nosocomial mis en place dans l'établissement, du point de vue de l'évolution des pratiques professionnelles.

Après avoir dressé un **rapide panorama du changement en cours dans les hôpitaux** et mis en évidence la préoccupation majeure que ce phénomène représente pour le directeur d'hôpital ; nous nous intéresserons **à quelques apports de la psychologie sociale et de la sociologie des organisations**, que l'on peut synthétiser en ces termes : il existe des potentialités de changement chez les individus, mais ce dernier n'est pas naturel et ne se décrète pas.

L'expérience du Centre Hospitalier d'Hyères en matière de prévention du risque nosocomial nous permettra ensuite d'apprécier et d'enrichir ces éclairages théoriques au regard d'une réalité de terrain. En effet, cet exemple confirme que la **production normative** n'est pas en mesure de susciter une évolution des pratiques professionnelles si elle ne s'inscrit pas dans un contexte d'**appropriation du changement** par le personnel concerné. En outre, il permet d'identifier **des déterminants** humains et environnementaux dans le processus d'appropriation.

Enfin, nous formulerons **quelques conclusions en termes de management du changement**, en invitant à privilégier d'une part la **responsabilisation** des individus face aux réalités nouvelles ; d'autre part, l'**accompagnement** humain et structurel des évolutions, de manière à **créer un terreau propice à l'appropriation du changement par les employés**.

1 - LES PRATIQUES HOSPITALIERES A L'EPREUVE DU CHANGEMENT

« *Il n'y a rien dont l'exécution est plus difficile ou la réussite plus douteuse ou le maniement plus dangereux que l'instauration d'un nouvel ordre des choses* »
(MACHIAVEL)

Au cours des vingt dernières années, les professionnels de santé -et en particulier les hospitaliers- **ont été les témoins d'une profonde transformation** dans les demandes et les besoins des usagers du système de santé, qui aspirent à plus de participation aux décisions qui les concernent, plus de transparence et plus de garanties en termes de qualité et de sécurité des soins. Les soignants, comme les responsables institutionnels, doivent faire évoluer leurs conceptions, leurs pratiques professionnelles¹ et leurs comportements, dans un contexte nouveau caractérisé à la fois par la contrainte économique, le développement des techniques médicales et des technologies, le renforcement des exigences sociales et un encadrement normatif toujours plus dense.

La gestion des risques² s'est par exemple imposée à l'hôpital depuis la fin des années 1990, introduisant avec elle une nouvelle méthodologie, de nouveaux comportements professionnels et une nouvelle fonction hospitalière : celle de gestionnaire du risque.

Pour le directeur d'hôpital, ces changements constituent une préoccupation majeure, dans la mesure où l'établissement et les professionnels hospitaliers doivent s'adapter en permanence pour continuer à satisfaire au mieux les besoins des usagers.

Or l'organisation hospitalière, comme beaucoup d'autres administrations, présente des rigidités internes qui ne la rendent pas naturellement perméable aux changements.

Comment le directeur, responsable *in fine* de la modernité, de la qualité et de la sécurité du service rendu à l'usager, peut-il alors faire évoluer les pratiques hospitalières afin qu'elles demeurent en harmonie avec leur environnement ?

De nombreux responsables recourent à l'injonction ou à la diffusion de recommandations professionnelles à l'attention du personnel, sous les formes les plus diverses : notes de service, guides méthodologiques, référentiels de bonnes pratiques, etc.

¹ Cf. Glossaire

² Cf. Glossaire

Néanmoins, une interrogation persiste quant à l'efficacité d'une telle stratégie : est-elle pertinente et suffisante pour engendrer une modification *effective* des pratiques professionnelles ? Plusieurs analyses sociologiques ou psychosociologiques invitent à faire preuve de circonspection, en s'accordant sur l'idée que le changement n'est pas un acquis mais plutôt un construit, tant au niveau de l'individu qu'à l'échelle de l'organisation.

1.1 « L'HOPITAL EN TURBULENCE » (Georges NIZARD)

L'hôpital doit faire face aujourd'hui aux nombreuses mutations du monde qui l'entoure, avec des incidences incontournables sur les pratiques professionnelles des acteurs hospitaliers. Si ce phénomène n'est pas nouveau, les vingt dernières années se singularisent par une accélération du changement et par une altération dans sa nature, suscitant des interrogations voire des inquiétudes dans le milieu hospitalier. La littérature témoigne de ces questionnements, à travers des intitulés tels que « L'hôpital en question (s) »³, « Réussir le changement de l'hôpital »⁴, « L'hôpital en turbulence »⁵, etc.

Il appartient au directeur d'hôpital, garant du bon fonctionnement et de la modernisation du service public hospitalier, d'impulser et d'accompagner les évolutions nécessaires au niveau des pratiques professionnelles. Cette responsabilité, qui s'inscrit sans doute dans un renouveau du métier de directeur, a d'ailleurs été soulignée par M. le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins à l'occasion des Assises organisées à Mâcon le 23 Avril 2001 par la Conférence des directeurs de CHG et celle des présidents de CME⁶ : déplorant la « *frilosité* », « *l'immobilisme* » des professionnels et leurs « *réticences* » parfois face à l'innovation, il a vivement incité les responsables hospitaliers à faire évoluer par eux-mêmes leur établissement sans attendre les décrets ou circulaires, notamment en matière de gestion des risques -domaine que nous utiliserons comme champ d'étude tout au long de notre réflexion.

³ Cf. Bibliographie

⁴ Cf. Bibliographie

⁵ Cf. Bibliographie

⁶ Source : Dépêche Agence Presse Médicale Reuters, 23 Avril 2001

1.1.1 Nature et caractéristiques du changement en cours dans les hôpitaux

À en juger d'après ses manifestations et ses sources, le changement⁷ en cours dans les hôpitaux depuis environ vingt ans semble être d'une nature différente et d'une autre ampleur qu'auparavant :

1.1.1.1 Les manifestations et les sources du changement

◆ Les manifestations du changement

Comme le soulignent Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE dans leur ouvrage « Réussir le changement de l'hôpital »⁸, **l'hôpital a pendant longtemps** -c'est à dire essentiellement durant la période des « Trente Glorieuses », de 1945 à 1975- **bénéficié d'un développement continu, accentuant sa modernisation et déployant son plateau technique sans véritablement analyser et traiter les problèmes résultant de cette expansion** : techniques de plus en plus sophistiquées et invasives, déshumanisation, cloisonnement entre les services, repli de l'hôpital sur lui-même, distinction croissante des groupes professionnels et morcellement des tâches du fait de l'hyper spécialisation et de la hiérarchisation, etc.

Cette période est révolue depuis le début des années 1980, et plus encore depuis les années 1990, dans la mesure où **l'hôpital doit désormais moderniser ses pratiques et son organisation, en réponse aux problèmes apparus et aux multiples sollicitations de l'environnement**. Le service public hospitalier connaît de nombreuses restructurations internes et externes, dont les lignes directrices sont la recherche de la meilleure qualité possible au moindre coût, l'humanisation et la personnalisation des prestations, enfin une prise en charge plus coordonnée de l'utilisateur et une approche plus globale de la santé :

⁷ Cf. Glossaire

⁸ Cf. Bibliographie

La recherche de la meilleure qualité possible au moindre coût

Les établissements hospitaliers concentrent de plus en plus leurs efforts sur l'amélioration continue de la qualité⁹ et la sécurité des soins, ainsi que l'efficacité économique.

En matière de qualité et de sécurité, l'élément nouveau est la mise en œuvre de démarches *institutionnelles permanentes* de progrès au sein des établissements de santé : évaluation des soins et des pratiques professionnelles, mise en place de systèmes d'assurance qualité¹⁰ (GBEA au laboratoire, HACCP en restauration, certification des stérilisations...), coordination des vigilances sanitaires¹¹, politique de prévention et de gestion des risques hospitaliers, etc. Pour reprendre les termes employés par Hervé LETEURTRE : « *Il y eut les directeurs bâtisseurs, les directeurs gestionnaires et les directeurs communiquant ou « hommes marketing ». Apparaissent désormais de plus en plus nombreux les « hommes qualité ».* »

Si la qualité¹² ne constitue pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de santé, sa formalisation et son institutionnalisation sont récentes et induisent des modifications de pratiques, par exemple avec le signalement des événements indésirables et la mise en œuvre systématique de mesures préventives et / ou correctives.

Pour le gestionnaire, l'amélioration de la qualité vise également à réduire un certain nombre de surcoûts dus à des dysfonctionnements, des gaspillages ou des défauts d'organisation, car **l'efficacité économique** figure désormais elle aussi parmi les principales préoccupations des responsables hospitaliers.

De fait, dans un contexte d'encadrement des dépenses de santé, l'hôpital cherche à optimiser l'utilisation de ses ressources. Il doit prendre en compte la dimension économique du soin, ce qui implique de sensibiliser les professionnels de santé au coût de leurs activités et de responsabiliser chaque acteur.

L'humanisation et la personnalisation des prestations hospitalières

L'hôpital a pendant longtemps donné la priorité au développement des compétences et au progrès des techniques médicales, les praticiens souhaitant se maintenir à la pointe de leur

⁹ Cf. Glossaire

¹⁰ Cf. Glossaire

¹¹ Cf. Glossaire

¹² Cf. Glossaire

spécialité et les directeurs cautionnant cette démarche afin d'offrir aux usagers un large éventail de prestations, de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques.

Cet arbitrage ayant parfois desservi l'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients, un des aspects du changement actuel dans les hôpitaux consiste à promouvoir une humanisation et une personnalisation plus grandes des prestations. En témoignent la lutte contre la douleur et la mise en place des soins palliatifs, l'élaboration de projets de vie dans les unités de soins de longue durée et maisons de retraite, l'ouverture de l'hôpital à de nouveaux intervenants (artistes, visiteurs de malades, ...) et de nouveaux métiers (assistants de convivialité, médecin conciliateur, ...), ou encore les interrogations éthiques quant à certaines pratiques hospitalières.

Une prise en charge coordonnée de l'utilisateur et une approche globale de la santé

Enfin, pour clore ce rapide panorama du changement en cours dans les établissements hospitaliers, on peut noter que ces derniers, auparavant très cloisonnés en interne et vis-à-vis de l'extérieur, s'orientent de plus en plus vers la transversalité et l'ouverture aux autres intervenants dans le champ sanitaire et social.

En effet, les hôpitaux ont développé de nouvelles formes de prise en charge¹³ et accueillent aujourd'hui des populations aux problématiques à la fois somatiques, psychologiques et sociales ; ce qui implique la **coordination des actions des professionnels** et l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire dans un même cadre, avec une organisation commune.

Parallèlement, l'hôpital cherche à mieux s'insérer dans son environnement, en faisant preuve de plus de transparence à l'égard de la société, en coopérant avec ses partenaires extérieurs, ou encore en mutualisant un certain nombre de connaissances ou d'informations avec eux. Traditionnellement peu investi dans la prévention et la réinsertion, l'hôpital est sollicité aujourd'hui par des acteurs de la promotion ou de l'éducation à la santé pour adopter une **approche plus globale de la santé**, qui va au-delà du soin, et formaliser des partenariats dans certains domaines. Le Centre Hospitalier Universitaire de Brest s'est par exemple engagé dans des activités de prévention du suicide et participe à la constitution d'un Pôle Santé Publique / Environnement dédié à la prévention, l'accès aux soins et l'éducation à la santé, à l'initiative de la Ville.

¹³ Hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire, consultations à distance par télé médecine, hospitalisation à domicile, accompagnement des fins de vie

Ces évolutions profondes qui affectent l'institution hospitalière depuis environ deux décennies sont pour la plupart imputables à une pression de l'environnement :

◆ Les sources du changement actuel

Sans prétendre à l'exhaustivité, il semble que le changement actuel dans les établissements de santé provienne essentiellement de la contrainte économique, du développement des techniques et technologies, du renforcement des exigences sociales et de l'encadrement normatif de plus en plus dense des activités hospitalières.

De fait, Françoise GONNET¹⁴ montre que le système hospitalier était auparavant un univers clos, relativement bien protégé, bien intégré et peu complexe : « *Les problèmes d'environnement (étaient alors) peu importants, les problèmes économiques et financiers minimes et les malades, des clients captifs et dépendants. Les unités (étaient) donc très indépendantes dans leurs orientations et relativement autonomes* ». Inversement, l'hôpital traverse aujourd'hui de nombreux changements, sous l'influence de son environnement et notamment des **quatre facteurs exogènes** suivants :

La pression économique et financière s'accroît, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, incitant les structures hospitalières à réaliser des économies, restructurer leur organisation interne et leurs activités, éliminer les dysfonctionnements coûteux.

Le développement des techniques et des technologies, qui engendre à la fois une plus grande complexité de l'organisation hospitalière et de nouvelles perspectives de communication ou de travail en réseau, invite à la coordination des professionnels et à la transversalité.

La société devient de plus en plus exigeante à l'égard de l'hôpital, en particulier en matière de qualité et de sécurité des soins, où l'attitude confiante dans les capacités de la communauté médicale et du monde hospitalier a fait place à un certain désenchantement depuis la fin des années 1980. En témoignent les interrogations relatives à la recherche biomédicale, l'image médicale ternie par la médiatisation de certains incidents et les critiques du fonctionnement hospitalier dans de nombreux rapports.

¹⁴ Cf. Bibliographie

Le malade devient de plus en plus un client revendiquant des droits et des prestations personnalisées. Cherchant à sortir de sa position de dépendance à l'égard du médecin, il exerce désormais un regard critique sur l'accueil, l'attente, les soins, les conditions hôtelières. Il trouve d'ailleurs écho auprès des associations, des médias, des assurances, des juges et des pouvoirs publics, les problèmes de santé étant désormais l'affaire de la société toute entière et plus seulement des médecins.

Enfin, les contraintes réglementaires sont toujours plus denses et en constante évolution, témoignant d'une prise en compte des attentes de la société civile et d'une attitude interventionniste de la part de l'Etat.

À plusieurs reprises, les pouvoirs publics ont souhaité changer l'hôpital public. L'ordonnance N° 96-346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, reprenant l'esprit de la loi du 31 Juillet 1991, poursuit ainsi trois objectifs : renforcer la qualité et la sécurité des soins (affirmation des droits des usagers, procédure d'accréditation et évaluation des pratiques professionnelles) ; responsabiliser les équipes (participation, contractualisation interne et externe) ; enfin mieux insérer l'hôpital dans son environnement afin de mieux répondre aux besoins de la population (coordination et continuité des soins).

Le dispositif réglementaire s'enrichit aujourd'hui de normes d'origine communautaire et de recommandations plus ou moins normatives (circulaires ministérielles, recommandations de bonnes pratiques¹⁵ élaborées par l'ANAES...), dont on peut penser qu'elles visent à encadrer et standardiser les pratiques professionnelles.

À côté de ces facteurs d'évolution exogènes, il convient de noter que **les hospitaliers impulsent eux aussi des changements** d'organisation, de pratiques ou de mentalités, en faisant preuve d'un esprit innovant et en se prêtant à des expérimentations.

Néanmoins, l'environnement demeure actuellement le principal moteur du changement à l'hôpital. Georges NIZARD¹⁶ va jusqu'à écrire que *«Ce qui se passe dans l'environnement compte plus pour la survie de l'hôpital public que ce qui se passe à l'intérieur. (...) L'hôpital dans son âge de sérénité pouvait affirmer que ses actions étaient efficaces pour ses malades, qu'elles visaient bien le but défini, qu'elles étaient rationnelles et régies par des normes. Aujourd'hui, il découvre une remise en cause des quatre axiomes de sa pratique : le service public n'est plus le seul critère de l'efficacité, le but est surdéterminé, la rationalité est multidimensionnelle et les normes perdent de leur fixité et de leur assurance. »*

¹⁵ Cf. Glossaire

¹⁶ Cf. Bibliographie

Peut-on parler de rupture par rapport à la situation antérieure ?

Sans doute pas, car l'hôpital a toujours connu des changements, plus ou moins profonds.

En revanche, les deux dernières décennies semblent se caractériser par une nature et une ampleur différentes des mutations qui affectent les hôpitaux :

1.1.1.2 Un changement dans la continuité ou une rupture ?

De leur constitution au Moyen Age jusqu'à nos jours, les hôpitaux ont déjà connu de nombreuses transformations. Trois phénomènes essentiels ont particulièrement marqué la vie hospitalière depuis la fin du dix-neuvième siècle : l'évolution des techniques médicales et ses corollaires (place prépondérante du médecin, professionnalisation et spécialisation des infirmières, évolution de l'architecture hospitalière) ; l'élargissement progressif de la prise en charge (accessibilité pour tous, admission de malades aux pathologies plus lourdes) ; le développement des prestations hospitalières (affirmation du rôle diagnostique et thérapeutique de l'hôpital, diversification des services proposés : plateau technique, consultations, aide médicale urgente, enseignement, recherche).

Le changement ne date donc pas d'aujourd'hui et les pratiques professionnelles se sont déjà modifiées à maintes reprises au fil de la modernisation des hôpitaux.

Cependant, les vingt dernières années se singularisent par une accélération du changement et par une altération dans sa nature.

Tout d'abord, **l'hôpital est appelé à évoluer de plus en plus rapidement** aujourd'hui, comme en témoignent la succession de normes relatives à la sécurité sanitaire ou la vitesse à laquelle se développe le contentieux médical.

Cela fait dire à Georges NIZARD que « *Le métabolisme de l'hôpital est trop lent pour le changement issu de l'environnement. La non-congruence entre les réponses et les défis risque d'être fatale aux structures hospitalières* ». Ce jugement mérite toutefois d'être nuancé, étant donné qu'il existe une extrême disparité entre les hôpitaux et entre les différents secteurs d'activité ; certains évoluant très vite, d'autres plus lentement.

Par ailleurs, le changement qui touche les hôpitaux semble être d'une nature nouvelle, dans la mesure où les activités hospitalières et les pratiques professionnelles sont désormais questionnées tant sur leur fonds et leur forme (prestations offertes, techniques utilisées, etc.) que sur leur esprit : des interrogations émergent quant à l'éthique de certaines pratiques (procréation médicalement assistée, comportement face aux fins de vie, interruption de grossesse, ...) ; des remises en cause culturelles sont à l'œuvre dans certains domaines.

Les démarches d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques représentent par exemple un véritable changement culturel pour les professionnels hospitaliers français, qui ont davantage l'habitude des contrôles de conformité et des sanctions que celle d'une évaluation et d'une remise en cause de leurs pratiques. Traditionnellement peu tournés vers la culture positive de l'erreur et la culture de l'écrit, nombreux sont les professionnels qui continuent d'ailleurs à percevoir ces démarches comme procédurières et principalement guidées par un souci de rationalisation de l'offre de soins.

Pour caractériser le changement qui se produit depuis deux décennies, il semble donc excessif d'employer le terme de « rupture » par rapport à la situation antérieure : d'une part, l'histoire des hôpitaux est celle d'un changement permanent ; d'autre part, nous ne disposons pas d'un recul historique suffisant pour formuler une telle appréciation avec objectivité. Dans son ouvrage consacré aux « Métiers de l'hôpital », Christian CHEVANDIER relève que *« la multiplication des lois hospitalières dans les années 1980 et 1990 ne doit pas abuser : elles n'ont en rien la portée des réformes de 1970 et surtout 1958. (...) La réforme hospitalière d'avril 1996 ne changera pas résolument le monde hospitalier français. »*

En revanche, le changement vécu à notre époque présente une singularité en raison de sa **rapidité** -peut-être trop importante par rapport aux capacités d'évolution des organisations et des individus- et de sa **nature** : profondeur des questionnements, émergence de nouvelles problématiques...

Le changement actuel est porteur de **complexité** et d'**incertitude**, du fait que l'hôpital se trouve au centre de nombreux débats et est appelé à évoluer dans de multiples directions, parfois contradictoires (sécurité des soins et humanisation par exemple). Les difficultés nées de l'expansion et de la modernisation de l'hôpital pendant les « Trente Glorieuses » (place de l'usager, pertinence de l'organisation en services, modalités de financement, etc.) font enfin l'objet d'une introspection.

Pour reprendre la classification employée par WATZLAWICK et l'Ecole de Palo Alto¹⁷, le changement actuel semble être plutôt de « Type I » pour le moment (multiples changements au sein du système hospitalier) ; mais il est susceptible d'évoluer vers un changement de « Type II » dans les décennies à venir (modification entière du système hospitalier), en fonction des réponses qui seront apportées aux questionnements et débats actuels.

Face à cette situation de changement, le directeur d'hôpital doit veiller à la modernisation effective de son établissement et accompagner les évolutions nécessaires

¹⁷ Cf. Glossaire

en termes de pratiques professionnelles, afin que le changement ne se déroule pas dans la douleur et le conflit :

1.1.2 Le changement, préoccupation majeure pour le directeur d'hôpital

Face au changement, le rôle du directeur d'hôpital est d'autant plus important que l'organisation hospitalière présente des rigidités susceptibles de constituer des freins aux évolutions. Le responsable hospitalier se trouve placé devant une interrogation essentielle : comment introduire les évolutions nécessaires au cœur des pratiques professionnelles ?

Les moyens mis en œuvre consistent fréquemment à procéder par injonction ou production normative, méthodes dont l'efficacité demeure néanmoins incertaine, comme nous pourrions le percevoir à travers l'exemple de la gestion des risques.

1.1.2.1 Le rôle du directeur d'hôpital

L'hôpital a besoin d'une instance centrale forte pour s'engager dans une dynamique d'évolution puis réussir sa mutation. C'est au **directeur**, entendu en son sens générique (chef d'établissement et adjoints), qu'il incombe d'impulser et d'accompagner les changements nécessaires. Il est en effet le responsable le mieux placé pour assumer cette mission, dans la mesure où il est le garant du respect des normes, de la modernisation du service public hospitalier et de la qualité des prestations délivrées. Contrairement aux médecins et à l'encadrement intermédiaire, il dispose en outre de la légitimité collective et du pouvoir hiérarchique.

