

Ecole Nationale de la Santé Publique

Filière des Infirmiers généraux

Promotion 1999

**Le projet de soins infirmiers dans sa contribution au
projet d'établissement. Evolutions, enjeux et perspectives.**

Marie- Pierre LOIZIC

SOMMAIRE

Introduction

1- <u>Le projet de soins infirmiers dans le contexte d'aujourd'hui</u>	5
1-1 Le projet de soins infirmiers s'inscrit dans une architecture projet basée sur trois textes fondateurs	6
1-1-1 <i>La Loi de 1991</i>	6
1-1-2 <i>Les ordonnances de 1996</i>	7
1-1-3 <i>L'évaluation et l'accréditation : le manuel de 1998</i>	13
1-2 Le projet de soins infirmiers s'inscrit dans le projet d'établissement	15
1-2-1 <i>Le projet d'établissement</i>	15
1-2-2 <i>Le projet de soins infirmiers</i>	21
1-2-3 <i>Les enjeux du projet de soins infirmiers dans ce contexte</i>	25
2- <u>Du contexte aux concepts</u>	27
2-1 Définition du concept de projet	28
2-1-1 <i>L'apparition du concept de projet dans le monde hospitalier</i>	28
2-1-2 <i>La définition du concept</i>	28
2-1-3 <i>La composition du projet</i>	29
2-2 Le management de la démarche projet	32
2-2-1 <i>De la verticalité à la transversalité</i>	33
2-2-2 <i>Les acteurs du projet</i>	34
2-2-3 <i>Le jeu des acteurs</i>	34
2-3 Les paradoxes du projet	37
2-3-1 <i>L'écart entre la théorie et la pratique</i>	37
2-3-2 <i>L'écart entre le projet individuel et le projet collectif</i>	37
2-3-3 <i>L'écart entre l'espace à aménager et le temps à anticiper</i>	39
2-3-4 <i>L'écart entre la réussite et l'échec</i>	39

3- <u>L'étude de terrain</u>	41
3-1 Modalités de vérification de l'hypothèse	42
3-1-1 <i>Le cadre particulier de l'étude de terrain</i>	42
3-1-2 <i>Les principes méthodologiques</i>	43
3-1-3 <i>Les limites du travail et du traitement des données</i>	45
3-2 De la démarche projet d'établissement	45
3-2-1 <i>La démarche projet utilisée par les établissements observés</i>	45
3-2-2 <