Le rôle du directeur consiste a priori essentiellement à affirmer la priorité du changement, en informant le personnel sur les évolutions de l'environnement et leurs impacts sur l'hôpital, puis à initier les principales étapes d'évolution des pratiques hospitalières en trouvant des relais sur le terrain.

Le directeur peut également prendre le parti de ne pas attendre les mutations de l'environnement, en adoptant une stratégie volontariste d'anticipation du changement.

Quelle que soit l'option retenue, la responsabilité du directeur d'hôpital face au changement est fondamentale, d'autant plus qu'elle s'inscrit dans un **renouveau du métier de directeur** : au-delà de l'autorité hiérarchique et des fonctions traditionnelles d'administration et de

gestion, l'exercice professionnel requiert désormais des compétences d'innovateur, stratège, manager, chef de projet, animateur d'équipes, gestionnaire de risques, etc. « *Diriger l'hôpital aujourd'hui, c'est être capable de réussir sa modernisation* » (Georges ARBUZ et Denis DEBROSSE), conformément aux préoccupations nouvelles nées de la réglementation, des besoins de la population, des nouvelles techniques...

Dans leur ouvrage intitulé « Le changement dans les organisations », les consultants J. BRENOT et L. TUVÉE relèvent que « *le rôle principal des dirigeants pour les années à venir sera la maîtrise des changements et du temps* ». ¹⁸

Or les facultés d'adaptation des acteurs hospitaliers ont des limites et faire évoluer les pratiques professionnelles n'est pas une affaire simple, en particulier en milieu hospitalier :

1.1.2.2 Les défis à relever et les moyens mis en œuvre

Dans son rôle de promoteur du changement, le directeur est susceptible de se heurter aux rigidités du milieu hospitalier, héritées des années d'expansion continue de l'hôpital, ainsi qu'aux réactions des professionnels.

Comme la plupart des organisations humaines, **l'hôpital se caractérise par un certain nombre de rigidités**, dont les plus couramment citées sont le cloisonnement entre services et entre groupes professionnels, la persistance de forts enjeux de pouvoir, le poids de la hiérarchie, la culture négative de l'erreur ou encore la faible perméabilité à la notion d'évaluation. Ces éléments peuvent opposer une certaine inertie aux velléités de changement.

La manière dont les professionnels de santé ont appliqué la loi du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière illustre la difficulté de mise en œuvre du changement à l'hôpital. En effet, cette loi prévoyait l'évaluation des pratiques professionnelles, la prise en charge globale du malade, la recherche de la qualité et de l'efficacité des soins et une gestion plus prospective des hôpitaux à travers la définition d'un projet d'établissement. Sur le terrain, les acteurs hospitaliers ont certes répondu à ces exigences de modernisation par un raisonnement plus prospectif, un renforcement de la concertation et du dialogue, un échange entre les médecins sur les options thérapeutiques, ... mais ils n'ont pas corrigé les dysfonctionnements de fonds tels que la place trop modeste accordée au personnel non médical, la faiblesse des actions transversales, le manque d'approche compréhensive de la personne humaine et la carence de projets véritables. L'évaluation de l'existant a souvent

¹⁸ Cf. Bibliographie

été omise ou réduite à son minimum ; peu de réflexions ont été menées sur le sens et l'utilité des pratiques professionnelles, la qualité des organisations en place.

Par ailleurs, les mutations rapides et complexes qui affectent aujourd'hui l'hôpital, pour la plupart d'origine exogène, peuvent susciter un certain désarroi chez les hospitaliers. Ceux-ci se trouvent en effet partagés entre les réflexes professionnels et organisationnels qu'ils ont intériorisés et la nécessité d'en adopter rapidement de nouveaux. Comme le souligne Françoise GONNET dans « L'hôpital en question (s) »¹⁹, « *les orientations nouvelles, les changements de réglementation, les évolutions de valeurs sont multiples, quelquefois désordonnés et souvent perçus comme trop rapides par les individus.* » Or « *il importe (...) d'avoir à l'esprit que les changements humains sont des processus lents et complexes et que l'on ne change pas un individu comme une machine.* »

Comment procéder alors pour faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers ? Malheureusement, ni la formation initiale des directeurs d'hôpitaux ni leur déroulement de carrière ne les préparent véritablement à assumer cette tâche, malgré l'enseignement récent des méthodes de management, d'animation de groupe et de réflexion stratégique à l'École Nationale de la Santé Publique.

C'est à chaque responsable hospitalier qu'il appartient en définitive d'enrichir et de réactualiser ses compétences. Dans le domaine du changement, l'apport des sciences humaines (psychologie sociale, sociologie des organisations, sociologie du travail et des professions, histoire, ...) est considérable, comme nous aurons l'opportunité de le vérifier dans les développements suivants.

Souhaitant faire évoluer les pratiques professionnelles, **de nombreux responsables hospitaliers ont**, par simplicité ou habitude de travail, **pris le parti de diffuser des recommandations professionnelles** auprès des personnels concernés par le changement, sous des formes diverses : notes de service, protocoles, procédures, guides méthodologiques, recommandations de bonnes pratiques...

Tel est le cas par exemple en matière de gestion et de prévention des risques :

¹⁹ Cf. Bibliographie

1.1.2.3 L'exemple de la gestion et de la prévention des risques²⁰

Si la gestion des risques n'est pas une découverte pour les hospitaliers, **la mise en place d'une organisation structurée de gestion des risques est une démarche nouvelle en France**, qui s'est développée depuis le milieu des années 1990.

Ce changement est dû essentiellement à l'émergence d'un comportement social nouveau à l'égard des risques iatrogènes²¹ : auparavant acceptés au nom de la fatalité, ils ne sont plus admis aujourd'hui. Désormais, les usagers ne sauraient tolérer que l'hôpital aggrave la maladie qu'il est censé traiter ou qu'il soit à l'origine d'une nouvelle pathologie sans rapport avec l'affection initiale.

Le juge, comme le législateur, ont pris acte de ces exigences croissantes de la société en matière de sécurité des soins.

Dans un contexte de montée du contentieux relatif aux risques iatrogènes, les **avancées jurisprudentielles** successives ont reconnu le défaut de sécurité des malades comme une source de responsabilité, même sans faute (quelle que soit l'origine du dommage), de l'établissement de santé. Le message est explicite : l'hôpital doit être sûr.

Les **pouvoirs publics** l'ont confirmé, en construisant un nouveau droit : celui de la sécurité sanitaire²². Le terme même de « sécurité sanitaire » est récent, puisqu'il a été utilisé officiellement pour la première fois en 1992, lors du débat sur le projet de loi relatif à la sécurité sanitaire en matière de transfusion sanguine et de médicaments. Depuis, les normes de sécurité sanitaire se sont multipliées dans tous les domaines susceptibles de présenter un risque pour les usagers : pharmacie, matériels et dispositifs médicaux, produits sanguins et autres produits biologiques, stérilisation, anesthésie, eau, air, fluides, déchets hospitaliers, alimentation, sécurité incendie et hygiène.

L'hôpital doit être conforme à ces normes et fait l'objet de contrôles réguliers, sous forme d'inspections sanitaires (DRASS, DDASS, DSV) ou d'audits de conformité (dossier relatif à la sécurité à remettre aux experts visiteurs de l'ANAES par exemple).

La sécurité des usagers est donc désormais au cœur des préoccupations de l'hôpital.

De nombreux établissements ont mis en place une politique interne de gestion des risques,

²⁰ Cf. Glossaire

²¹ Cf. Glossaire

²² Cf. Glossaire

plus ou moins achevée, et dans certains pays il s'agit même d'une condition pour l'assurance en responsabilité civile de l'hôpital.

Gérer les risques consiste d'une part à définir une politique de prévention afin de réduire la fréquence et la gravité des sinistres, **d'autre part à savoir répondre aux plaintes** lorsque le risque s'est réalisé.

En matière de prévention, « *les secteurs, pratiques, actes ou processus à risque* » doivent être identifiés et faire l'objet d'« *actions prioritaires* » dans un programme prédéfini par la direction en concertation avec les instances²³.

La mise en place des actions de prévention, qui se fait selon les méthodes classiques de l'assurance de la qualité (Roue de DEMING)²⁴ et s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue de la qualité prônée par l'ANAES, concerne chaque professionnel de l'établissement. En effet, **les acteurs hospitaliers doivent désormais admettre que leurs erreurs « peuvent être une source inestimable d'information et de progrès »** (ANAES) et ne plus se taire après s'être trompé ou avoir repéré un dysfonctionnement. En outre, ils doivent **réactualiser en permanence leurs pratiques professionnelles**, afin de respecter le droit de la sécurité sanitaire, les recommandations de l'ANAES ou encore les données acquises de la science, qui ne relèvent plus du pragmatisme et de l'autorité des maîtres, mais se normalisent progressivement : multiplication des conférences de consensus, élaboration de recommandations par les sociétés savantes, rédaction de guides de bonnes pratiques...

Les directeurs, personnellement responsables de la sécurité des usagers dans leur établissement, tentent souvent de mobiliser le personnel par voie unilatérale voire par injonctions. En matière de prévention du risque nosocomial par exemple, **les professionnels de santé sont destinataires de multiples recommandations** d'hygiène empruntées à l'ANAES²⁵, **de notes** internes «transposant» les circulaires ministérielles relatives au risque infectieux, etc.

Quel crédit accorder à cette forme de management, largement répandue ?

La diffusion de ces outils suffit-elle à susciter une modification *effective* des pratiques professionnelles sur le terrain ? Il est permis d'en douter, d'après les enseignements de la psychologie sociale et de la sociologie des organisations :

²³ Manuel ANAES, Référentiel Qualité et Prévention des Risques 4 d.

²⁴ Cf. Glossaire

²⁵ Prévention du risque infectieux néonatal, bon usage des antibiotiques, infections liées aux cathéters, etc.

1.2 LE CHANGEMENT : POUR QUOI ? COMMENT ? LES APPORTS DE LA PSYCHOLOGIE SOCIALE ET DE LA SOCIOLOGIE DES ORGANISATIONS

De nombreux travaux scientifiques ont abordé l'étude du changement.

Nous ne prétendons donc pas à l'exhaustivité et nous ne reprendrons ici que quelques développements empruntés aux chercheurs de la **psychologie sociale**²⁶ et de la **sociologie des organisations**²⁷, qui se sont tout particulièrement intéressés au changement.

Bien qu'elles approchent le phénomène du changement d'un point de vue différent, c'est-à-dire à l'échelle de l'individu pour la psychologie sociale et au niveau de l'organisation pour la sociologie des organisations, **les deux disciplines soulèvent les mêmes interrogations** : le changement est-il possible ? Si oui, dans quelle mesure et selon quelles modalités ?

Elles aboutissent ensuite à des conclusions relativement proches, que l'on peut synthétiser de la manière suivante : le changement est possible mais il ne va pas de soi et de surcroît ne se décrète pas.

En d'autres termes, il est illusoire de penser que « *l'objectif suffira à convaincre et que l'incantation ou les notes de service feront le reste* » (J. BRENOT et L. TUVÉE)²⁸.

1.2.1 Le changement est possible, mais il ne va pas de soi

La psychologie sociale a identifié des potentialités de changement chez les individus, en montrant que les comportements reposent pour partie sur des éléments stables (la mentalité, la culture, ...) mais aussi pour une autre partie sur des éléments contingents, relatifs au contexte et à la situation interactionnelle dans lesquels l'individu est placé.

Le changement est donc possible ; mais il **n'est pas naturel pour autant** : les organisations, comme les individus, peuvent se caractériser par une certaine inertie et manifester une résistance passive ou active au changement, du moins dans un premier temps.

²⁶ Également dénommée « psychosociologie ». Cf. Glossaire.

²⁷ Cf. Glossaire.

²⁸ Cf. Bibliographie

1.2.1.1 La double détermination du comportement

Dans sa dimension « statique », la psychologie sociale a montré que l'Homme manifeste principalement, à travers ses conduites, l'influence du milieu social et culturel dont il est issu. Il en résulte une **certaine stabilité et une régularité du comportement**.

La version « dynamique » de la psychologie sociale, plus récente, est venue nuancer cette lecture, en mettant en évidence la **variabilité du comportement de l'individu selon le contexte organisationnel et la situation interactionnelle**.

◆ L'influence structurante de la culture²⁹

La **culture** est incontournable dans la pratique du changement car celle-ci, qui se caractérise par une certaine stabilité, **est au centre de l'identité, de la personnalité, du comportement, et joue un rôle de décodage de l'environnement**. Ainsi, face à un même changement dans l'environnement, deux individus de culture différente réagiront de manière distincte.

La psychologie sociale, qui s'est intéressée au mode de constitution de la culture, nous enseigne que les valeurs³⁰ et attitudes³¹ d'un individu se façonnent au cours de son **éducation** puis à l'occasion de toutes ses **expériences sociales** : insertion dans un groupe professionnel, pratique répétée d'un métier, exercice de responsabilités, etc. On parle de « socialisation » pour définir ce processus, « *par lequel l'individu assimile l'ensemble des façons de ressentir, de penser, de raisonner et de se comporter de son milieu social* » (A. MUCCHIELLI)³².

Dans le champ professionnel par exemple, les conduites et pratiques des individus découlent pour une grande part de la culture de leur groupe d'appartenance ou, du moins, des principes qu'ils ont fini par assimiler par apprentissage, c'est-à-dire exercice quotidien du métier.

Les psychosociologues SAINSAULIEU et DUBAR (1991) ont ainsi identifié quatre types d'attitudes professionnelles ou « types d'implication » relatifs à des groupes différents : l'implication « de retrait », fréquente chez les personnels peu qualifiés, peu investis dans leur

²⁹ Cf. glossaire

³⁰ Cf. glossaire

³¹ Cf. glossaire

³² Cf. Bibliographie

emploi et qui vivent le changement comme un risque ou un embêtement ; l'implication « fusionnelle », présente dans les métiers dits corporatistes tels que celui d'infirmière, où il existe une participation affective au groupe d'appartenance ; l'implication « affinitaire » caractéristique des techniciens et enfin l'implication « négociatrice », dominante chez les cadres, qui pensent que leur reconnaissance passe par la réussite de l'entreprise.

La dimension dynamique de la psychologie sociale a renouvelé récemment cette approche, en montrant que le comportement de l'individu ne repose pas seulement sur la culture, élément structurel relativement stable et intangible, mais aussi sur des éléments conjoncturels contenus dans la situation d'interaction :

◆ La variabilité du comportement selon le contexte et la situation interactionnelle

Dans un contexte d'interaction, c'est-à-dire d'échange et d'influence réciproque entre deux ou plusieurs acteurs, **le comportement de l'individu ne peut pas être analysé de manière classique, isolé et rapporté à sa personnalité, sa culture.**

En effet, dans cette situation, ce sont d'autres éléments, plus contingents, qui détermineront la réaction et la conduite de l'individu par rapport à son interlocuteur : il s'agit de sa perception de la situation (intention de son interlocuteur, enjeux, satisfaction plus ou moins grande, ...), des rôles qu'il s'attribue à lui-même et à son interlocuteur³³, ou encore de son calcul d'intérêt (gain, perte, maîtrise) en termes de ressources de pouvoir et de « zones d'incertitude »³⁴.

À titre d'exemple, l'individu pourra se montrer favorable au changement et à l'évolution des pratiques s'il perçoit positivement la dynamique de changement (plus de possibilités de développement personnel, plus de reconnaissance sociale, meilleures conditions de travail, etc.) et si l'interaction s'y prête (relation de confiance avec la direction, notamment).

À l'inverse, ce ne sera sans doute pas le cas si l'individu pense avoir intérêt au maintien du statu quo et n'est pas dans une situation d'interaction favorisant le dialogue et la négociation -par exemple si son interlocuteur, adoptant une attitude de désapprobation hautaine, place l'individu dans une position d'infériorité morale.

Les individus sont donc susceptibles de réagir plus ou moins favorablement au changement en fonction du contexte et de la situation d'interaction. Il est possible de les amener à se comporter autrement à condition de **trouver les leviers adaptés.**

³³ Théorie des jeux

³⁴ Analyse stratégique (Michel CROZIER). Cf. Glossaire

Pour autant, cela ne signifie pas que le changement soit naturel :

1.2.1.2 Le changement n'est pas naturel

La sociologie des organisations «classique » (Robert MERTON et ses successeurs) et la psychologie sociale se rejoignent sur l'idée du **caractère construit -et non pas acquis- du changement**, en insistant respectivement sur la rigidité organisationnelle et sur la résistance passive ou active que l'individu peut opposer au changement.

◆ La rigidité organisationnelle mise en évidence par Robert MERTON et ses successeurs

La question du changement se pose en sociologie des organisations, sans doute du fait des nombreux travaux qui ont insisté sur les pesanteurs et les rigidités organisationnelles ; peut-être aussi en raison des problèmes concrets auxquels se sont heurtés les responsables de réformes administratives.

Robert K. MERTON figure parmi les principaux chercheurs qui ont insisté sur les dysfonctionnements et les rigidités de l'organisation. Sa thèse consiste à montrer que par l'élaboration de règles abstraites et le recours à une relation d'autorité impersonnelle, le mode d'administration des grandes organisations se rigidifie jusqu'à figer le fonctionnement de la structure. Les employés, exerçant leurs fonctions dans un maquis de règlements et de procédures formalisées, développent une personnalité tatillonne et incapable d'adaptations rapides ; leur tâche première n'est plus de répondre aux demandes des usagers mais de se repérer dans un dédale de consignes écrites.

À la suite de Robert MERTON, les membres du Centre de Sociologie des Organisations (R. SAINSAULIEU, F. DUPUY, J.C. THOENIG, ...) ont identifié les principaux éléments engendrant cette rigidité organisationnelle, à savoir une hiérarchie pyramidale forte, des corps très cloisonnés, une réglementation contraignante, l'abondance de notes de service et de règlements spécifiques qui encadrent l'activité ordinaire.

Enfin, Michel CROZIER a développé une thèse plus subtile, avec la notion de « cercle vicieux bureaucratique » : selon son analyse, l'abondance de règles produit des zones d'incertitude, dont certains acteurs se saisissent pour développer des relations de pouvoir

parallèles ; mais les autres individus, frustrés, exigent alors encore plus de règles impersonnelles. La rigidité organisationnelle est donc en quelque sorte une façon d'éliminer l'arbitraire et le favoritisme. Il convient de nuancer la notion de rigidité, en raison des tractations et des arrangements que certains individus cherchent à obtenir pour accroître leur pouvoir. On peut également soupçonner ces ajustements au coup par coup de n'être là que pour éviter des changements réels, plus profonds : l'administration « *s'adapte pour ne pas changer* ».

Pour sa part, la psychologie sociale a souligné la complexité du changement en montrant que l'individu peut développer un système de défense allant jusqu'à l'agressivité, en passant par toute une **gamme d'attitudes d'opposition** passive ou active au changement :

◆ Le phénomène de résistance au changement

En premier lieu, il convient de noter que les individus n'opposent pas nécessairement une résistance au changement : il existe des personnes qui sont de manière générale plutôt favorables à l'innovation.

Cependant, à l'annonce d'un changement, **l'attitude première des individus consiste le plus souvent à manifester une résistance, relativement neutre et passive dans un premier temps.** Cette résistance n'est pas synonyme de rejet absolu, mais s'explique par le fait que les individus cherchent à comprendre les évolutions en cours et ne peuvent pas renier facilement les modèles ou pratiques qu'ils ont auparavant adoptés et peut-être prônés. Dans un article fort intéressant consacré à la démarche qualité, le Pr A. BERNADOU de l'Hôtel Dieu note ainsi que « *ce qui est naturel, c'est la résistance au changement, ce n'est pas l'inverse* », car il existe chez l'Homme « *un système de défense contre les idées, les opinions et les comportements des autres, dont le but est identique (au système immunitaire) : garder l'intégrité psychique du soi* »³⁵.

Ainsi, même si les professionnels de santé savent qu'ils doivent évoluer, s'adapter à de nouveaux modes d'organisation, adopter de nouveaux comportements différents de ceux qu'ils ont acquis en formation initiale, ce changement ne va pas de soi. Il est humainement compréhensible de voir apparaître des résistances, du moins pendant la phase initiale du changement, particulièrement anxiogène.

³⁵ Cf. Bibliographie

La résistance « passive » au changement peut se manifester sous des formes diverses : réflexes défensifs, réactions de sauvegarde, comportements de fuite ou d'évitement, etc.

Elle tient principalement au poids des habitudes, à la charge affective que véhicule le changement (désarroi, inquiétude, lassitude...) et à la peur, tout à la fois de ne pas réussir le changement et d'aboutir à une situation différente qui ne corresponde pas à un gain réel pour l'individu.

Le **poids des habitudes** est effectivement très lourd puisque, comme nous l'avons précédemment développé, la culture et les expériences passées de l'individu (formation initiale, auto-formation, etc.) déterminent pour partie son savoir en action.

La **charge affective du changement** s'explique par le fait que celui-ci s'accompagne souvent d'une crise culturelle (Kurt LEWIN) ou du moins d'un certain malaise : les activités des individus et des équipes, le fonctionnement quotidien, les pratiques habituelles sont perturbés et les individus sont partagés entre deux modèles antagonistes, à savoir leurs anciennes façons de faire et les nouvelles normes comportementales. Dès lors, le changement est vécu sur le mode émotionnel voire irrationnel.

Enfin, le changement suscite une **peur de l'inconnu** et surtout une **peur de perdre sa sécurité, son expérience, sa compétence, etc.** : les individus craignent de quitter une situation qu'ils connaissent et dans laquelle ils sont reconnus ; ils ne trouvent pas plaisir à remettre en cause des acquis.

La résistance au changement peut ensuite se manifester de manière plus dynamique, par des actions volontaristes tendant à faire échouer le changement.

Tel est souvent le cas lorsque le coût du changement apparaît trop fort aux individus, qui se voient lésés par la remise en cause du système : perte de pouvoir ou de « zones d'incertitude », perte de bénéfices sociaux ou d'avantages, incidences sur l'identité, etc.

En définitive, s'il existe des potentialités de changement, ce dernier ne va pas de soi en raison des obstacles individuels et organisationnels à surmonter.

Dès lors, comment amener le changement et faire évoluer les pratiques professionnelles ? Les analyses théoriques s'accordent sur le principe que le changement ne se décrète pas ; elles aboutissent également à la conclusion que le plus important est de faire en sorte que l'individu se sente acteur et gagnant dans le changement :

1.2.2 Le changement ne se décrète pas

Le fait de décréter un changement provoque le plus souvent de l'immobilisme, comme l'illustre cette déclaration d'Edgar FAURE, lorsqu'il voulut mettre en place sa réforme de l'Education Nationale : « *En décrétant le changement, j'ai mis en route l'immobilisme et je ne sais plus comment l'arrêter.* »

La psychologie sociale et la sociologie des organisations montrent qu'effectivement, le changement ne saurait être réussi de manière unilatérale, tant la production collective du changement est importante :

1.2.2.1 Le changement ne saurait être réussi de manière unilatérale

Il faut « *laisser aux acteurs le temps de s'approprier et de digérer (les) différents bouleversements, dont certains agissent comme des chocs* » (Françoise GONNET et Michel CROZIER)³⁶. **Il n'est donc ni pertinent ni efficace de prétendre introduire le changement de manière unilatérale**, par le biais d'injonctions ou de circulaires par exemple -qui ne feraient d'ailleurs que renforcer la rigidité organisationnelle décrite par MERTON.

Pour reprendre l'expression de BRENOT et TUVÉE³⁷, changer le comportement des acteurs, « *ce n'est pas édicter de nouvelles normes comportementales (dorénavant il faudra faire ceci ou cela)* ».

De fait, le changement requiert du temps et des conditions favorables ; en outre il « *doit passer par le désir* » (F. KOURILSKY) :

◆ Le changement requiert du temps et des conditions favorables

Si les « recettes » de management sont multiples en matière de changement et doivent être considérées avec circonspection, elles se rejoignent pour la plupart quant à l'idée suivante : **le changement ne peut être réussi que par le respect de différentes étapes dans le temps et par la réunion de conditions propices.**

³⁶ Cf. Bibliographie

³⁷ Cf. Bibliographie

La capacité individuelle et collective de changement dépendra notamment de l'importance et de la nature du changement à entreprendre, du rythme du changement, de l'existence ou non d'une nouvelle conception du monde chez les personnes concernées.

Les étapes du changement

Kurt LEWIN a réalisé un important travail d'analyse à propos des phases du changement de mentalité et d'attitudes (1947).

Il montre qu'il n'y a pas de « Jour J » dans le changement, mais seulement une préparation plus ou moins lente et une intégration plus ou moins rapide du changement : les réalités nouvelles, avec leurs incidences sur les pratiques, supposent toujours un certain temps d'ingestion pour être acceptables par les individus concernés.

Kurt LEWIN a identifié **trois phases** dans le processus de changement.

La première, qualifiée de « dégel » (« *unfreezing* »), correspond à la mise en question des croyances et des attitudes, parfois même des valeurs culturelles. Il s'agit d'une période d'assouplissement, d'ouverture, de questionnement.

Plus ou moins longue, elle fait place à la phase de changement proprement dite, qui commence souvent par une crise culturelle, transition difficile entre les anciens repères et les comportements nouveaux, et se poursuit en principe par la mutation des points de vue et des attitudes.

Enfin, la dernière phase, dite de « regel » (« *freezing* »), correspond au temps de l'extension et de la consolidation des nouveaux comportements, autrement dit l'acculturation.

À chaque stade, les personnes concernées par le changement doivent faire l'objet d'un **accompagnement particulier** :

Les conditions du changement

Alex MUCCHIELLI a ainsi mis en évidence trois conditions qui doivent être réalisées simultanément pour que les mentalités et les pratiques puissent évoluer : l'existence d'une « pression » suffisamment forte de la situation sur les individus pour que ceux-ci ressentent la nécessité et l'intérêt du changement ; la présence de zones de liberté et d'expérimentation pour que des comportements nouveaux puissent voir le jour moralement et matériellement ; enfin la valorisation des nouveaux modèles de conduite pour favoriser leur diffusion.

En d'autres termes, **les facteurs clés de réussite du changement semblent être l'adhésion des individus, leur implication et l'adoption d'un nouveau regard sur la réalité de leur part.** Cela soulève la question de la légitimité et de l'éthique d'un recours à des techniques d'influence :

◆ Quelle place pour les techniques d'influence ?

D'après certains chercheurs, des techniques d'influence sont susceptibles de faciliter l'obtention d'un comportement donné de la part d'un individu (l'adoption d'une pratique nouvelle par exemple).

Bien entendu, il ne s'agit pas d'envisager ici les méthodes violentes de propagande, inventées et mises en œuvre dans le dessein de faire perdre aux individus leur système de référence, ni les techniques grossières de manipulation des groupes (désinformation, diffusion de stéréotypes).

Il s'agit plutôt d'évoquer quelques méthodes subtiles et « policées », permettant d'influencer les comportements de manière « libérale ».

Kurt LEWIN a montré par exemple que le changement d'attitude des individus peut être facilité en utilisant « la dynamique de groupe », en prenant appui sur des leaders influents ou sur des suiveurs dans toutes les strates de l'organisation. En effet, ses travaux relatifs aux habitudes alimentaires des ménagères américaines ont débouché sur la conclusion qu'il est plus aisé de changer les idées et les pratiques d'un petit groupe que d'individus isolés, les membres du groupe étant disposés à adhérer à de nouvelles normes dès lors que le groupe dans son ensemble a exprimé son adhésion.

R.V. JOULE et J.L. BEAUVOIS, dans leur « Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens »³⁸, **ont pour leur part développé la thèse de la « soumission librement consentie »**, selon laquelle il est possible d'amener des individus à adopter une attitude donnée, tout en préservant leur liberté ou sentiment de liberté. La méthode qu'ils proposent est une « *technologie comportementale* », qui consiste à agir non pas sur la personnalité de l'individu mais sur les circonstances et leur enchaînement. Il s'agit de faire adopter un comportement préparatoire anodin à l'individu pour obtenir ensuite le comportement escompté, l'individu ayant naturellement tendance à persévérer dans ses actes.

³⁸ Cf. Bibliographie

Si ces analyses sont fort intéressantes, **notre culture tolère assez difficilement le recours à de telles techniques** d'influence ou de manipulation, de connotation péjorative.

Nous pourrions néanmoins retenir de la thèse de JOULE et BEAUVOIS la notion centrale d'« *effet d'engagement* », selon laquelle les individus tendent à adhérer -au sens propre- à ce qui leur paraît être leurs décisions, et par suite à se comporter en conformité avec elles.

Françoise KOURILSKY considère pour sa part que « *la performance du promoteur du changement repose en priorité sur sa capacité à créer, à construire le désir d'évoluer* » :

◆ La nécessité de créer le désir de changer

Françoise KOURILSKY, Docteur en psychologie et auteur de l'ouvrage « Du désir au plaisir de changer »³⁹, souligne que **la résistance au changement tient moins souvent aux individus concernés qu'aux méthodes qui sont adoptées** pour mener le changement : « *le fait de décréter un changement déclenche généralement un peu plus d'immobilisme dans les organisations (...); ressenti comme un « diktat », une non-acceptation de leur identité, il est vécu comme une agression* ».

D'après son analyse, le management du changement est essentiellement une affaire de **pédagogie** et le plus important est de **créer le désir de changer**. Cela passe par le respect de « *l'écologie humaine* » : son capital d'expériences, ses valeurs, ses potentialités.

« *Il ne suffit pas d'expliquer ni de comprendre pour changer : ce qui est primordial c'est d'obtenir de nos interlocuteurs leur coopération pour qu'ils « fassent autrement ».* »

Le meilleur moyen pour parvenir à cela semble être la production collective du changement :

1.2.2.2 L'importance de la production collective du changement

Le changement est souvent conçu -à tort- comme un mouvement descendant qui doit s'appliquer de façon uniforme et impersonnelle à l'ensemble de l'organisation. Cette vision tient sans doute au fait que les membres des organisations ont pendant longtemps été appréhendés comme de simples exécutants, des instruments passifs, avant d'être enfin reconnus comme des acteurs à part entière. Or, « *la vision top down (du*

³⁹ Cf. Bibliographie

haut vers le bas) qui construit un plan d'ensemble dans lequel tout est prévu est à la fois mégalomane, inapplicable et finalement sans grand effet » (François DUPUY).

En matière de changement tout particulièrement, il est très important de **valoriser le rôle des acteurs**, car ils sont en première ligne face aux évolutions nécessaires : le changement signifie l'apprentissage de nouveaux comportements.

- ◆ Les membres de l'organisation ne peuvent plus être considérés comme de simples exécutants

Au début du vingtième siècle, lorsque TAYLOR et FAYOL ont dégagé pour la première fois les principes d'administration et de direction du travail, **la conception dominante était l'emploi des hommes comme auxiliaires des machines**, dans l'exécution des tâches de production routinières. L'organisation et le management étaient entièrement marqués par la métaphore de la pyramide.

L'Organisation Scientifique du Travail (OST) donnait la prééminence au rationnel, à l'organisation, aux procédures et aux structures. La dimension psychologique et psychosociologique du travail était négligée ; le principe d'autorité était posé comme « *le droit de commander et le pouvoir de se faire obéir* », comme en témoigne cette formule de Gustave LE BON : « *Le dirigeant est le cerveau qui commande et les employés sont les organes qui obéissent* ».

Le modèle dominant en matière de changement était le changement rationnel : dans cette approche, les membres de l'organisation n'avaient pas leur mot à dire, devaient faire confiance et accepter les bouleversements « pour le bien de l'organisation ».

Si cette conception n'a pas complètement disparu, elle a considérablement décliné depuis le début du siècle.

Avec le mouvement des relations humaines, porté par Elton MAYO dans les années 1930, **une place centrale a été conférée à l'individu**, la personne, l'affectif et les relations.

MAYO a découvert l'importance du **climat psychologique** et des **modalités de commandement** sur le comportement au travail. Il a mis l'accent sur les relations de groupe qui se constituent entre les travailleurs pour réagir à la prescription et à la consigne et a souligné la nécessité de prendre en compte les désirs des travailleurs, à savoir, au-delà des aspirations matérielles, le souhait d'être socialement reconnu, d'exercer un travail valorisant, d'avoir de bonnes relations avec leurs supérieurs. La conception pyramidale a fait place à une conception plus « circulaire ».

À la suite l'Elton MAYO, D. MAC GREGOR a mis en exergue l'importance de l'**implication** et de la **responsabilisation** des employés : selon son analyse, la crainte de la sanction n'est pas le seul stimulus au travail ; un objectif clairement défini qui engage la responsabilité du travailleur peut constituer aussi une incitation puissante à l'action.

De **nouvelles « modes » de management** sont nées dans ce sillage : management participatif, empowerment⁴⁰, management stratégique⁴¹, etc.

Dans le domaine du changement, le mouvement du **développement organisationnel** a cherché, à partir des années 1970, comment changer sans provoquer l'apparition de la résistance au changement. Ce courant a voulu familiariser l'organisation avec l'idée que le changement et l'apprentissage sont des mécanismes naturels et essentiels, en recherchant collectivement avec tous les individus concernés ce qui fait obstacle au bon fonctionnement de l'organisation. L'idée sous-jacente était que l'employé ne peut être traité comme simple objet de sa propre transformation, mais doit être considéré avant tout comme un sujet.

Reposant sur un management de nature participative, le développement organisationnel a néanmoins fait l'objet de nombreuses critiques, en raison de ses dérives (production de désordre et de revendications, peu d'effets réels sur la structure formelle de l'organisation) ou de ses objectifs. David COURPASSON⁴² soutient ainsi que contrairement au modèle coopératif et négocié du changement diffusé par les sociologues, le changement est en pratique un moyen de « *légitimer en interne et en externe la souveraineté et la compétence supposées, et donc le pouvoir des gouvernants* » : les obligations normatives de l'environnement peuvent par exemple être instrumentalisées pour justifier des décisions de gestion difficiles et les faire accepter par les individus, au nom de la survie de l'organisation.

De l'École de l'OST, qui considérait l'individu comme un agent, agi par l'organisation et totalement interchangeable, à l'École des relations humaines, qui a reconnu dans l'individu un sujet unique et original, modelant la situation par sa personnalité, **le statut des membres de l'organisation a donc fortement évolué.**

Le courant stratégique et systémique de Michel CROZIER a tenté de dépasser ces deux visions antagonistes à travers les concepts d'« acteur » et de « système » en permanente interaction : chaque individu a sa stratégie personnelle et joue son propre jeu dans le système d'action dont il fait partie.

⁴⁰ Cf. Glossaire

⁴¹ Cf. Glossaire

⁴² Cf. Bibliographie

Il est donc indispensable aujourd'hui de prêter une attention particulière aux membres de l'organisation, qui peuvent jouer un rôle actif. Cela est d'autant plus vrai dans un contexte de changement, où les individus doivent faire l'apprentissage de comportements nouveaux :

◆ Le changement est un apprentissage

« Les équipes hospitalières (...) ne peuvent, sans une sensibilisation et une préparation, changer du jour au lendemain leur manière de concevoir le futur de leur institution ».

Cette citation, extraite de l'ouvrage « Réussir le changement » de DEBROSSE et ARBUZ⁴³, montre que le processus de changement doit privilégier les phénomènes d'apprentissage, **octroyer du temps pour changer**, permettre aux acteurs de s'engager progressivement.

CROZIER et FRIEDBERG ont particulièrement insisté sur la dimension d'apprentissage du changement également, en soulignant que **toute action de changement implique la découverte et l'acquisition de nouvelles capacités collectives**, de nouveaux modes de raisonnement. Cette idée les a conduits à prôner le processus participatif : « *le changement ne peut se réduire à une décision hiérarchique. Celui-ci doit être accompagné d'un apprentissage de nouveaux modes de relation* ». ⁴⁴

Enfin, Renaud SAINSAULIEU s'est inscrit dans la même perspective en matière de sociologie du travail, en affirmant que **le changement ne peut résulter que d'initiatives locales**, fondées sur un apprentissage progressif d'autres pratiques de production et de gestion : les actions de changement ne doivent pas être décidées ex-nihilo mais reposer sur les réactions des individus aux sollicitations de leur environnement.

⁴³ Cf. Bibliographie

⁴⁴ Cours de sociologie de F.X. SCHWEYER, Ecole Nationale de Santé Publique

Pour résumer toute cette dialectique en quelques idées fondamentales, le directeur peut aider ses employés à réaliser et à vivre le changement, s'il est conscient que « *la rhétorique seule n'est plus suffisante pour s'adjoindre le concours des employés au processus de changement* » (Gérard OUIMET et Yvon DUFOUR)⁴⁵.

Le changement souhaitable ne pourra être obtenu que s'il y a une appropriation des évolutions en cours par les acteurs concernés, c'est-à-dire s'ils adhèrent volontairement à l'expérience du changement et s'ils sont partie prenante dans ce processus.

« *Le changement proposé initialement (devient alors) leur changement vécu et ressenti ».*

Cette appropriation est certainement un processus lent et coûteux, mais sans elle, les nouvelles orientations décidées « d'en haut » risquent fort de créer du malaise, de rester des vœux pieux et de ne pas se traduire en actes, les pratiques demeurant à l'état de statu quo.

Or, en matière de management, la réflexion s'est sans doute trop souvent focalisée sur une conduite du changement de nature unilatérale et relativement descendante, au détriment de l'appropriation du changement par les individus concernés.

C'est donc un renversement de perspective que nous proposons d'effectuer.

Mais quelles sont les variables déterminantes dans le processus d'appropriation du changement ?

Les analyses sociologiques donnent quelques éclairages sur cette question : le degré d'appropriation du changement serait lié à l'aspect cognitif (vision, croyances, savoir et savoir-faire) au niveau de l'individu et de l'organisation, ainsi qu'à la méthodologie de changement mise en œuvre ; l'appropriation serait plus ou moins rapide selon la nature du changement, le « métabolisme » de l'organisation, la personnalité des dirigeants, les ressources et les jeux internes.

Qu'en est-il sur le terrain, en milieu hospitalier ?

L'expérience du Centre Hospitalier d'Hyères en matière de prévention du risque nosocomial confirme que la production normative (en l'espèce des recommandations d'hygiène) ne suffit pas à susciter une évolution des pratiques professionnelles si elle ne s'inscrit pas dans un contexte d'appropriation du changement par le personnel. Cet exemple de terrain permet également d'identifier quelques facteurs déterminants dans le processus d'appropriation du changement, pouvant agir comme des leviers ou des forces d'inertie.

⁴⁵ Cf. Bibliographie

2 - L'APPROPRIATION DU CHANGEMENT PAR LE PERSONNEL, CONDITION ESSENTIELLE POUR FAIRE EVOLUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le Centre Hospitalier d'Hyères, comme de nombreux autres établissements de santé, est confronté à la problématique du changement dans de nombreux domaines.

Soucieux de satisfaire tout à la fois les évolutions réglementaires relatives à la sécurité sanitaire et le renforcement des exigences de la population en matière de qualité des soins, il a par exemple consacré beaucoup d'efforts à la gestion des risques hospitaliers, notamment en ce qui concerne le risque infectieux nosocomial. De fait, un important dispositif de prévention a été mis en place dans ce domaine, grâce à l'action conjuguée du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH), soutenus par la direction dans leurs orientations.

Un des axes fondamentaux de la prévention des infections nosocomiales consiste à faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers dans le sens d'une meilleure hygiène : aujourd'hui, on considère en effet qu'une observance rigoureuse des mesures d'hygiène (lavage des mains, entretien du matériel, désinfection, respect des procédures d'isolement, etc.) permettrait à elle seule de réduire de 20 à 30 % les cas d'infections nosocomiales.

Or, il semble que **sur le terrain** et dans le déroulement quotidien des activités au Centre Hospitalier, **l'évolution des pratiques professionnelles demeure partielle.**

Quelle est la perception des agents à ce propos et à quoi attribuer cette situation ?

L'évaluation du dispositif de prévention des infections nosocomiales menée auprès du personnel montre que les agents eux-mêmes n'ont pas tous le sentiment d'avoir modifié leurs pratiques.

Cette évolution inachevée des comportements tient, semble-t-il, à une appropriation encore incomplète du changement par les acteurs, dont nous pouvons identifier des facteurs à la fois humains et environnementaux.

2.1 LES ENSEIGNEMENTS DE LA DEMARCHE MENEES AU CENTRE HOSPITALIER D'HYERES EN MATIERE DE PREVENTION DU RISQUE NOSOCOMIAL

« Au lieu de s'ingénier à tuer les microbes dans les plaies, ne serait-il pas plus raisonnable de ne pas les y introduire. » Louis PASTEUR⁴⁶

Établissement public de santé d'environ 400 lits et 800 employés, le Centre Hospitalier d'Hyères a la volonté d'assurer une mission d'hôpital polyvalent de proximité, au service de la population de sa zone d'attractivité -département du Var essentiellement⁴⁷.

Il se positionne dans son environnement sanitaire et social en essayant de **valoriser son dynamisme, la qualité de ses prestations et son aptitude à répondre aux sollicitations nouvelles**, qu'il s'agisse des préoccupations et des besoins de la population, sans cesse évolutifs, des progrès techniques et informatiques ou encore des nouvelles dispositions réglementaires.

Le Centre Hospitalier d'Hyères est donc particulièrement concerné par la problématique du changement, par dépendance à l'égard de l'environnement mais aussi par choix stratégique. Les professionnels qui y exercent leur activité sont invités à questionner en permanence leurs pratiques et à les remettre en cause si cela s'avère nécessaire.

Le dispositif de prévention du risque infectieux nosocomial mis en place dans l'établissement en est une illustration intéressante, qui permet de mettre en évidence le rôle fondamental de l'appropriation du changement⁴⁸ par les acteurs concernés pour parvenir à une évolution effective des pratiques professionnelles.

⁴⁶ Compte-rendu de l'Académie des Sciences, séance du 28 Avril 1878

⁴⁷ Cf. Présentation de l'établissement en Annexe N° 1

⁴⁸ Cf. Glossaire

2.1.1 Présentation du contexte

2.1.1.1 Le Centre Hospitalier d'Hyères face au changement

« **Au-delà de notre mission** ». La devise du Centre Hospitalier d'Hyères reflète les axes stratégiques que la direction de l'établissement a souhaité privilégier, en tenant compte tout à la fois des mutations en cours dans l'environnement hospitalier et des potentialités de changement locales.

Ces axes sont la recherche de la meilleure adéquation possible des ressources humaines et techniques aux besoins de la population, le développement des nouvelles technologies de l'information et de la communication à l'hôpital, l'ouverture de l'établissement sur les problèmes de société et les partenaires extérieurs (communauté d'établissements, réseau Ville Hôpital, filières de soins), enfin et surtout **la promotion permanente de la qualité et de la sécurité des soins**.

◆ Le choix de la qualité et de la sécurité des soins

S'il ne s'agit pas de préoccupations nouvelles, **la qualité et la sécurité constituent des enjeux de plus en plus prégnants au Centre Hospitalier** et font désormais l'objet d'une réflexion institutionnelle.

En janvier 1998, l'établissement a entrepris de sensibiliser les personnels au développement continu de la qualité. Cette démarche a préparé les services à la procédure d'accréditation⁴⁹, dans laquelle la direction du Centre Hospitalier a souhaité s'engager rapidement.

Entre le temps de l'auto-évaluation (fin 1999) et la visite des experts visiteurs de l'ANAES (début 2001), de nombreuses actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité se sont spontanément mises en place, témoignant de la dynamique impulsée par l'accréditation.

En outre, le rapport de l'ANAES constitue une source d'informations inestimable pour engager les progrès organisationnels attendus.

L'établissement doit désormais développer une politique globale de gestion de la qualité et de prévention des risques, grâce à une instance formalisée et fonctionnelle.

⁴⁹ Cf. Glossaire

De fait, ce sont essentiellement des **démarches sectorielles** qui ont vu le jour jusqu'à présent, notamment dans les domaines susceptibles de mettre gravement en jeu la sécurité des usagers, à savoir : les vigilances sanitaires⁵⁰, la stérilisation⁵¹, l'hygiène clinique, la sécurité anesthésique, l'eau, l'air, les fluides, la collecte et l'élimination des déchets hospitaliers, la sécurité incendie, la sécurité alimentaire⁵².

Parmi ces multiples démarches, la prévention du risque infectieux nosocomial occupe une place substantielle dans l'établissement.

Dans le rapport d'orientation budgétaire 2002, le renforcement de la sécurité sanitaire est d'ailleurs énoncé au rang des priorités absolues pour l'année à venir, afin de prendre en compte le risque relatif au nouveau variant de la maladie de Creutzfeld Jacob en particulier.

Cette préoccupation tient au fait que l'infection nosocomiale⁵³ constitue souvent un critère de non-qualité des soins et qu'elle recouvre des enjeux à la fois sanitaires, socioéconomiques, éthiques et juridiques.

◆ L'infection nosocomiale, critère de non-qualité des soins

Les infections sont dites « nosocomiales » lorsqu'elles sont acquises pendant le séjour hospitalier et qu'elles n'étaient ni présentes ni en incubation au moment de l'admission.

Certaines de ces infections sont dites « endogènes » car elles surviennent chez des malades fragilisés, atteints d'affections très graves et / ou dont les défenses immunitaires sont très affaiblies (SIDA, cancer, chimiothérapie, etc.) ; d'autres sont directement liées à un acte réalisé pendant l'hospitalisation ou à la présence de germes dans l'environnement hospitalier (eau, air, alimentation).

La transmission des infections nosocomiales se produit dans 90 % des cas par contact de personne à personne (« transmission croisée ») : les micro-organismes présents chez les malades sont le plus souvent transportés par les mains des soignants au cours des soins ou par des instruments ou dispositifs médicaux. La transmission se fait plus rarement par voie aérienne et très rarement à partir des « réservoirs » situés dans l'environnement hospitalier. On considère que 45 % des infections nosocomiales surviennent chez des porteurs de

⁵⁰ Un important travail a été réalisé notamment en matière de sécurité transfusionnelle et le manuel GBEA est en cours de finalisation au laboratoire

⁵¹ Certifiée ISO 9002

⁵² La démarche HACCP est mise en œuvre en cuisine

⁵³ Cf. Glossaire

dispositifs invasifs (sondes, cathéters) ou des malades ayant subi un acte invasif (intervention chirurgicale, endoscopies) ... dont la moitié seraient évitables.

S'il paraît difficile de contenir les infections nosocomiales d'origine « endogène », les autres infections sont en effet davantage compressibles, car elles tiennent souvent à des fautes d'hygiène ou à des défauts d'organisation : manque de vigilance des professionnels, accommodements avec les précautions de base (lavage des mains, port de gants, etc.), insuffisante prise en compte de l'hygiène par l'administration...

L'évolution des pratiques professionnelles est donc un élément central dans la lutte contre les infections nosocomiales. Pour reprendre l'expression de Pascal ASTAGNEAU, médecin membre du C-CLIN Paris Nord, *«seule l'assimilation par les soignants d'une culture de l'hygiène intégrée aux soins permettra de diminuer efficacement et durablement les coûts humains et économiques engendrés par ces infections ».*

Les enjeux de ce changement sont multiples.

En termes de santé publique tout d'abord, les enquêtes épidémiologiques mettent en évidence un taux de prévalence de 6 à 10 % de malades porteurs d'une infection nosocomiale un jour donné et la létalité par infection nosocomiale dans les hôpitaux de plus de 500 lits est évaluée à 3,3 % des malades infectés (10 000 à 20 000 morts par an). C'est pourquoi les infections nosocomiales ont été reconnues comme une priorité nationale de santé publique lors de la Conférence Nationale de Santé de 1997.

Sur un plan économique et social, les infections nosocomiales engendrent un surcoût économique estimé entre 3 et 5 Milliards de francs par an (accroissement de la durée de séjour, consommation d'antibiotiques, examens de laboratoire, charge en soins...) ; en outre elles font l'objet d'une sensibilité sociale croissante, comme l'illustrent la mobilisation des médias, l'apparition d'associations telles que « Le Lien », l'exigence d'une plus grande transparence de la part des usagers (Etats Généraux de la santé en 1999).

Enfin, **en termes éthiques et juridiques,** être infecté dans un établissement de soins n'est ni logique ni acceptable aujourd'hui. La lutte contre les infections nosocomiales figure désormais parmi les missions de tout établissement de santé, public ou privé⁵⁴ et le cadre législatif et réglementaire⁵⁵ a formalisé depuis 1998 les obligations des structures sanitaires dans ce domaine. Les établissements de santé doivent ainsi déterminer un programme d'actions contre les infections nosocomiales, constituer un CLIN, se doter d'une EOHH, signaler certaines infections nosocomiales, informer de manière systématique les usagers et les personnels, mettre en place des correspondants en hygiène...

⁵⁴ Loi du 1/07/1998

⁵⁵ Cf. Bibliographie (textes juridiques)

Les circulaires ministérielles se succèdent également, au nom du « principe de précaution »⁵⁶.

Cet encadrement normatif répond aux exigences du public en matière de sécurité sanitaire, que les juridictions administrative et civile ont également pris en considération : désormais, la responsabilité des établissements de santé en matière d'infection nosocomiale est engagée pour faute présumée⁵⁷. Pour s'exonérer de cette responsabilité, les établissements doivent prouver qu'ils ont mis en œuvre toutes les règles et recommandations d'hygiène, ce qui est très difficile en pratique. Quant aux établissements privés, leur responsabilité est reconnue même en l'absence de faute -sauf cause étrangère- en application du principe d'obligation de résultat en matière de sécurité⁵⁸.

Au Centre Hospitalier d'Hyères, le CLIN a identifié les problèmes les plus importants, défini des axes de travail principaux et structuré un dispositif relativement complexe de prévention des infections nosocomiales :

2.1.1.2 Le dispositif de prévention du risque nosocomial élaboré au Centre Hospitalier d'Hyères

« Plus que jamais, la faculté de soigner sans rendre malade est l'objectif du XXI^e siècle »⁵⁹.

Le CLIN du Centre Hospitalier d'Hyères réunit diverses compétences, parmi lesquelles on peut noter une infirmière diplômée en hygiène hospitalière, un praticien hygiéniste, un praticien épidémiologiste, des correspondants hygiène⁶⁰, un secrétariat et des membres du bureau (biologiste et pharmacien) très actifs également.

La politique de maîtrise du risque infectieux nosocomial au Centre Hospitalier se traduit par un programme d'actions pluriannuel, qui repose sur une **méthodologie de projet d'amélioration de la qualité** : des groupes projets rassemblant des membres du

⁵⁶ Stérilisation des dispositifs médicaux (1997), isolement septique (1998), bon usage des antibiotiques (1996), désinfection des endoscopes (1997), précautions pour réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels (2001), etc.

⁵⁷ Arrêt « Cohen », Conseil d'Etat, 9 Décembre 1988

⁵⁸ Arrêts de la Cour de Cassation, Première chambre civile, des 29 Juin et 9 Novembre 1999

⁵⁹ « Nouvel Hop's », revue de communication extérieure du Centre Hospitalier d'Hyères

⁶⁰ Cf. Glossaire

CLIN se sont constitués pour mettre en œuvre le programme défini, chaque action se déroule selon un calendrier et quelques indicateurs ont été formalisés.

◆ Le contenu du dispositif⁶¹

Le dispositif de prévention des infections nosocomiales élaboré par le CLIN comprend les axes de travail suivants :

La surveillance épidémiologique

Des enquêtes de prévalence sont menées ; des stratégies de surveillance sont ciblées sur certains secteurs critiques (bloc opératoire, réanimation, maternité, chirurgie) et un dispositif d'alerte, essentiellement oral jusqu'à présent, est en cours de structuration.

L'élaboration de protocoles et de recommandations à l'attention du personnel

Des protocoles⁶² ou procédures⁶³ sont régulièrement élaborés, expérimentés, validés et actualisés (tous les 3 ans) en matière d'hygiène. Ils sont regroupés dans chaque secteur d'activité sous forme de **classeur d'hygiène⁶⁴, formalisé selon un processus d'assurance qualité.** Certaines procédures font ensuite l'objet d'audits afin d'évaluer leur effectivité et leur efficacité.

À travers ces outils mis à la disposition des professionnels, le CLIN entend introduire des changements dans les pratiques hospitalières afin de réduire l'incidence des infections nosocomiales liées à un défaut d'observance des mesures d'hygiène.

La formation et l'information des professionnels de l'établissement

Cet axe, complémentaire du précédent, vise à sensibiliser le plus possible les professionnels à l'importance de la maîtrise du risque infectieux lors de leur pratique quotidienne.

La formation et l'information sont d'autant plus importantes que **les agents infectieux évoluent et impliquent une adaptation permanente des pratiques.**

Au Centre Hospitalier d'Hyères, un effort d'**information** est réalisé en direction des personnels par divers moyens : communication aux instances (CME, CHSCT), journal interne « Communiquez », disponibilité de l'infirmière hygiéniste, informations diverses par le

⁶¹ Cf. Annexes N° 2 et 3

⁶² Cf. Glossaire

⁶³ Cf. Glossaire

⁶⁴ Le classeur s'inspire des « 100 recommandations » du CTIN ; Cf. Sommaire du classeur et exemple de recommandation en Annexe N° 4

biais de l'Intranet. En outre, des actions de prévention du risque infectieux sont mises en place dès l'embauche pour les personnels paramédicaux, qui se voient remettre un livret d'accueil consacré spécifiquement à l'hygiène hospitalière.

Quant à la **formation**, elle a lieu en cours d'exercice professionnel, essentiellement à l'attention des personnels paramédicaux, afin qu'ils mesurent les enjeux de l'hygiène et prennent conscience des changements de pratiques à accomplir.

La sécurité des personnels

La commission « Accidents d'Exposition au Sang » (AES) et le CLIN ont mis en œuvre des actions de prévention sur les risques de contamination et défini un dispositif de prise en charge des personnes accidentées.

La surveillance et la maîtrise de l'environnement hospitalier :

Des procédures existent pour l'entretien des **locaux**, le traitement du **linge**, la maîtrise du **risque alimentaire**, la surveillance de la qualité de l'**eau** et le nettoyage des filtres à **air**.

La politique antibiotique, antiseptique et le traitement des dispositifs médicaux

Un programme d'antibioprophylaxie préventif et curatif a été élaboré et la consommation antibiotique fait l'objet d'un suivi. Quant aux dispositifs médicaux, un système d'assurance qualité a débuté en décembre 2000 pour la **stérilisation**, aujourd'hui certifiée ISO 9002.

Le dispositif de prévention du risque infectieux nosocomial défini au Centre Hospitalier d'Hyères est donc bien structuré et s'avère relativement « sophistiqué », comme l'implique la formalisation de type assurance qualité.

En revanche, des incertitudes persistent quant à l'effectivité des modifications de pratiques sur le terrain :

◆ Des incertitudes quant à l'effectivité du changement de pratiques

Les pratiques hospitalières ont-elles évolué sur le terrain, dans la pratique quotidienne des professionnels de santé ? **Les recommandations d'hygiène, notamment, ont-elles eu l'incidence escomptée ?**

Plusieurs constats ou observations invitent à la prudence et font penser qu'il existe une certaine inertie des pratiques professionnelles en matière d'hygiène.

Les constats effectués par le CLIN

Les interventions régulières de l'EOHH dans les services, pour rappeler les règles d'hygiène de base, les résultats de certains audits de procédures, les questions parfois surprenantes des personnels lors des sessions de formation, la persistance de quelques infections nosocomiales « évitables » (infections sur cathéters notamment) sont autant d'**indices qui conduisent à penser que les comportements des hospitaliers n'ont pas tous évolué** de la manière escomptée.

Les experts visiteurs de l'ANAES ont repris ce questionnement dans leurs observations, en s'interrogeant sur un **décalage éventuel entre le dispositif formel de prévention des infections nosocomiales, très avancé conceptuellement, et l'adaptation des pratiques sur le terrain**. Ce faisant, ils ont invité l'établissement à évaluer l'effectivité et l'efficacité des actions de prévention du risque infectieux, conformément au référentiel Surveillance et Prévention du risque Infectieux (SPI) N° 11 du manuel ANAES.

L'observation du terrain⁶⁵

En observant personnellement les pratiques quotidiennes des hospitaliers à l'occasion de notre premier stage au Centre Hospitalier d'Hyères, de Février à Avril 2000, nous avons nous-mêmes noté la **distance qui sépare le travail réel du travail prescrit** : les mesures d'hygiène deviennent parfois une préoccupation secondaire dans les situations d'urgence, de glissement de tâches, de surveillance lourde à effectuer ; la configuration des locaux ne permet pas toujours de respecter les prescriptions d'hygiène ; enfin il arrive également que l'oubli des recommandations s'installe après un certain temps.

Dans ce contexte, **le CLIN a souhaité évaluer le dispositif de prévention des infections nosocomiales afin de connaître la perception du personnel** à propos de ses atouts et de ses défauts ou carences. Avec l'accord du bureau du CLIN, nous avons effectué cette enquête dans le cadre du présent mémoire.

Le Président du CLIN a manifesté son intérêt pour l'approche sociologique de la question, se demandant lui-même comment une infirmière peut se sentir engagée par les recommandations d'hygiène.

⁶⁵ Pour cette observation, nous avons employé la méthode du journal de terrain.

2.1.2 L'évaluation du dispositif de prévention du risque nosocomial

Après une première investigation qualitative auprès de chefs de service ou responsables d'unité, nous avons réalisé une enquête auprès du personnel de l'établissement afin de connaître leur opinion sur le classeur d'hygiène et le dispositif de prévention des infections nosocomiales de manière plus générale. Cette enquête met en évidence un bilan mitigé, sans doute en raison d'une appropriation encore imparfaite du changement par les professionnels concernés.

2.1.2.1 La réalisation de l'évaluation

Avant de procéder à une évaluation à grande échelle du dispositif de prévention des infections nosocomiales, il était nécessaire dans un premier temps de cibler des thèmes essentiels et de vérifier l'existence d'une approche relativement homogène des services sur la question des infections nosocomiales -afin de pouvoir donner sens à l'évaluation.

C'est pourquoi nous avons choisi d'organiser des **entretiens préliminaires avec quelques chefs de service ou responsables d'unité médicale**⁶⁶.

Suite à cette phase préliminaire, une **enquête de type quantitatif** a pu être envisagée et réalisée à travers un questionnaire d'évaluation.

◆ Les objectifs et le contenu de l'enquête

Les objectifs de l'enquête étaient à la fois les objectifs propres au CLIN, c'est-à-dire connaître la perception des agents à propos des recommandations d'hygiène, de la formation, etc. ; **et les objectifs propres à notre étude**, autrement dit savoir si les agents eux-mêmes ont le sentiment d'avoir modifié leurs pratiques et quels sont les éléments porteurs ou les insuffisances pour la réussite du changement : en particulier, quelle influence peut-on reconnaître aux recommandations professionnelles ?

Ce croisement d'objectifs explique la diversité des questions figurant dans le questionnaire d'évaluation.

⁶⁶ Leurs observations seront évoquées ultérieurement, dans la partie relative aux résultats, car elles se recoupent avec les remarques émises par le personnel dans le cadre de l'enquête quantitative.

Pour plus de simplicité et en raison du nombre de questions consacrées au classeur d'hygiène, le questionnaire s'intitule « Evaluation des recommandations d'hygiène ».

Il comprend⁶⁷ un paragraphe introductif explicitant l'objet de l'enquête ; des questions relatives à des variables situationnelles (profession, service, ancienneté, degré d'information ressenti, degré de participation) ; enfin des questions fermées et ouvertes visant à connaître les opinions et représentations des personnels sur les recommandations d'hygiène, la formation en hygiène et le dispositif de prévention des infections nosocomiales de manière plus large : A-t-il entraîné un changement de pratiques ? Constitue-t-il un progrès ? Comment peut-il être amélioré ?

◆ Les modalités et le déroulement de l'enquête

Afin d'obtenir la participation la plus large possible du personnel de l'établissement, la méthode suivante a été mise en œuvre pour la réalisation de l'enquête :

La validation de l'enquête

Le projet de questionnaire a été **soumis pour proposition à tous les membres du bureau du CLIN et expérimenté auprès de quelques employés** pour s'assurer de sa facilité de compréhension.

La sensibilisation des cadres et des médecins

Les **cadres soignants** ont été informés du projet d'enquête en réunion de cadres, avec l'accord de la Directrice du Service de Soins Infirmiers. Les autres cadres ont été rencontrés individuellement.

Quant aux **médecins**, ils ont fait l'objet d'une première information en CME puis par messagerie interne. Les chefs de service ont également reçu un courrier de sensibilisation les invitant à faire participer les médecins de leur service à l'enquête.

La distribution des questionnaires

La majorité des questionnaires a été remise **directement** aux services au moment des relèves, en explicitant l'objet de l'évaluation aux agents présents.

L'enquête a été présentée comme **volontaire, anonyme et ouverte à toutes les catégories** professionnelles souhaitant y participer.

⁶⁷ Cf. Exemple du questionnaire en Annexe N° 5

Une période relativement calme (fin mai) a également été choisie pour l'enquête et un délai de deux semaines et demie a été accordé entre la distribution et le recueil des questionnaires.

La **population de référence** prise en compte pour le calcul de l'échantillon est constituée des destinataires du classeur d'hygiène, soit environ 600 agents (médecins et personnel non médical).

En prévision d'un taux de retour susceptible d'être faible malgré la méthode mise en œuvre, **environ 300 questionnaires ont été distribués** dans les services cliniques, médico-techniques, techniques et généraux⁶⁸.

La méthode des quotas n'a pas été retenue pour la définition de l'échantillon, car cela aurait rendu impossible la comparaison entre les services, les services de soins étant numériquement beaucoup plus importants que les services médico-techniques, techniques et généraux -fondamentaux eux aussi au regard de la problématique des infections nosocomiales.

Un échantillon stratifié a été utilisé, un nombre identique de questionnaires étant distribué dans chaque service, dans la mesure du possible.

Cet échantillon n'est donc pas parfaitement représentatif de la population de référence (pour les tris à plat), mais il permet de travailler sur la corrélation entre certains facteurs (tris croisés). Par ailleurs, on peut noter que lorsque l'on agrège les données au niveau du secteur d'activité, on retrouve les proportions 2/3 soignants ; 1/3 médico-techniques, techniques et généraux.

Au final, 218 questionnaires ont été recueillis, soit un taux de retour très satisfaisant, supérieur à 72 %. Le taux de retour a été beaucoup moins important chez le personnel médical (47,8 %) que chez le personnel non médical (79 %)⁶⁹.

Les participants à l'enquête se répartissent entre les différents secteurs de la manière suivante : secteur clinique 64,2 %, secteur médico-technique 20,2 %, secteur technique et général 11,9 %⁷⁰.

Tous les résultats de l'évaluation ne seront pas développés ici, certains répondant essentiellement aux interrogations propres au CLIN.

⁶⁸ 67 questionnaires à l'attention du personnel médical et 234 à l'attention du personnel non médical

⁶⁹ Cf. Annexe 6 Tableau N° 1

⁷⁰ Cf. Annexe 6 Tableau N° 2

Nous expliciterons en priorité les résultats nous intéressant par rapport à la problématique du changement.

2.1.2.2 Les résultats⁷¹

Les résultats de l'évaluation menée auprès du personnel peuvent être synthétisés à travers les deux idées suivantes : **le ressenti des acteurs confirme que le bilan du dispositif de prévention des infections nosocomiales est mitigé en termes d'évolution des pratiques professionnelles, et cette évolution reste inachevée sans doute du fait d'une appropriation encore incomplète du changement par tous les acteurs.**

◆ Un bilan mitigé en termes d'évolution des pratiques professionnelles

À la question « *Pensez-vous que le dispositif de prévention des infections nosocomiales a entraîné un changement dans vos pratiques professionnelles ?* », seulement 47,2 % des participants à l'enquête ont répondu affirmativement.

12 % des personnes n'ont pas pris position, 28 % se sont timidement positionnés en répondant « partiellement » et 12,8 % ont répondu « très partiellement » ou « non »⁷².

Ce ressenti des individus rejoint les observations effectuées par le CLIN et l'EOHH.

En outre, on peut constater que les réponses à cette question présentent des disparités selon les professions et les secteurs d'activité.

Concernant les **professions**⁷³, 65,7 % du personnel médical ayant participé à l'enquête considère avoir changé ou partiellement changé de pratiques, contre 76,7 % du personnel non médical, et 18,7 % affirme avoir changé très partiellement ou pas du tout de pratiques, contre 11,9 % du personnel non médical.

Quant aux **secteurs d'activité**⁷⁴, le secteur clinique est celui qui reconnaît le plus avoir modifié ou partiellement modifié ses pratiques (à 80,7 %), le secteur médico-technique est celui qui a le plus répondu « très partiellement » ou « non » (à 27,2 %), le secteur technique et général est celui qui s'est le plus abstenu de répondre (à 23 %), se sentant peut-être moins concerné ou moins mobilisé que les autres.

⁷¹ Le logiciel « Sphinx » a été utilisé pour l'exploitation des résultats.

⁷² Cf. Annexe 6 Tableau N° 3

⁷³ Cf. Annexe 6 Tableau N° 4

⁷⁴ Cf. Annexe 6 Tableau N° 5

Si l'on détaille les résultats à l'échelle des services, il est intéressant de constater que les services qui reconnaissent le plus avoir modifié leurs pratiques sont la réanimation, les services de médecine (court séjour et gériatrie), les services de chirurgie et la blanchisserie ; ceux qui affirment le plus avoir modifié partiellement ou pas du tout leurs pratiques sont les urgences, la gynécologie obstétrique, les services médico-techniques et le secteur du nettoyage ; enfin ceux qui s'abstiennent le plus sont les ateliers et la cardiologie. En revanche, les résultats de l'enquête ne permettent pas d'établir clairement un lien entre l'ancienneté et le changement (ressenti).

Comment expliquer ce bilan mitigé en termes d'évolution des pratiques ?

La qualité des recommandations d'hygiène ne semble pas être en cause.

En effet, les participants à l'enquête expriment en grande majorité leur satisfaction en ce qui concerne le classeur d'hygiène⁷⁵ : 88,1 % le jugent facilement ou plutôt facilement accessible, 85,3 % considèrent que sa présentation est tout à fait ou plutôt agréable, 86,7 % trouvent son utilisation tout à fait ou plutôt pratique et 82,1 % estiment que le classeur est tout à fait ou plutôt complet.

Par ailleurs, l'effet propre des recommandations d'hygiène sur la modification des pratiques professionnelles n'est pas certain⁷⁶ : les participants qui affirment consulter rarement ou jamais le classeur sont certes plus nombreux que les autres à dire qu'ils ont changé très partiellement ou pas du tout de pratiques, mais les personnes qui déclarent consulter souvent le classeur n'affirment pas plus avoir changé ou partiellement changé de pratiques que celles qui consultent ponctuellement le classeur.

Il semblerait plutôt que l'évolution des pratiques reste inachevée en raison d'une appropriation encore incomplète du changement par tous les acteurs :

◆ Une appropriation encore incomplète du changement

Trois indicateurs permettent de penser que tous les acteurs ne se sont pas pleinement approprié le changement inhérent à la prévention des infections nosocomiales⁷⁷.

⁷⁵ Cf. Annexe 6 Tableau N° 6 (a, b, c, d)

⁷⁶ Cf. Annexe 6 Tableau N° 7

⁷⁷ Rappel : **S'approprier un changement donné, c'est considérer qu'il est pertinent, se reconnaître en lui et s'affirmer comme acteur de ce changement** (cf. Glossaire pour une définition plus complète)

Tout d'abord, le dispositif de prévention du risque nosocomial n'est pas perçu comme un progrès par tous les participants.

A la question « *Le dispositif mis en place par l'équipe d'hygiène vous semble-t-il être un progrès et un « plus » pour l'exercice de votre activité ?* », 37,6 % des personnes ont répondu « tout à fait », 43,1% « plutôt oui », 11,9 % se sont abstenus et 7,4 % ont déclaré « plutôt non » ou « pas du tout »⁷⁸.

Comme pour la question relative au changement de pratiques, on constate des **disparités de réponses selon les professions et les services.**

Le **personnel médical** est proportionnellement plus nombreux que le personnel non médical à affirmer que le dispositif de prévention des infections nosocomiales ne représente plutôt pas un progrès (12,5 % contre 5,4 %) ⁷⁹.

Au niveau des **secteurs d'activité**, les positions exprimées ne présentent pas de véritable contraste ; en revanche, certains **services** sont majoritairement acquis à l'idée d'un progrès (dans l'ordre décroissant les services de médecine, la réanimation, l'imagerie médicale, la restauration, les urgences, la cardiologie, la pharmacie) alors que d'autres sont beaucoup moins convaincus (gynécologie obstétrique, bloc opératoire / anesthésie / endoscopies, ateliers, nettoyage)⁸⁰.

En second lieu, les employés ne s'affirment pas majoritairement comme des acteurs du changement : 54 % seulement des participants à l'enquête se positionnent comme une force de proposition en répondant à la dernière question « *Selon vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré pour aller plus loin dans la prévention des infections nosocomiales ?* » et, parmi les personnes n'ayant pas participé à l'élaboration des recommandations d'hygiène, aux réunions du CLIN ou au réseau des correspondants hygiène, plus d'1/3 affirment qu'elles ne souhaitent pas être plus associées, manifestant peut-être par là un certain désintérêt.

Autre signe d'appropriation insuffisante du changement par le personnel : les outils mis en place dans le cadre du changement ne sont pas pleinement utilisés (65,6 % des participants affirment consulter ponctuellement le classeur d'hygiène, 7,3 % répondent « souvent », 14,7% « rarement » et 8,7 % « jamais »).

⁷⁸ Cf. Annexe 6 Tableau N° 8

⁷⁹ Cf. Annexe 6 Tableau N° 9

⁸⁰ Cf. Annexe 6 Tableau N° 10

Quels sont donc les déterminants qui peuvent influencer sur l'appropriation du changement par les individus ?

Les réponses à la dernière question de l'enquête et les entretiens préliminaires réalisés auprès de quelques médecins permettent de dégager des pistes de réflexion :

2.2 IDENTIFICATION DE QUELQUES DETERMINANTS DANS LE PROCESSUS D'APPROPRIATION DU CHANGEMENT

Sur la base des **remarques émises par les médecins lors des entretiens** et des **observations formulées par les participants à l'enquête**, il semble que les paramètres suivants, que nous avons regroupés en facteurs humains d'une part, et environnementaux d'autre part, jouent un rôle déterminant dans l'appropriation du changement par les individus :

2.2.1 Des facteurs humains

L'appropriation du changement par un individu peut être plus ou moins aisée en fonction de différents déterminants individuels et socioprofessionnels.

2.2.1.1 Les déterminants individuels

L'appropriation des évolutions en cours suppose que le comportement de l'individu s'y prête et que ses aptitudes professionnelles le lui permettent.

Dans son comportement, l'individu ne doit pas rester sur ses acquis et ses habitudes mais considérer au contraire qu'il existe une perfectibilité permanente de la façon de travailler.

Les participants à l'enquête soulignent eux-mêmes que, pour progresser dans la prévention des infections nosocomiales, l'état d'esprit qui doit animer tout hospitalier est celui de la conscience professionnelle et de la responsabilité -notamment lorsqu'il s'agit de respecter des règles d'hygiène de base (lavage des mains, tenue vestimentaire, coupe de cheveux, etc.).

Les aptitudes professionnelles de l'individu sont susceptibles d'influer également sur l'appropriation du changement, car une personne ne peut se reconnaître dans des évolutions et en être acteur que si elle dispose des compétences adéquates et se sent prête à faire face à un « nouvel ordre » des choses.

La formation est ainsi un élément central dans l'appropriation du changement : formation initiale mais aussi et surtout formation professionnelle continue, permettant de réactualiser régulièrement ses connaissances et ses pratiques.

Les résultats de l'enquête montrent d'ailleurs que les personnes affirmant avoir reçu une formation en hygiène sont plus nombreuses que les autres (80,7 % contre 66,2 %) à considérer que leurs pratiques professionnelles ont changé ou partiellement changé⁸¹.

2.2.1.2 Les déterminants socioprofessionnels

Le groupe d'appartenance de l'individu, sa culture socioprofessionnelle ou encore le positionnement du cadre du service sont autant d'éléments susceptibles de jouer plus ou moins favorablement sur l'appropriation du changement par l'individu.

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, **le fait d'appartenir au personnel médical ou au personnel non médical** est corrélé à un degré différent d'appropriation du changement -du moins dans le domaine que nous étudions : le personnel médical a manifesté une mobilisation moins importante que le personnel non médical pour participer à l'enquête et il est plus faiblement convaincu que le dispositif de prévention des infections nosocomiales constitue un progrès.

L'enquête permet d'ailleurs d'établir que le personnel médical est moins nombreux que le personnel non médical à savoir s'il existe un classeur d'hygiène (78,1 % contre 94 %), à consulter souvent ou ponctuellement le classeur (53,1 % contre 76,2 %), à appliquer ou partiellement appliquer les recommandations d'hygiène (74,9 % contre 90,2 %)⁸².

En réponse à la dernière question de l'enquête, les participants appellent ainsi à une plus grande implication du corps médical dans la lutte contre les infections nosocomiales, en particulier en ce qui concerne l'antibioprophylaxie, le respect de la séparation propre / sale, le lavage des mains systématique, la tenue vestimentaire, la prescription des procédures d'isolement.

⁸¹ Cf. Annexe 6 Tableau N° 11

⁸² Cf. Annexe 6 Tableaux N° 12, 13, 14

L'appropriation du changement est sans doute moins importante chez le personnel médical en raison de sa plus grande autonomie par rapport à l'équipe opérationnelle d'hygiène et de sa liberté en matière de formation continue. De plus, il perçoit peut-être plus souvent les mesures d'hygiène comme une remise en cause de son pouvoir ou de ses compétences : comme l'exprime un praticien lui-même lors d'un entretien préparatoire à l'enquête, *« la bonne entente du corps médical avec le médecin hygiéniste favorise la sensibilisation mais la présence de l'équipe d'hygiène est tout de même gênante dans la pratique »*.

La culture socioprofessionnelle semble avoir également des incidences sur l'appropriation du changement.

Au cours d'un entretien sur le thème des infections nosocomiales, un praticien particulièrement sensibilisé à ce problème en raison de sa spécialité, la réanimation, a souligné que la prévention des infections nosocomiales et les changements de pratiques qu'elle induit renvoient essentiellement à une question de culture, de dialogue et d'état d'esprit. Il prenait l'exemple des Etats-Unis, où un suivi des infections du site opératoire est effectué pour chaque chirurgien, appelé ensuite à se justifier... ce qui est difficilement envisageable actuellement en France.

L'enquête montre que la culture peut interférer dans l'appropriation du changement. Nous en donnerons deux exemples.

Tout d'abord, certains personnels expliquent qu'ils consultent rarement ou jamais le classeur d'hygiène car ils préfèrent solliciter les personnes « ressources » du service (infirmières, correspondants hygiène, etc.) pour avoir la réponse à leur question : on peut considérer que la culture orale, traditionnelle dans les services de soins, fait ainsi obstacle à la familiarisation avec les outils mis en place dans le cadre du changement. Certains participants vont jusqu'à exprimer leur lassitude à lire le classeur d'hygiène, qu'ils jugent trop théorique.

Par ailleurs, beaucoup d'hospitaliers restent attachés au postulat qu'on ne peut travailler mieux qu'avec plus de moyens, comme l'illustrent ces réponses à la question *« Selon vous, qu'est ce qui pourrait être amélioré pour aller plus loin dans la prévention des infections nosocomiales ? »* : *« Du temps, des moyens, du matériel »* ou *« En conclusion, plus de moyens humains et financiers »*. Si certaines demandes sont justifiées, l'appropriation du changement n'est possible que si cette culture du « toujours plus » est dépassée.

Enfin, **le positionnement du cadre du service** est essentiel pour favoriser l'appropriation du changement : un des médecins rencontrés en entretien souligne ainsi que *« le cadre doit être sur le terrain tous les jours, proche du personnel et des patients »*, car *« la transmission*

des connaissances (qu'il effectue régulièrement au sein du service, par exemple lors des relèves) est un gage de mise en œuvre des recommandations d'hygiène ».

L'enquête permet d'ailleurs de constater que le service de cardiologie, dépourvu de son cadre infirmier titulaire pendant une longue période, reconnaît moins fortement que les autres services cliniques avoir changé ou partiellement changé de pratiques.

Parallèlement aux facteurs humains que nous venons d'évoquer, il existe des facteurs environnementaux particulièrement importants, qui peuvent déterminer également l'appropriation du changement :

2.2.2 Des facteurs environnementaux

Dans le processus d'appropriation du changement, il ne suffit pas que l'individu soit disposé à changer : il faut également que l'organisation du travail et le management facilitent l'appropriation du changement, c'est-à-dire qu'ils n'agissent pas comme des contraintes mais comme des moteurs de changement et qu'ils ne placent pas l'individu face à des contradictions.

2.2.2.1 L'organisation et les conditions de travail

À travers le dispositif de prévention des infections nosocomiales, les hospitaliers sont invités à faire évoluer leurs pratiques professionnelles ; mais ils ne peuvent le faire que si l'organisation et les conditions de travail qui encadrent leur activité s'y prêtent.

Si tel n'est pas le cas, les personnels ont plus de difficultés à s'approprier le changement car ils se trouvent placés face à des contradictions, des paradoxes.

Comme le souligne un médecin lors d'un entretien, « *il est inutile d'avoir de très beaux protocoles et des procédures s'il y a des incohérences sur le plan organisationnel et matériel* ».

Ainsi, l'organisation des soins et le temps disponible, le matériel et l'architecture des locaux sont des éléments qui ont leur importance dans l'appropriation du changement :

Concernant l'organisation des soins et le temps disponible, les participants à l'enquête relèvent que, d'une part, certaines situations « limites » mettent le personnel en porte-

à faux par rapport aux recommandations d'hygiène et, que d'autre part, l'organisation des soins est parfois en contradiction avec les pratiques requises des professionnels.

Les **situations « limites »** auxquelles font allusion les personnes interrogées sont par exemple l'encombrement du service des urgences, qui contraint les employés à travailler dans la précipitation et à regrouper des pathologies différentes ; l'afflux de parturientes en obstétrique, qui génère une surcharge de travail difficile à concilier avec les règles d'hygiène ; l'enchaînement des examens médicaux, par exemple au scanner ou en endoscopie, qui suscite une pression sur les personnes responsables de la désinfection ou du nettoyage ; les glissements de tâche occasionnels pour faire face à un surcroît d'activité ou à un manque de personnel.

Ces situations « limites », qui ne sont malheureusement pas exceptionnelles, placent l'individu face à des injonctions paradoxales, potentiellement dommageables pour son équilibre -selon les analyses de l'École de Palo Alto, et font obstacle à l'appropriation du changement.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que les urgences, l'obstétrique, le bloc / endoscopies, la chirurgie sont les services de soins qui ont le moins affirmé consulter souvent ou ponctuellement le classeur d'hygiène (respectivement 75 %, 69,2 %, 39,5 %, 69,6 %, contre 90,9 % en médecine, 92,9 % en réanimation...) ⁸³.

En dehors de ces situations « limites », **l'organisation des soins peut être contradictoire avec les pratiques requises des professionnels** : les participants à l'enquête pointent par exemple qu'il y a parfois des mélanges de pathologies « propres » et « sales » au sein de l'Unité d'Orientation ou avec le système des « hébergés » ⁸⁴ ; que les alternatives à l'hospitalisation restent peu développées alors qu'elles permettraient d'éviter des séjours potentiellement contaminants ; qu'une meilleure programmation des sorties faciliterait sans doute un nettoyage plus approfondi des chambres entre deux patients...

Ce manque de cohérence entre l'organisation des soins et les attentes formulées à l'égard des professionnels ne favorise pas l'appropriation du changement par les personnels concernés.

La problématique est de même nature en ce qui concerne le matériel et l'architecture des locaux.

Le **matériel** permet de manière générale de mettre en œuvre les recommandations d'hygiène, mais la situation est perfectible en matière d'usage unique et en ce qui concerne

⁸³ Cf. Annexe 6 Tableau N° 15

⁸⁴ Malades médicaux placés en chirurgie du fait d'un manque de place dans les services de médecine

certaines équipements en nombre insuffisant (lave-mains) ou à rénover (évier en corian par exemple).

L'architecture des locaux présente parfois aussi des incohérences avec le changement de pratiques escompté des professionnels : chambres à deux lits, exigüité des locaux (rangements notamment), circuits propre / sale indifférenciés par le passé, etc. Les locaux ne sont pas toujours en adéquation avec les règles d'hygiène.

Autre facteur environnemental, le management du changement est également fondamental dans le processus d'appropriation du changement :

2.2.2.2 Le management du changement

Les observations formulées par les participants à l'enquête font ressortir que l'appropriation du changement nécessite une information, une formation, une participation des individus et une modération dans les outils mis en place.

Si 76 % des participants à l'enquête affirment avoir bénéficié d'informations sur le dispositif de prévention des infections nosocomiales, ils sont également très nombreux à manifester le souhait d'avoir plus d'informations encore : des informations continues, précoces, ciblées et élargies à toutes les catégories professionnelles.

On constate en effet qu'il existe des **inégalités selon les professions et selon les secteurs**.

Les **professionnels** qui estiment le plus être informés sont les cadres et les sages-femmes ; ceux qui l'estiment le moins sont dans l'ordre décroissant les agents de service hospitalier, les ouvriers professionnels, les infirmières, les aides-soignantes et les médecins.

Quant aux **secteurs d'activité**, 82,1 % du secteur clinique s'estime informé, contre 61,4 % du secteur médico-technique et 69,2 % du secteur technique et général⁸⁵.

Les intéressés suggèrent la diffusion de comptes-rendus par les correspondants hygiène, l'organisation de réunions de service plus nombreuses avec toute l'équipe médicale et soignante et la présence d'un hygiéniste, ou encore la réalisation de conférences ouvertes à tous les employés afin de les sensibiliser régulièrement au risque nosocomial.

L'enquête montre que le degré d'information déclaré par les individus est corrélé avec le changement (ressenti) de pratiques professionnelles : les personnes qui se disent informées

⁸⁵ Cf. Annexe 6 Tableau N° 16

considèrent à 83,7 % avoir modifié ou partiellement modifié leurs pratiques, contre 47,7 % seulement chez les autres⁸⁶.

La formation constitue un deuxième élément incontournable pour permettre l'appropriation du changement, comme nous l'avons évoqué dans la partie précédente consacrée aux déterminants individuels.

Les participants à l'enquête soulignent l'importance de la formation continue, qui permet de rappeler régulièrement le caractère fondamental de la prévention. Selon eux, seule cette répétition est en mesure de faire changer les pratiques.

Un praticien propose par exemple d'organiser des stages en réanimation pour les personnels des autres services, afin qu'ils mesurent pleinement l'utilité des précautions d'hygiène, à partir d'un service particulièrement exposé aux infections nosocomiales.

Les personnels interrogés estiment que pour être satisfaisante, la formation doit reposer essentiellement sur des cas pratiques et le moins possible sur une approche théorique, jugée fastidieuse et peu attractive.

On peut penser que les formations suivies par les participants répondent à cette exigence, puisqu'une majorité (plus de 75 %) se dit satisfaite tant des interventions internes que des formations extérieures.

En revanche, **il semble y avoir un problème de reconnaissance de la formation interne, d'une part, et des disparités de formation, d'autre part.**

À la question «*Avez-vous reçu une formation relative à l'hygiène ?*», presque 1/3 des participants à l'enquête ont répondu négativement. Ce résultat surprenant tient pour partie au fait que les **interventions de l'équipe d'hygiène** dans les services ne sont pas considérées par le personnel comme de véritables formations mais plutôt comme des informations : ainsi, parmi les 71 personnes qui ont déclaré n'avoir reçu aucune formation en hygiène, 33 seulement n'ont coché aucun item à la question «*Parmi ces formations / informations internes, quelles sont celles dont vous avez bénéficié ?*». Toutes les autres ont cité une ou plusieurs formations internes.

Par ailleurs, il semble y avoir des écarts de formation selon les professions : celles qui déclarent le plus ne pas être formées en hygiène sont les aides-soignantes (37,5 %) et les médecins (34,3 %).

La participation des individus, dans la mesure où elle peut accroître leur réceptivité aux évolutions en cours, est un autre déterminant dans le processus d'appropriation du changement.

⁸⁶ Cf. Annexe 6 Tableau N° 17

Les résultats de l'enquête mettent en relief le lien entre la participation et l'évolution (ressentie) des pratiques professionnelles.

Ainsi, les **correspondants hygiène** qui ont répondu à l'enquête affirment à 85,7 % avoir changé ou partiellement changé de pratiques, contre 72,7 % chez les autres individus.

Autres illustrations : les personnes ayant participé à **l'élaboration, la validation ou l'expérimentation des recommandations d'hygiène** considèrent à 77,4 % avoir modifié ou partiellement modifié leurs pratiques, contre 71,8 % chez les personnes n'ayant pas participé ; les personnes ayant participé à des **réunions du CLIN** estiment à 79,4 % avoir changé ou partiellement changé de pratiques contre 74 % chez les autres personnes⁸⁷.

À l'occasion d'une entrevue, un médecin a beaucoup insisté sur le fait que la réflexion sur les pratiques et la modification des comportements ne passent pas par des procédures et des recommandations, mais bien par la participation des individus aux débats. Ce praticien a également plaidé pour la participation la plus large possible, et non circonscrite à un petit nombre d'individus, en montrant par exemple que si le système des correspondants hygiène a sans doute des intérêts, il présente aussi l'inconvénient majeur de déresponsabiliser pour partie les autres personnels.

Dans les résultats de l'enquête, il ressort à ce propos que les personnes ayant le moins d'ancienneté dans le milieu hospitalier (jeunes titulaires, stagiaires, contractuels récemment intégrés dans la fonction publique) sont celles qui, d'après leurs déclarations, participent le moins à l'élaboration des recommandations et qui souhaiteraient le plus participer davantage⁸⁸.

Par ailleurs, le personnel médical semble participer beaucoup plus à la réflexion « stratégique » (CLIN) et au « travail intellectuel » (élaboration des recommandations) que le personnel non médical, ce qui ne satisfait pas ce dernier : 50,8 % du personnel non médical souhaiterait participer davantage, contre 40,6 % du personnel médical⁸⁹.

Enfin, une modération dans la mise en place des outils apparaît nécessaire pour faciliter l'appropriation du changement.

Les participants à l'enquête notent qu'**il est préférable d'éviter la multiplication des protocoles écrits « qui noient le plus souvent l'essentiel du message »** et s'avèrent finalement inutiles s'ils sont mal compris et mal respectés par excès de sophistication.

Ils plaident en faveur d'une approche plus modérée (autrement dit, ne pas faire des protocoles à outrance, pour le principe) : certains protocoles sont utiles, d'autres ne sont pas

⁸⁷ Cf. Annexe 6 Tableau N° 18 (a, b, c)

⁸⁸ Cf. Annexe 6 Tableau N° 19 (a, b)

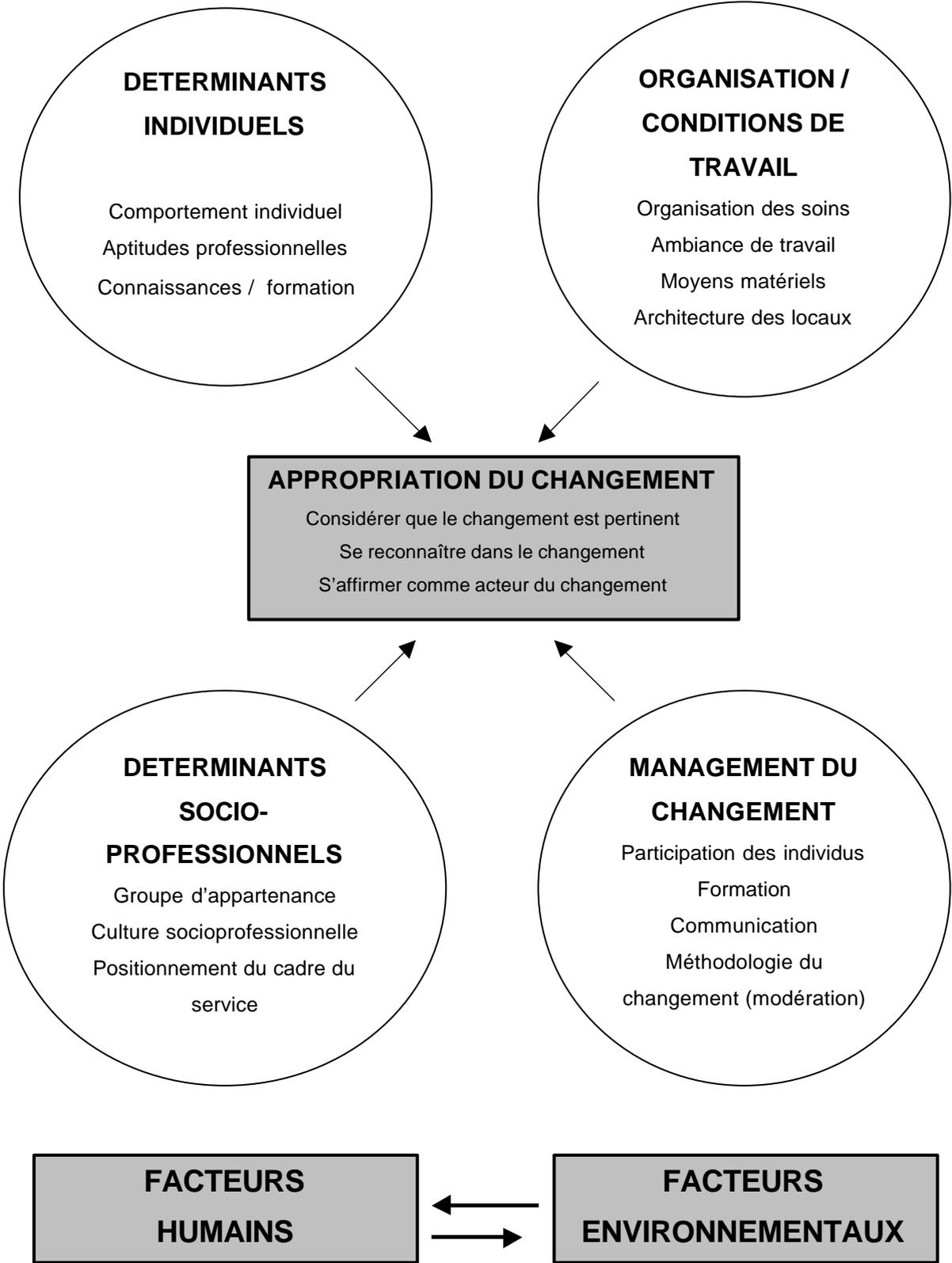
⁸⁹ Cf. Annexe 6 Tableaux N° 20 (a, b) et 21

pertinents par rapport au service⁹⁰. Selon eux, il serait peut-être préférable, au-delà des règles d'hygiène de base, de cibler la prévention spécifique à mettre en œuvre dans chaque service. À l'heure où l'on prône plutôt l'approche globale des problèmes et la transversalité, les professionnels préfèrent donc disposer d'outils opérationnels spécifiques à leur pratique quotidienne plutôt que d'outils généralistes et standardisés.

Le schéma suivant illustre de manière synthétique les développements de cette seconde partie.

⁹⁰ Le protocole relatif à la réalisation d'un pansement est par exemple souvent inapplicable en pédiatrie en raison des mouvements de l'enfant

**LES DETERMINANTS DANS LE PROCESSUS D'APPROPRIATION
DU CHANGEMENT**



L'expérience menée au Centre Hospitalier d'Hyères en matière de prévention des infections nosocomiales est donc riche d'enseignements par rapport à la problématique du changement qui nous intéresse.

En effet, elle montre -comme le laissaient penser les analyses sociologiques évoquées en première partie- qu'il **ne faut pas surestimer le pouvoir intrinsèque des recommandations professionnelles, car elles ne suffisent pas à faire évoluer les pratiques si elles ne s'inscrivent pas dans un contexte plus global d'appropriation du changement par les individus.**

L'enquête de terrain effectuée au Centre Hospitalier permet également de mettre en lumière **la complexité du processus d'appropriation du changement, qui se trouve au croisement d'une pluralité de variables.**

À partir de ces éléments, nous tenterons de formuler quelques conclusions en termes de management hospitalier, en gardant à l'esprit que *chaque situation est spécifique et mérite une analyse circonstanciée.*

3 - CONCLUSIONS EN TERMES DE MANAGEMENT HOSPITALIER

« *Les ressources humaines ont cette particularité : elles ne s'usent que si l'on ne s'en sert pas* » (Françoise KOURILSKY)

Les analyses sociologiques, tout comme les enseignements de terrain, ont mis en évidence l'importance de l'appropriation du changement par les employés.

Il s'agit en effet d'une condition nécessaire pour parvenir à l'évolution de leurs pratiques professionnelles.

Cette perspective nous invite à **considérer le management du changement non pas comme une conduite unilatérale dirigée du haut vers le bas, mais comme une démarche consistant avant tout à créer un terreau favorable à l'appropriation du changement, en prenant en considération les facteurs humains et environnementaux exposés précédemment.**

Ainsi, il nous semble que pour avoir le plus de chances d'atteindre son objectif (l'évolution *effective* des pratiques professionnelles), le management du changement doit reposer en priorité sur la responsabilisation des individus face au changement, d'une part, et l'accompagnement humain et structurel du changement, d'autre part :

3.1 RESPONSABILISER LES INDIVIDUS FACE AU CHANGEMENT

« *Comment favoriser le changement (...) ? Par l'ouverture aux idées, l'exposition aux informations, la liberté laissée à des acteurs qui ont envie d'œuvrer au sein du système, l'autonomie accordée aux sous-ensembles* » (Georges NIZARD)

Le management du changement peut être pensé comme une démarche consistant avant tout à jouer la mobilisation des hommes et à prendre appui sur les cadres de proximité.

Pour reprendre les termes de Gérard OUMET et Yvon DUFOUR⁹¹, « *le partage du pouvoir joue (...) un rôle capital dans l'établissement d'une adhésion volontaire des employés à*

⁹¹ Cf. Bibliographie

l'expérience du changement. En devenant partie prenante du processus de changement, les employés se trouvent placés dans une position d'appropriation du changement ».

3.1.1 Jouer la mobilisation des hommes

Pour faire évoluer l'institution hospitalière et les pratiques professionnelles en particulier, il est essentiel de mobiliser les personnels et d'obtenir leur engagement.

Cela passe par la participation des individus, la délégation ou la déconcentration, mais aussi par le recours à l'intéressement et la valorisation des réussites :

3.1.1.1 Permettre la participation⁹², la délégation, la déconcentration

Pour reprendre la définition de P. DURIEUX, « *participer c'est (...) se sentir impliqué dans le processus de décision, c'est être concerné par les résultats obtenus, c'est cesser d'être un rouage anonyme asservi aux autres pour devenir au contraire, à son niveau, un centre d'initiative et d'action concourant aux résultats d'ensemble* ».

Dans notre enquête menée au Centre Hospitalier d'Hyères sur le dispositif de prévention des infections nosocomiales, nous avons pu établir un lien entre le degré de participation des individus à l'élaboration des recommandations d'hygiène, aux travaux du CLIN, au réseau des correspondants hygiène, et l'évolution (ressentie) de leurs pratiques.

Il est en effet plus aisé d'abandonner ou d'amender ses habitudes de travail lorsqu'on participe de façon active et dynamique aux débats ; lorsqu'on apporte sa contribution, sa réflexion et son expérience au processus de changement.

Deux étapes méritent particulièrement la participation des individus : le diagnostic du problème puis, une fois acquis l'accord sur le problème, l'élaboration des solutions.

De fait, il est fréquent de ne parler de participation des acteurs qu'au moment de la mise en application des changements, autrement dit après les phases de réflexion et de conception.

Or, en procédant de la sorte, il est souvent déjà trop tard pour que les individus s'approprient le changement : ils ne se sentent pas partie prenante et, même si les orientations définies sont pertinentes et acceptables, il ne s'agit pas de *leur* changement.

⁹² Cf. Glossaire

Par la suite, dans la phase de mise en œuvre proprement dite du changement, la mobilisation des personnels peut être recherchée à travers d'autres voies, telles que la **délégation**, qui consiste à concéder des responsabilités à des personnes identifiées⁹³, et la **déconcentration**, qui vise à être plus incisif dans l'action en rapprochant la prise de décision du terrain⁹⁴.

Quelle que soit sa forme, **l'implication des personnels doit être recherchée à tous les niveaux et dans tous les domaines concernés par le changement**, surtout si ce dernier est une question transversale qui suppose de faire travailler dans le même sens des personnels nombreux.

À titre d'exemple, on ne peut se satisfaire de la situation du Centre Hospitalier en matière de prévention des infections nosocomiales, où l'on constate une moindre implication du corps médical et des services techniques à l'égard du dispositif mis en place par le CLIN. La prévention des infections nosocomiales est en effet l'affaire de tous : un maillon défaillant dans la chaîne de prise en charge hospitalière suffit à faire échouer la prévention.

L'implication et l'engagement des médecins, à commencer par le Président et le bureau de la CME, nous paraissent incontournables.

Le directeur contemporain doit donc « *renoncer à la toute puissance et au mythe du management omnipotent* » (SIEVERT).

Il ne doit plus attendre des personnels leur simple obéissance mais doit plutôt **mobiliser leur intelligence, leur esprit d'initiative, leur créativité**, ce qui implique de passer à un « *mode interactif et interpellable* » d'autorité (Omar AKTOUF)⁹⁵.

Comme l'exprime en d'autres termes Georges NIZARD, pour s'adapter aux variables exogènes et aux turbulences, **l'hôpital doit susciter en son sein de la « déviance contrôlée », augmenter les marges de liberté des acteurs, prôner « l'expérimentation sociale »** (rencontres, structures informelles, etc.). L'hôpital centralisateur et uniformisant, qui ignorait la périphérie, doit favoriser aujourd'hui l'autonomie des acteurs et la constitution de réseaux d'échanges, susceptibles de déboucher sur des initiatives intéressantes -à condition bien sûr de rester contrôlées.

Le manager hospitalier, dont on attendait hier une maîtrise technique, une autorité légitime, affirmée et distante, une connaissance des rouages internes de l'hôpital, une gestion quotidienne, une attitude de prudence et de conformisme aux règles, est appelé à privilégier

⁹³ Correspondants hygiène, cadres ou médecins par exemple

⁹⁴ Par exemple : équipe d'hygiène plus souvent présente dans les services, pour consulter le personnel sur les mesures à prendre ou à amender

⁹⁵ Cf. Bibliographie

désormais l'adaptabilité aux changements, l'autorité de compétence, l'écoute généralisée par l'ouverture à l'environnement, aux idées et aux hommes, le développement du facteur « i » (innovation, initiative)...

Deux exemples de terrain peuvent être évoqués afin d'illustrer les résultats obtenus grâce à la participation des acteurs de l'établissement.

Le **CHU de Poitiers**, tout d'abord, a réussi à sensibiliser de manière forte et durable son personnel de réanimation à la prévention des infections nosocomiales, en impliquant au maximum l'équipe du service : à la fin de chaque transmission du médecin de garde le matin, une interrogation systématique est faite concernant les infections nosocomiales ; un cadre transmet l'information à l'infirmière responsable du malade afin qu'elle renseigne la fiche de relevé des infections nosocomiales ; chaque infirmier est impliqué dans la surveillance quotidienne ; un groupe de volontaires saisit les fiches sur informatique ; enfin des cours sont régulièrement organisés sur le thème des infections nosocomiales à l'initiative des médecins ou en fonction des demandes du personnel.

Autre illustration, le **Centre Hospitalier de Redon** a initié en 1998 une démarche de gestion des risques, dont la première étape a consisté à mettre en place un signalement systématique des événements indésirables : chaque agent de l'établissement est invité à remplir une fiche signalétique d'incident pour tout événement présentant un risque potentiel ou avéré. Depuis, le nombre de fiches adressées à la Cellule de Gestion des Risques permet de penser que le personnel utilise le système en routine et s'est bien approprié le changement. Ce succès tient pour une grande partie à la forte mobilisation des personnels : trois CME ont été consacrées totalement ou partiellement à la présentation et la validation du système de signalement ; 87 % des personnels ont suivi une séance de formation sur la gestion de risques et l'utilisation de la fiche ; enfin et surtout, les individus ont été mis en confiance en ayant l'assurance que les fiches ne seraient en aucun cas un instrument de contrôle, de délation ou de sanction.

Le management du changement doit donc favoriser l'engagement des personnels.

Ce dernier a plus de chances d'être obtenu et pérennisé s'il existe parallèlement un système de reconnaissance et / ou de « récompense » :

3.1.1.2 Recourir à l'intéressement⁹⁶ et valoriser les réussites

La réussite du changement requiert la mise en place d'éléments concrets pour donner aux employés des raisons de faire mieux, de s'engager et de participer.

L'intéressement -prévu par la loi du 31 / 07 / 1991 portant réforme hospitalière- constitue sans doute un des moyens les plus efficaces de motivation des ressources humaines autour d'objectifs précis.

S'il doit faire l'objet d'adaptations et être de nature collective en raison de la mission de service public des établissements de santé, l'intéressement peut permettre d'**encourager matériellement, intellectuellement** (compréhension des enjeux sous-jacents) **et psychologiquement les individus à participer au changement.**

P.DURIEUX définit d'ailleurs l'intéressement comme *«un moyen de gestion capable de donner l'initiative au producteur de soins en l'associant matériellement au progrès, à l'optimisation de l'organisation, en éveillant sa curiosité, en lui faisant appréhender la notion de partage des responsabilités et des ressources ».*

La mise en œuvre concrète d'un dispositif d'intéressement suppose de formaliser un accord et de procéder à une contractualisation interne avec des services ou départements afin de définir des objectifs quantitatifs ou qualitatifs mesurables dans un délai déterminé : par exemple, dans le domaine délicat des infections nosocomiales, la réduction du nombre d'infections sur cathéters.

La réalisation de l'objectif par le service ou le département lui permet de bénéficier de crédits de fonctionnement dans le cas d'un intéressement monétaire ; de crédits d'équipement destinés par exemple à améliorer les conditions de travail dans le cas d'un intéressement non monétaire.

En ce sens, l'intéressement est à la fois **un instrument incitatif et un moyen pour récompenser les équipes** qui accomplissent le plus d'efforts.

En revanche, il faut reconnaître que ce système présente des inconvénients non négligeables : ambiguïté du cadre juridique, difficultés pour étendre l'application à tous les secteurs et surtout nécessité de dégager des moyens spécifiques pour la redistribution.

De façon moins coûteuse, mais tout aussi intéressante, la politique des ressources humaines peut également jouer un rôle clé dans la modification des comportements, à

⁹⁶ Cf. Glossaire

travers les modes d'évaluation des personnels ou la définition de référentiels de métiers et de compétences.

Les **entretiens annuels d'évaluation** peuvent être l'occasion de fixer des objectifs individuels d'évolution des pratiques professionnelles et de valoriser les résultats positifs, ce qui a pour effet d'accroître la confiance et l'estime de soi.

Au-delà de ce colloque singulier, il est également nécessaire de souligner publiquement les diverses réussites, de manière à désamorcer les craintes ou les doutes que le changement peut faire naître, rassurer sur les résultats du changement, montrer la valeur ajoutée qu'il apporte, etc.

Par ailleurs, travailler sur la définition de **référentiels de métiers et de compétences** avec le personnel peut faciliter le questionnement sur les pratiques professionnelles et inciter les individus à être partie prenante dans le processus de changement.

En définitive, il importe que les responsables hospitaliers favorisent et reconnaissent les initiatives, les responsabilités qui sont exercées à la base.

Il est tout aussi fondamental qu'ils prennent appui sur l'encadrement de proximité, dont le rôle apparaît essentiel face aux turbulences de l'environnement :

3.1.2 Prendre appui sur les cadres de proximité

« Il est incontestable que l'encadrement (...) est le fer de lance du changement »⁹⁷

Les cadres de proximité, qui sont en permanence en contact avec les employés, sont les mieux placés pour entendre leurs doutes et leurs craintes, recueillir leurs souhaits et leurs aspirations, faire découvrir les possibles, etc.

C'est pourquoi il semble important d'explicitier quelles sont leurs nouvelles missions, au-delà de la gestion quotidienne des équipes, et de les encourager à développer leurs compétences en matière de management et de changement :

⁹⁷ Nicole TAVERNIER et alii., Rapport d'étude « La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics »

3.1.2.1 Expliciter les nouvelles missions attendues des cadres

Dans un contexte de changements multiples à l'hôpital, la place d'interface du cadre de proximité devient de plus en plus cruciale et le cadre doit faire preuve d'une veille de plus en plus grande. Toutes les mesures relatives à la sécurité des soins se traduisent par exemple par une obligation de vigilance accrue du cadre soignant dans son service.

Dans un tel contexte, les cadres sont appelés à exercer de nouvelles missions, sans doute plus complexes mais aussi plus enrichissantes que leurs attributions « traditionnelles » : gestion des plannings et des roulements, commandes, etc.

Chantal FAUGIER SEURET⁹⁸, infirmière générale aux Hospices civils de Lyon, affirme ainsi que le cadre doit désormais se positionner « *en arrière plan* » et non au-dessus de l'équipe soignante : il doit **favoriser le questionnement sur le travail, les pratiques de soins et les dysfonctionnements** ; ne pas dire ce qu'il faut faire mais permettre aux idées, aux questions et aux réponses d'émerger, par exemple en instaurant des groupes d'analyse de la pratique.

Si nous reprenons l'exemple de la prévention des infections nosocomiales, il semble fondamental que le cadre saisisse les opportunités qui se présentent pour débattre des pratiques professionnelles avec l'équipe, si possible en présence de l'infirmière hygiéniste.

Dans son mémoire consacré à la formation continue des cadres au management, Véronique BOUVIER⁹⁹ synthétise pour sa part **le rôle d'un cadre intermédiaire dans le changement** de la manière suivante :

« Face à une situation complexe qui évolue rapidement, dans un contexte de modification des valeurs :

Être cadre nécessite des aptitudes personnelles : Ouverture d'esprit, Mobilité, Adaptabilité, Rigueur, Créativité

Être cadre nécessite des capacités à : S'approprier, mobiliser et développer des connaissances ; Communiquer ; Négocier ; Observer, analyser, évaluer ; Impulser et accompagner les changements

⁹⁸ Cf. Bibliographie

⁹⁹ Cf. Bibliographie

Enfin, quel que soit le secteur d'activité, il sera demandé au cadre de rallier une équipe autour de projets cohérents avec le projet d'établissement, construits, mis en œuvre et évalués avec son équipe ».

Ces exigences supposent un développement du savoir-faire (ou plutôt du savoir faire faire) et du savoir être des cadres en matière de management et de changement :

3.1.2.2 Encourager les cadres à développer leurs compétences en matière de management et de changement

Françoise GONNET¹⁰⁰ souligne que « *les cadres et en particulier les cadres soignants font partie de ceux qui s'investissent le plus dans leur travail et qui manifestent le plus de dispositions à apprendre, à se former et à changer. Or ce sont en même temps ceux qui rencontrent le plus de difficultés, subissent les réactions en cascade des changements de toutes sortes à l'hôpital et finalement s'usent moralement et psychologiquement* ».

Leur fonction est en effet difficile, avec la rapidité des évolutions qui interviennent sur tous les plans.

Dès lors, il est important d'entendre leurs besoins, notamment en termes de formation, pour assumer leurs missions de management et leur rôle de levier de changement.

Au **CHU de Nîmes**, la **formation** des cadres a par exemple été affirmée comme une priorité. Reposant sur trois modules intitulés « Adapter ses comportements », « La conduite de projet » et « Encadrer en responsabilisant », développée sur le concept de socio-dynamique (mise en situation, jeux de rôles, etc.), cette formation a créé une dynamique très forte. Les cadres ont souhaité la pérenniser à travers la constitution d'un « **réseau cadres** », lieu de réflexion sur des sujets transversaux qui permet de rompre avec l'isolement, souvent repéré comme une difficulté des cadres.

Au-delà de ces supports, qui sont certes nécessaires, Chantal FAUGIER SEURET note que le plus important reste la capacité du cadre à tisser « *des liens de confiance avec son équipe* » ; son habitude de questionnements de la pratique des soins ; son aptitude à « *allier dans le surveillant le « veiller sur » et le « sur-veiller »* » ; sa compétence pour être « *sur-éveillant* »...

¹⁰⁰ Cf. Bibliographie

La conviction partagée de la nécessité du changement, la participation du personnel pour sa réalisation et le relais des cadres constituent donc des éléments fondamentaux dans le management du changement.

Parallèlement, il est nécessaire d'accompagner humainement et structurellement le changement pour que chacun puisse jouer un rôle actif :

3.2 ACCOMPAGNER HUMAINEMENT ET STRUCTURELLEMENT LE CHANGEMENT

Les moyens d'accompagnement humain et structurel représentent une part substantielle de la réussite du changement :

3.2.1 Veiller à un accompagnement humain

La formation et la communication, dans la mesure où elles peuvent permettre une plus grande appropriation du changement par les individus, constituent des leviers essentiels pour faire évoluer les attitudes et les comportements :

3.2.1.1 Privilégier la formation

La formation est un puissant vecteur d'adaptation des ressources humaines aux réalités de l'heure, sous réserve qu'elle réponde aux besoins des individus, qu'elle soit interactive et qu'elle fasse apparaître un « retour sur investissement », c'est-à-dire que les acteurs mettent en pratique leurs apprentissages pour faire évoluer leur situation de travail.

La formation est **souvent utile pour apaiser les inquiétudes, encourager l'ouverture au changement, rendre les comportements individuels moins routiniers**, surtout lorsqu'il s'agit d'une formation pluri-professionnelle, qui facilite la confrontation de points de vue.

Elle peut permettre également de **dépasser les obstacles culturels au changement**.

L'hôpital, qui se caractérise traditionnellement par une culture orale, une culture négative de l'erreur¹⁰¹, une méfiance par rapport au contrôle et un certain cloisonnement, peut ainsi

¹⁰¹ L'erreur est plus vécue comme un échec et une faute que comme une source d'amélioration

évoluer progressivement vers l'écrit, la reconnaissance du droit à l'erreur, la traçabilité et la transparence.

Les formations initiales des hospitaliers, malgré leur renouvellement, contribuent souvent à reproduire les comportements passés et laissent finalement peu de place aux nouvelles problématiques, aux compétences nécessaires face au changement.

La formation continue est donc essentielle pour faire réfléchir les individus sur leurs pratiques et les inciter à réactualiser leur mode de travail.

Prenons l'exemple de la prévention des infections nosocomiales.

La formation en hygiène en constitue un axe important car elle contribue, à plus ou moins long terme, à l'intégration des bonnes pratiques d'hygiène dans le quotidien.

L'amélioration de la formation du personnel en hygiène hospitalière est d'ailleurs une des priorités du Plan national de lutte contre les infections nosocomiales (1995 / 2000).

De fait, la formation initiale est un moyen crucial pour sensibiliser précocement les professionnels à la maîtrise du risque nosocomial et la formation continue en hygiène revêt également une grande importance, car les agents infectieux et les technologies évoluent.

Mais pour avoir une véritable efficacité, la formation doit **correspondre aux besoins des personnels et susciter leur mobilisation** -ne pas être trop théorique notamment.

Tel est le cas de « Mission Hygiène », outil de formation multimédia¹⁰², dont il nous semble intéressant d'évoquer les caractéristiques en raison de son originalité et de ses qualités pédagogiques. Le « service hospitalier d'ingénierie pédagogique » du CHU de Saint Etienne est l'auteur de cet outil didacticiel de formation.

« Mission hygiène » permet à la fois d'acquérir des connaissances, de vivre de véritables mises en situation et d'accéder à une base d'informations.

Son caractère interactif et vivant en fait une formation attractive : l'utilisateur est invité à effectuer virtuellement un soin ou une mission hospitalière quotidienne¹⁰³, en accomplissant les actions indispensables du point de vue de l'hygiène et de la prévention des risques.

Cette approche du soin en conditions réelles l'oblige à réfléchir à la conduite à tenir pour prévenir les infections nosocomiales.

En outre, une auto-évaluation est réalisée à la fin de chaque mission (rappel des situations à risque et des alertes, notation).

¹⁰² Premier prix de formation au Festival de Deauville en Juin 1996 et Premier Prix CD-ROM pédagogique au Festival d'Amiens en Septembre 1996

¹⁰³ Par exemple la pose et la gestion d'un cathéter veineux court, la pose et la gestion d'une sonde vésicale, la désinfection d'un endoscope

L'apport du multimédia est primordial, dans la mesure où il permet d'associer différents vecteurs d'information (texte, son, image) qui rendent le didacticiel plus ludique et agréable que les formations classiques en hygiène hospitalière (cours magistraux notamment). Cet outil peut donc compléter utilement les méthodes traditionnelles d'enseignement.

Corollaire de la formation, la communication est également un « *levier du changement à l'hôpital* » (Françoise KOURILSKY) :

3.2.1.2 Soigner la communication

Selon Françoise KOURILSKY¹⁰⁴, « **les problèmes de résistance au changement résultent le plus souvent de communications inappropriées** » : pour que chacun soit réellement actif dans le changement, il est nécessaire de « *mettre en lumière les ressources cachées* », de « *focaliser son regard et son écoute sur les ressources de l'autre plutôt que sur ses limites* » -ce que Françoise KOURILSKY dénomme « *la communication d'influence* ».

« *Le « chef » d'hier doit aujourd'hui laisser place à la personne-ressource, au stratège et au pédagogue* » : pour accompagner humainement le changement, il doit notamment faire preuve d'écoute, animer par les valeurs et être vigilant quant aux messages qu'il véhicule.

Comme l'ont illustré les réformes menées dans de grandes entreprises publiques (RATP, EDF, Renault, Air France...), **le management du changement est indissociable de la capacité d'écoute.**

En effet, la réussite du changement suppose de s'appuyer sur une connaissance concrète de la réalité, que seule une écoute peut permettre : « *plus les gens auront l'impression d'être écoutés parce qu'un management (...) les aide à faire face aux difficultés quotidiennes, et plus ce management sera respecté* » (Gérard PAVY, sociologue et consultant)¹⁰⁵.

Si la stratégie de communication est ouverte, réceptive et interactive, elle facilitera l'engagement des acteurs dans le changement.

Inversement, un déficit d'écoute est susceptible de déboucher sur deux dysfonctionnements graves : un directeur cantonné dans une gestion abstraite du changement, d'une part, et des personnels jouant la protection en générant de l'opacité sur leurs pratiques, d'autre part.

¹⁰⁴ Cf. Bibliographie

¹⁰⁵ Cf. Bibliographie

Il convient tout de même de rester prudent, car « *l'écoute elle-même n'est efficace que si ceux qui écoutent disposent des leviers d'action suffisants pour répondre rapidement aux problèmes qu'on leur remonte* » (Gérard PAVY).

Le fait de reconnaître le changement comme une des valeurs de l'hôpital peut sans doute contribuer également à accroître les chances de succès du changement.

Il semble en effet très important de « *donner une valeur au travail, au-delà des exigences techniques* » (Georges NIZARD)¹⁰⁶, pour entraîner l'adhésion des personnels au changement.

Ce « management par les valeurs » peut aller jusqu'à la formalisation d'une charte des valeurs de l'hôpital, finalisant le(s) dessein(s) de l'établissement, exprimant la cohésion entre les acteurs et décrivant les orientations poursuivies par le personnel –le manifeste du Centre Hospitalier d'Hyères, « au-delà de notre mission », pourrait en constituer le socle.

Enfin le message, élément central dans la communication, l'est plus encore dans un contexte de changement.

Pour être compris correctement, il doit tenir compte du cadre de référence du récepteur.

Si l'on prend pour illustration la prévention des infections nosocomiales, le message doit expliciter les enjeux du changement et mettre en évidence sa légitimité, de manière à désamorcer les réactions émotionnelles que ne manque pas de susciter le changement, notamment la crainte de faire l'objet d'un contrôle ou d'une sanction. Cela est d'ailleurs de plus en plus délicat, avec le renforcement des inspections sanitaires et l'obligation récente de déclarer certaines infections nosocomiales.

Par ailleurs, il est souhaitable que le message soit ciblé pour que les individus s'approprient plus facilement les concepts et valeurs relatifs au changement : les informations doivent être sélectionnées et adaptées en fonction des professions et secteurs d'activité destinataires, la surproduction d'informations provoquant une saturation et in fine une perte de sens.

En complément à cet accompagnement humain que nous venons d'évoquer, un accompagnement structurel du changement est indispensable pour créer des conditions de transformations réelles.

En effet, un déphasage entre le changement attendu des individus et les structures existantes peut être « *source d'incohérence et donc de clivage irréductible* » (Omar AKTOUF)¹⁰⁷ :

¹⁰⁶ Cf. Bibliographie

¹⁰⁷ Cf. Bibliographie

3.2.2 Organiser un accompagnement structurel

Pour mettre en œuvre le changement, il est nécessaire d'une part qu'il fasse l'objet d'une prise en compte institutionnelle, d'autre part que le terrain -au sens d'environnement- soit propice à son développement :

3.2.2.1 Inscrire le changement dans un projet institutionnel

Le projet d'établissement, et en particulier le projet social, doit être considéré comme un levier pour mener le changement, dans la mesure où il *«tend à faire évoluer les valeurs de l'établissement en même temps que les habitudes ou les normes de comportement de son personnel»*. *«S'il est bien construit et s'appuie sur la participation active du plus grand nombre d'agents, il provoque une forte demande de changement»* (Noël EQUILBEY, directeur du développement dans une entreprise de consultants).

Le projet d'établissement est en effet **l'occasion d'une réflexion collective** de la communauté hospitalière sur les compétences de l'hôpital et les orientations communes à poursuivre. Il s'agit d'une opportunité pour susciter l'appropriation du changement et l'adhésion des personnels à des objectifs de progrès.

En outre, le **contrat d'objectifs et de moyens** qui peut être formalisé sur la base du projet d'établissement offre à l'établissement l'opportunité d'obtenir des moyens financiers pour la réalisation du changement.

Si l'on prend pour exemple la prévention du risque infectieux nosocomial au Centre Hospitalier d'Hyères, l'établissement devrait inscrire ce changement comme une des priorités du projet d'établissement (en cours de refonte).

Cette action permettrait symboliquement de manifester un engagement ferme et solidaire de la direction -très important en termes d'exemplarité- et matériellement de bénéficier peut-être d'un accompagnement pour mettre l'environnement en adéquation avec les mesures d'hygiène : le contrat d'objectifs et de moyens contient en principe un volet « qualité et sécurité des soins » qui permet à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'évaluer les réalisations des établissements en matière de lutte contre les infections nosocomiales et permet aux hôpitaux d'avoir un soutien financier dans l'accomplissement de cette démarche.

De fait, l'environnement est souvent problématique car les conditions de travail, l'architecture des locaux ou le matériel ne facilitent pas l'appropriation du changement par le personnel :

3.2.2.2 Construire un environnement adéquat

Il est difficile de souhaiter une modernisation des pratiques des professionnels lorsque l'environnement lui-même ne le permet pas.

Comme l'enquête que nous avons menée au Centre Hospitalier d'Hyères le révèle, les employés ne peuvent s'approprier un changement s'ils se trouvent face à des incohérences entre le discours qui leur est tenu et l'environnement dans lequel ils doivent travailler quotidiennement.

En matière d'hygiène, nous avons vu que l'organisation et les conditions de travail, la disposition des locaux, le matériel disponible sont autant de facteurs pouvant influencer sur l'appropriation du changement.

L'organisation et les conditions de travail présentent parfois effectivement des dysfonctionnements qui font obstacle au respect des recommandations d'hygiène (mauvaise programmation des sorties, glissements de tâches, exécution des soins dans l'urgence, etc.). La réussite du changement passe alors par une **réflexion prioritaire sur ces dysfonctionnements**, par exemple dans le cadre du Plan d'Amélioration de la Qualité (**PAQ**) ou du Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (**CLACT**).

La résolution des difficultés peut s'effectuer bien souvent à moyens constants, par le dialogue, la réunion de professionnels de différents secteurs, l'analyse des problèmes d'interface, la sensibilisation des médecins, etc.

Les incohérences inhérentes à l'architecture des locaux ou au matériel disponible sont, en revanche, plus difficiles à réduire, pour des raisons souvent financières.

Or, il est essentiel que face aux nombreuses mesures d'hygiène adressées au personnel, l'établissement soit capable de maîtriser l'environnement dans lequel sont effectuées les activités hospitalières : l'eau, l'air et les surfaces, vecteurs potentiels de bio-contamination, doivent faire l'objet de contrôles ; les circuits propre et sale doivent être différenciés ; les matériaux et matériels les plus adaptés doivent être privilégiés (revêtements de sols, lave-mains automatisés, etc.), de même que les chambres individuelles...

Le coût des mises en conformité, de l'acquisition des équipements, du renouvellement de matériel est non négligeable et fait penser, comme nous l'évoquions précédemment, qu'un financement spécifique dans le cadre du Contrat d'objectifs et de moyens serait bien venu. La prévention des infections nosocomiales passe par une hygiène sans exception, à pratiquer en permanence et en tout lieu.

En définitive, le changement -en particulier de pratiques- est un objectif difficile à atteindre. Malgré tout, « sans nier l'importance des difficultés à résoudre, il existe de réelles possibilités d'évolution du système hospitalier pour peu qu'on se donne la peine d'en comprendre les composantes, de mettre en application des méthodes adaptées et de s'impliquer dans un style de management d'un nouveau genre » (ARBUZ et DEBROSSE).

Face aux multiples « recettes » qui prétendent délivrer une solution « clés en mains » pour conduire et gérer le changement, notre propos est beaucoup plus modeste.

Il n'entend pas être une vérité mais simplement un corpus de propositions fondées sur l'analyse d'une situation spécifique, celle du Centre Hospitalier d'Hyères.

L'enquête que nous avons menée dans cet établissement nous conduit à penser, comme certaines théories le sous-entendent, que l'appropriation du changement par le personnel est un élément fondamental pour faire évoluer les pratiques des hospitaliers, dans un environnement sanitaire en mouvement permanent.

Dès lors, le management du changement ne peut être appréhendé comme une fonction de conception, de commandement et de contrôle mais doit plutôt tendre à créer les conditions favorables pour une appropriation du changement : participation des individus, investissement des cadres de proximité, accompagnement humain à travers la formation et la communication, accompagnement structurel par l'institutionnalisation du changement et la mise en adéquation de l'environnement.

En l'absence de cette responsabilisation des personnels et de ce long processus d'accompagnement, la simple diffusion de recommandations professionnelles ne suffit pas à obtenir l'adoption de nouvelles pratiques.

Nous sommes conscients que nos conclusions peuvent avoir une portée polémique, dans la mesure où elles reviennent à considérer en un sens que le directeur doit partager son pouvoir et faire une place plus large à la contribution des personnels.

Cependant, il nous semble d'une part qu'il ne s'agit pas d'un « sacrilège », car le pouvoir n'est pas une fin en soi et, d'autre part, que cette voie est utile et nécessaire pour que l'hôpital continue à satisfaire au mieux les exigences sans cesse évolutives de la population et de l'environnement.

Plus que jamais, le directeur a un rôle d'exemplarité : il ne peut promouvoir l'évolution des pratiques professionnelles sans réviser lui-même ses méthodes de management...

Bibliographie

DOCUMENTS GENERAUX :

◆ Ouvrages

- ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis. *Réussir le changement de l'hôpital*. Paris : InterEditions, 1996. 249p. ISBN 2-7296-0629-7.
- BRENOT Jacques et TUVÉE Jean-Louis. *Le changement dans les organisations*. 1^{ère} édition. Paris : Presses Universitaires de France, 1996. 127p. (Que sais-je ; 3114). ISBN 2-13-047689-9.
- CHEVANDIER Christian. *Les métiers de l'hôpital*. Paris : La Découverte, 1997. 121p. (Repères ; 218). ISBN 2-7071-2711-6.
- CREMADEZ Michel et GRATEAU François (collab.). *Le management stratégique hospitalier*. 2^{ème} édition. Paris : Masson, 1997. 448p. ISBN 2-225-85576-5.
- DUPUY François. *Le client et le bureaucrate*. Paris : Dunod, 1998. Deuxième partie, chapitre 5, De la difficulté à changer d'une part et à maîtriser le changement d'autre part, p. 101 et suivantes. ISBN 2-10-003685-8.
- DURAND Jean-Pierre et WEIL Robert (dir.). *Sociologie contemporaine*. 2^{ème} édition. Paris : Vigot, 1999. Deuxième partie, chapitre 19, Sociologie du travail, p. 437-468 ; chapitre 20, Sociologie des organisations, p. 469-490. (Essentiel). ISBN 2-7114-1998-3.
- DURIEUX Pierre (coord.), FOURCADE Alexandra, RICOUR Loïc et alii. *La démarche qualité dans un établissement de santé*. Paris : Doin Editeurs, 1997. (Les guides de l'APHP). 163p. ISBN 2-7040-0898-1.

- JOULE Robert Vincent et BEAUVOIS Jean-Léon. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble : Presses Universitaires, 1987. 229 p. (Vies sociales). ISBN 2-7061-0291-8.
- GONNET Françoise et CROZIER Michel (pref.). *L'hôpital en question (s)*. Paris : Editions Lamarre, 1992. Première partie, chapitre 5, Un regard sociologique sur l'hôpital public, p. 213-239 ; chapitre 6, Nouveaux défis et changement, p. 240-251. Deuxième partie, chapitre 4, Diagnostic et modalités de changement, quelle cohérence ?, p. 314-323. ISBN 2-85030-145-0.
- GUYON Christian, GUYON Christiane, DOUCET Pierre et alii. *Moderniser les services publics : Mission possible*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1998. 280p. (Service public de la mission au métier). ISBN 2-7081-2107-3.
- LAFAYE Claudette. *Sociologie des organisations*. Paris : Nathan, 1996. 127p. (Sociologie 128 ; 98). ISBN 209190744-8.
- KOURILSKY-BELLIARD Françoise et WATZLAWICK Paul. *Du désir au plaisir de changer. Comprendre et provoquer le changement*. Paris : InterEditions, 1995. 324p. ISBN 2-7296-0566-5.
- MUCHIELLI Alex. *La psychologie sociale*. Paris : Hachette, 1994. 158p. (Les fondamentaux ; 26). ISBN 2-01-144921-9.
- NIZARD Georges. *L'hôpital en turbulence*. Toulouse : Privat, 1994. 181p. ISBN 2-70089-7465-3.
- SINGLY (De) François. *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Paris : Nathan, 2000. 126p. (Sociologie 128 ; 18). ISBN 2-09190567-4.

◆ Périodiques

- AKTOUF Omar. Mobilisation et culture d'entreprise. *ANDCP Personnel*, Avril 1995, N°359, p. 31-34.

- AMOUROUS Charles, MONTESINOS André, DROUIN Jocelyne et alii. Le cahier du management. Ressources humaines : gouverner, aider et comprendre les hommes. *Objectif soins*, Novembre 1996, N°47, p I-XVI.
- BERNADOU Alain. La démarche qualité : du discours à la réalité. *Entreprise santé*, Mai Juin 2000, N°27, p. 17-20.
- CONICK (de) Frédéric. Point de vue : les bonnes raisons de résister au changement. *Revue française de gestion*, Septembre Octobre 1998, N°120 (N° spécial « Les organisations face au changement »), p. 162-168.
- COURPASSON David. Le changement est un outil politique. *Revue française de gestion*, Septembre Octobre 1998, N°120 (N° spécial « Les organisations face au changement »), p. 6-16.
- DAVEZIES Ph. De l'épreuve à l'expérience du travail : identités et différences. *Gestions hospitalières*, Mai 1992, N°316, p. 354-356.
- DUFOUR Yvon et OUIMET Gérard. Vivre et gérer le changement ensemble ? *Revue française de gestion*, Mars Mai 1997, N°113, p. 23-40.
- FLORET Daniel. Le travail des soignants à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Mai 1992, N°316, p. 410-414.
- Gestion des risques (dossier). *Revue Hospitalière de France*, Juillet-Août 2000, N°4, p. 50-80.
- GROULEZ Claire. Le service infirmier dans le changement. *Gestions hospitalières*, Février 1998, N°373, p. 109-112. ISSN 0016-9218.
- Groupe LAENNEC. Accompagner les restructurations. Carnets de route... *Gestions hospitalières*, Avril 1999, N°385, p. 261-265.
- GUILHON Alice. Le changement organisationnel est un apprentissage. *Revue française de gestion*, Septembre-Octobre 1998, N°120 (N° spécial « Les organisations face au changement »), p. 98-107.

- HAEFFNER Anne-Lise. Évaluation d'une pratique soignante. *Techniques hospitalières*, Janvier-Février 2000, N°643, p. 58-63. ISSN 1166-8385.
- KOURILSKY Françoise. Comment ne pas bloquer le changement ? *Gestions hospitalières*, Avril 1999, N°385, p. 266-267.
- KOURILSKY Françoise. La communication. Levier du changement à l'hôpital. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 3^{ème} trimestre 1996, N°19, p. 16-20.
- PAOLI Dominique, PERRIN Georgette, FAURIER-SEURET Chantal et alii. Le cahier du management. Réforme hospitalière : une nouvelle mission pour l'encadrement à l'hôpital. *Objectif soins*, Février 1997, N°50, p I-XVI.
- PAVY Gérard. À l'écoute de l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Mai 1995, N°346, p. 402-406.

◆ Documents, études, rapports

- BOUVIER Véronique. *Évaluation de la formation continue au management des cadres aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg*. Mémoire de directeur d'hôpital : ENSP, 1996. 108p.
- GOURIER-SCHALL Denise. *Réussir les restructurations hospitalières internes. Participation du service infirmier*. Mémoire d'Infirmier général : ENSP, 1999. 59p.
- HEBRARD Martine. *Développer les relations transversales à l'hôpital d'Elbeuf pour renforcer le changement*. Mémoire de directeur d'hôpital : ENSP, 1994.
- LACOUR Bernard. *La conduite du changement en milieu hospitalier : enseignements tirés de l'expérimentation mise en œuvre au CH de Lourdes*. Mémoire de directeur d'hôpital : ENSP, 1997.

RISQUE INFECTIEUX NOSOCOMIAL :

◆ Ouvrages

- AUDURIER A., AGUT H., ANDREMONT A. et alii. *Hygiène hospitalière*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 1998. Première partie, chapitre 3, L'infection nosocomiale, p. 35-50. Deuxième partie, chapitre 1, Politique nationale de prévention et de lutte, p. 149-152 ; chapitre 2, Les CLIN et les unités d'hygiène hospitalière, p. 153-158. (Azay ; N. Hygis). ISBN 2-7297-0589-9.

◆ Périodiques

- BERTHELOT Ph., BANET J.C, POZZETTO B. et alii. Mission hygiène : une réponse novatrice aux besoins de formation en hygiène. *Techniques hospitalières*, Novembre 1997, N°621, p. 34-38.
- BLANCHARD Antonine. Infirmière hygiéniste, bientôt une spécialité à part entière ? *Revue de l'infirmière*, Avril 1999, N°48, p. 46-49.
- GOTTOT Serge. Maladies et risques émergents. *Actualité et dossier en santé publique*, Juin 1998, N°23, p. 26-31. ISSN 1243-275X.
- JAMBOU P., VEYRES P., BUFFOU M.J. ET alii. La maîtrise du risque infectieux nosocomial dans un établissement de santé : comment bâtir un plan d'action ? *Techniques hospitalières*, Mai 2001, N° 656, p. 15-19.
- MISSEREY Françoise, JOUANNET Annick, GOUDART Annie et alii. Le cahier du management. Évaluation de l'utilisation du classeur de recommandations en hygiène hospitalière. *Objectif soins*, Avril 2000, N°85, p. IV-VII. ISSN 1163-4634.
- ROELANTS Corinne. Référent hygiène, moteur de décloisonnement. *Revue de l'infirmière*, Avril 1999, N°48, p. 43-44.
- Bâtiments hospitaliers. Améliorer l'hygiène et la santé (Dossier). *Le Moniteur*, Octobre 1999, N° 5004, p. 97-111.

◆ Documents, études, rapports

- ANTONIOTTI Gilles. L'ANAES : présentation, missions, perspectives dans la gestion du risque nosocomial. Formation C-CLIN Sud Est : *CLIN et démarche d'accréditation*, Fréjus, 30 Septembre 1999.
- DUBOURDIEU Béatrice. *Démarche de préparation à l'accréditation : quels bénéfices pour l'hygiène dans un hôpital général ?* Mémoire de DIU Stratégie globale en hygiène hospitalière : Université Claude Bernard Lyon I, 1999.
- RUMEAUX Francine. *Influence du contexte institutionnel sur les résultats de l'auto-évaluation accréditive : application au risque nosocomial*. Mémoire d'infirmier général : ENSP, 1999. 70p.
- Plan National de lutte contre les infections nosocomiales 1995 / 2000
- Manuel d'accréditation des établissements de santé de l'ANAES, référentiel « SPI »

◆ Textes juridiques

- Loi n° 98-535 du 1^{er} Juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé destinés à l'Homme (article L 6111-1 du Code de la santé Publique)
- Décret n° 2001-671 du 26 Juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé
- Décret n° 99-1034 du 6 Décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (articles R 711-1 à R 711-10 du Code de la Santé Publique), abrogeant le décret n° 88-657 du 6 Mai 1988
- Arrêtés du 3 Août 1992 et du 19 Octobre 1995 relatifs à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales
- Circulaire DHOS / E2 - DGS / SD5C n° 2001-383 du 30 Juillet 2001 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients en matière d'infection nosocomiale dans les établissements de santé

- Circulaire DGS - DHOS / E2 n° 2000-645 du 29 Décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, abrogeant la circulaire n° 1988 / 263 du 13 Octobre 1988 et modifiant la circulaire n° 1995 / 17 du 19 Avril 1997

Glossaire

- ◆ **Accréditation** : « Procédure externe à un établissement de santé dont le but est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement (...) à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement » (Ordonnance du 24 Avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée)
- ◆ **Amélioration continue de la qualité** : Démarche visant à intégrer la qualité dans les modes de gestion de l'entreprise ou de l'organisation.
- ◆ **Analyse stratégique** : Analyse développée par les sociologues CROZIER et FRIEDBERG, mettant l'accent sur les relations de pouvoir qui se nouent au sein des organisations.
- ◆ **Appropriation** : Action par laquelle un individu reconstruit et fait sienne une idée ou un concept, un modèle, etc. (notion de paternité)
L'appropriation du changement par un individu signifie que celui-ci :
 - considère que le changement est pertinent (il s'agit d'une nécessité et d'un progrès)
 - se reconnaît dans le changement (mobilisé sur la question, en accord avec la philosophie du changement, familiarisé avec les outils mis en place)
 - s'affirme comme acteur du changement (force de proposition, désir de participation)
- ◆ **Attitude** : Etat d'esprit ou prédisposition générale envers quelque chose, se traduisant par des séquences de conduites.
- ◆ **Assurance de la qualité** : « Ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité » (ISO 8402)
- ◆ **Changement** : Acte par lequel un objet se modifie ou est modifié dans un ou plusieurs de ses caractères –sans porter de jugement de valeur sur le sens de ce changement. Plusieurs termes sont employés dans le langage courant pour rendre

compte d'un changement (dérive, évolution, révolution, mutation, ...), sans que leur signification respective soit bien différenciée.

- ◆ **Correspondants hygiène** : « Personnes ressources » en matière d'hygiène, qui ont pour mission de diffuser l'information dans leur service, de conseiller l'équipe de soins et d'adapter les recommandations, de participer à la formation permanente, de collaborer aux enquêtes épidémiologiques et d'élaborer des protocoles de soins.

- ◆ **Culture** : « Ensemble d'acquis communs aux membres d'un groupe (...), qui servent de références permanentes et inconscientes pour la perception des choses, leur analyse et leur évaluation et interviennent dans l'orientation de toutes les conduites » (Alex MUCCHIELLI). La culture englobe ainsi les représentations, croyances, normes de jugement ou d'action, attitudes, valeurs et même conduites précises.
Chaque système culturel comporte un noyau dur, formé des éléments intangibles, puis d'autres éléments soumis à renouvellement sous l'impact de la confrontation aux diverses situations de la vie (» acculturation »).

- ◆ **École de Palo Alto** : Ecole de psychologie sociale clinique fondée par BATESON, WATZLAWICK, ... pendant les années 1970, qui a développé notamment la notion d' » interaction paradoxale ».

- ◆ **Empowerment** : Forme de management qui donne la possibilité aux acteurs de s'exprimer non seulement sur la réalité des problèmes mais aussi sur la construction de solutions.

- ◆ **Gestion des risques** : Démarche qualité qui se distingue par ses objectifs, à savoir la correction prioritaire des dysfonctionnements à risque de dommages iatrogènes.
La gestion des risques consiste à la fois à mettre en place un dispositif de prévention et, lorsqu'un risque s'est réalisé malgré tout, à savoir en gérer les suites -notamment les plaintes.

- ◆ **Infection nosocomiale** : Infection acquise pendant le séjour hospitalier alors qu'elle n'était ni présente ni en incubation au moment de l'admission.

- ◆ **Intéressement** : Moyen de gestion consistant à associer les employés aux résultats de leur activité matériellement, par le biais d'un système de « récompenses », et psychologiquement, par la participation à la définition d'objectifs.
- ◆ **Management stratégique** (CREMADEZ et GRATEAU) : Forme de management qui met l'accent sur la formulation concrète d'objectifs par le plus d'acteurs possible, qui ne seront alors plus enfermés dans une logique de moyens.
- ◆ **Participation** : Implication des employés dans le processus de décision et dans la gestion de l'entreprise ou de l'organisation.
- ◆ **Pratiques professionnelles** : Comportement habituel, façon d'agir des employés dans l'exercice quotidien de leur travail.
- ◆ **Prévention des risques** : Démarche consistant principalement à repérer les risques, les évaluer et mettre en place des actions de nature à faire diminuer les probabilités de survenue des dysfonctionnements.
- ◆ **Procédure** : « Manière spécifiée d'accomplir une activité » (ISO 8402) ; méthode à suivre pour obtenir un résultat.
- ◆ **Protocole** : Énoncé des conditions, des règles, etc. de déroulement d'une activité (un soin par exemple).
- ◆ **Psychologie sociale = psychosociologie** : Discipline qui cherche à expliquer ou comprendre les phénomènes sociaux qui orientent les conduites (par exemple, en quoi et comment l'individu est influencé par les autres individus et groupes qui l'entourent). Elle se distingue de la psychologie, qui cherche plutôt à rendre compte des phénomènes intérieurs au psychisme individuel qui orientent les conduites de l'individu.
- ◆ **Qualité** : « Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites » (ISO 8402)
- ◆ **Recommandations de bonnes pratiques** : Recommandations pour l'exercice professionnel, faisant état des données acquises de la science.

- ◆ **Risque iatrogène** : Dommages susceptibles d'être causés par un traitement médical ou des médicaments.
- ◆ **Roue de DEMING** : Cycle d'assurance de la qualité défini par DEMING pour le secteur industriel et composé de quatre phases « PDCA » : Plan (planifier), Do (réaliser), Check (vérifier), Act (réagir)
- ◆ **Sécurité sanitaire** : Sécurité des personnes face aux risques liés à l'activité du système de santé.
- ◆ **Sociologie des organisations** : Discipline qui a pour objet de comprendre les règles et la logique de fonctionnement de la vie collective et des formes de coopération auxquelles elle donne lieu.
- ◆ **Valeurs** : Principes de référence qui guident le comportement des individus.
- ◆ **Vigilances sanitaires** : Systèmes institutionnels de veille et d'alerte visant à prévenir les risques sériels, potentiellement catastrophiques, à l'échelle locale puis nationale voire internationale. Les principales vigilances sanitaires sont actuellement l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'infectiovigilance.

Liste des annexes

ANNEXE N° 1 : Présentation du Centre Hospitalier d'Hyères (**non intégrée**)

ANNEXE N° 2 : Rapport d'activité 1999 du CLIN du Centre Hospitalier d'Hyères (**non intégrée**)

ANNEXE N° 3 : Programme d'actions 2000 / 2001 du CLIN du Centre Hospitalier d'Hyères (**non intégrée**)

ANNEXE N° 4 : Sommaire du classeur d'hygiène et exemple de recommandations (**non intégrée**)

ANNEXE N° 5 : Questionnaire d'évaluation distribué dans les services du CH d'Hyères (**non intégrée**)

ANNEXE N° 6 : Résultats de l'enquête

Annexe N° 6

Résultats de l'enquête

Tableau N° 1 : Répartition des participants à l'enquête par type de personnel

	Nombre de questionnaires distribués	Nombre de questionnaires recueillis	Pourcentage recueillis / distribués
Personnel médical	67	32	47,8%
Personnel non médical	234	185	79,0%
TOTAL	301	217 (+ une non réponse)	72,0%

Tableau N° 2 : Répartition des participants à l'enquête par secteur d'activité

	Nombre de questionnaires recueillis	Fréquence (% du total de réponses)
Services cliniques	140	64,2%
Services médico-techniques	44	20,2%
Services techniques/ généraux	26	11,9%

Tableau N° 3 : « Pensez-vous que le dispositif de prévention des infections nosocomiales a entraîné un changement dans vos pratiques professionnelles ? »

	Nombre de réponses	Fréquence (% du total de réponses)
Non réponses	26	11,9%
Oui	103	47,2%
Partiellement	61	28,0%
Très partiellement	9	4,1%
Non	19	8,7%
TOTAL	218	100,0%

Tableau N° 4 : Positionnement des différents types de personnel par rapport au changement de pratiques professionnelles

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	15,6%	11,4%
Oui	65,7%	76,7%
Partiellement		
Très partiellement	18,7%	11,9%
Non		
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 5 : Positionnement des différents secteurs d'activité par rapport au changement de pratiques professionnelles

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence (% du total)		
	Services cliniques	Services médico-techniques	Services techniques / généraux
Non réponses	10,7%	11,5%	23,0%
Oui	80,7%	61,3%	69,2%
Partiellement			
Très partiellement	8,6%	27,2%	7,8%
Non			
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N° 6 a/ : « Avez-vous facilement accès au classeur d'hygiène ? »

Accessibilité	Nombre de réponses	Fréquence (% du total des réponses)
Non réponses	16	7,3%
Tout à fait Plutôt oui	192	88,1%
Plutôt non Pas du tout	10	4,6%
TOTAL	218	100,0%

Tableau N° 6 b/ : « La présentation du classeur vous paraît-elle agréable ? »

Caractère Agréable	Nombre de réponses	Fréquence (% du total des réponses)
Non réponses	24	11,0%
Tout à fait Plutôt oui	186	85,3%
Plutôt non Pas du tout	8	3,7%
TOTAL	218	100,0%

Tableau N° 6 c/ : « *Trouvez-vous l'utilisation du classeur pratique ?* »

Caractère Pratique	Nombre de réponses	Fréquence (% du total des réponses)
Non réponses	23	10,6%
Tout à fait	189	86,7%
Plutôt oui		
Plutôt non	6	2,7%
Pas du tout		
TOTAL	218	100,0%

Tableau N° 6 d/ : « *Selon vous, le classeur est-il complet ?* »

Caractère Complet	Nombre de réponses	Fréquence (% du total des réponses)
Non réponses	32	14,7%
Tout à fait	179	82,1%
Plutôt oui		
Plutôt non	7	3,2%
Pas du tout		
TOTAL	218	100,0%

Tableau N° 7 : *Positionnement par rapport au changement de pratiques en fonction du degré de consultation du classeur*

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence des réponses par degré de consultation du classeur			
	Consulte souvent	Consulte ponctuellement	Consulte rarement	Ne consulte jamais
Non réponses	31,2%	7,0%	9,5%	26,3%
Oui	62,5%	87,4%	53,0%	42,1%
Partiellement				
Très partiellement	6,3%	5,6%	37,5%	31,6%
Non				
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N° 8 : « *Le dispositif mis en place par l'équipe d'hygiène vous semble t-il être en progrès (...) pour l'exercice de votre activité ?* »

Progrès	Nombre de réponses	Fréquence (% du total)
Non réponse	26	11,9%
Tout à fait	82	37,6%
Plutôt oui	94	43,1%
Plutôt non	14	6,5%
Pas du tout	2	0,9%
TOTAL	218	100,0%

Tableau N° 9 : Positionnement des différents types de personnel par rapport à l'idée de progrès

Progrès	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	15,6%	11,3%
Tout à fait	37,5%	37,9%
Plutôt oui	34,4%	44,4%
Plutôt non	12,5%	5,4%
Pas du tout	0,0%	1,0%
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 10 : Positionnement des différents services par rapport à l'idée de progrès

Services	Progrès			
	Non réponses	Tout à fait / Plutôt oui	Plutôt non / Pas du tout	TOTAL
Urgences	16,6%	83,4%	0,0%	100%
Médecines 1 et 2	0%	95,5%	4,5%	100%
Chirurgies 1 et 2	13%	78,3%	8,7%	100%
Réanimation	7,1%	92,9%	0,0%	100%
Cardiologie	16,7%	83,3%	0%	100%
Obstétrique	0%	69,2%	30,8%	100%
Pédiatrie	16,7%	75%	8,3%	100%
Gérontologie	13,3%	80%	6,7%	100%
Blanchisserie	11,1%	77,8%	11,1%	100%
Ateliers	33,3%	66,7%	0%	100%
Nettoyage	16,7%	66,6%	16,7%	100%
Pharmacie	8,3%	83,4%	8,3%	100%
Laboratoire	18,2%	72,7%	9,1%	100%
Imagerie médicale	0%	87,5%	12,5%	100%
Bloc, anesthésie, endoscopies	30,8%	69,2%	0%	100%
Restauration	14,3%	85,7%	0%	100%

Tableau N° 11 : Positionnement par rapport au changement de pratiques en fonction du degré de formation (déclaré)

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence des réponses	
	Personnes formées	Personnes non formées
Non réponses	9,4%	14,1%
Oui	80,7%	66,2%
Partiellement		
Très partiellement	9,9%	19,7%
Non		
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 12 : « Dans votre service, y a t-il un classeur d'hygiène ? » (réponses données par les différents types de personnel)

	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	0,0%	2,2%
Oui	78,1%	94,0%
Non	0,0%	2,7%
Ne sait pas	21,9%	1,1%
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 13 : *Consultation du classeur d'hygiène par les différents types de personnel*

Consultation du classeur	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	0,0%	4,3%
Souvent Ponctuellement	53,1%	76,2%
Rarement Jamais	46,9%	19,5%
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 14 : *Application des recommandations d'hygiène par les différents types de personnel*

Application des recommandations	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	15,7%	6,6%
Oui Partiellement	74,9%	90,2%
Très partiellement Non	9,4%	3,2%
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 15 : Consultation du classeur d'hygiène par les différents services

Services	Consultation			
	Non réponses	Souvent / Ponctuellement	Rarement / Jamais	TOTAL
Urgences	8,3%	75,0%	16,7%	100%
Médecines 1 et 2	0%	90,9%	9,1%	100%
Chirurgies 1 et 2	4,4%	69,6%	26,0%	100%
Réanimation	0,0%	92,9%	7,1%	100%
Cardiologie	0,0%	100,0%	0%	100%
Obstétrique	0%	69,2%	30,8%	100%
Pédiatrie	0,0%	100,0%	0,0%	100%
Gérontologie	0,0%	86,7%	13,3%	100%
Blanchisserie	0,0%	88,9%	11,1%	100%
Ateliers	100,0%	0,0%	0,0%	100%
Nettoyage	0,0%	66,7%	33,3%	100%
Pharmacie	8,3%	41,7%	50,0%	100%
Laboratoire	0,0%	45,5%	54,5%	100%
Imagerie médicale	0%	75,0%	25,0%	100%
Bloc, anesthésie, endoscopies	7,7%	38,5%	53,8%	100%
Restauration	14,3%	0,0%	85,7%	100%

Tableau N° 16 : Degré d'information selon les différents secteurs d'activité

Information	Fréquence des réponses		
	Services cliniques	Services médico-techniques	Services techniques / généraux
Non réponses	2,9%	6,8%	0%
Oui	82,1%	61,4%	69,2%
Non	15%	31,8%	30,8%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N° 17 : Positionnement par rapport au changement de pratiques en fonction du degré d'information

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence des réponses	
	Personnes informées	Personnes non informées
Non réponses	7,9%	22,8%
Oui	83,7%	47,7%
Partiellement		
Très partiellement	8,4%	29,5%
Non		
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 18 a/ : *Positionnement par rapport au changement de pratiques en fonction de la responsabilité ou non de correspondant hygiène*

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence des réponses	
	Correspondant hygiène	Non correspondant hygiène
Non réponses	4,7%	13,7%
Oui	85,7%	72,7%
Partiellement		
Très partiellement	9,6%	13,6%
Non		
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 18 b/ : *Positionnement par rapport au changement de pratiques en fonction de la participation à l'élaboration des recommandations*

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence des réponses	
	Participation à l'élaboration des recommandations	Non participation
Non réponses	11,8%	12,7%
Oui	77,4%	71,8%
Partiellement		
Très partiellement	10,8%	15,5%
Non		
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 18 c/ : *Positionnement par rapport au changement de pratiques en fonction de la participation aux réunions du CLIN*

Changement de pratiques professionnelles	Fréquence des réponses	
	Participation aux réunions du CLIN	Non participation
Non réponses	11,0%	11,7%
Oui	79,4%	74,0%
Partiellement		
Très partiellement	9,6%	14,3%
Non		
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 19 a/ : *Participation à l'élaboration des recommandations en fonction de l'ancienneté du personnel*

Participation	Fréquence des réponses			
	Moins de 10 ans d'ancienneté	10 à 20 ans	20 à 30 ans	Plus de 30 ans
Non réponses	1,3%	1,5%	1,7%	0,0%
Oui	32,9%	57,1%	64,5%	66,7%
Non	65,8%	41,4%	33,8%	33,3%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N° 19 b/ : *Souhait de participer davantage en fonction de l'ancienneté du personnel*

Souhait de participer davantage	Fréquence des réponses			
	Moins de 10 ans d'ancienneté	10 à 20 ans	20 à 30 ans	Plus de 30 ans
Non réponses	18,4%	20,0%	30,7%	55,6%
Oui	56,6%	50,0%	40,3%	33,3%
Non	25,0%	30,0%	29,0%	11,1%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau N° 20 a/ : *Participation aux réunions du CLIN en fonction du type de personnel*

Participation aux réunions du CLIN	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	0,0%	0,5%
Oui	53,1%	24,9%
Non	46,9%	74,6%
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 20 b/ : *Participation à l'élaboration des recommandations en fonction du type de personnel*

Participation à l'élaboration des recommandations	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	0,0%	2,2%
Oui	65,6%	48,6%
Non	34,4%	49,2%
TOTAL	100,0%	100,0%

Tableau N° 21 : *Souhait de participer davantage en fonction du type de personnel*

Souhait de participer davantage	Fréquence des réponses	
	Personnel médical	Personnel non médical
Non réponses	18,8%	24,9%
Oui	40,6%	50,8%
Non	40,6%	24,9%
TOTAL	100,0%	100,6%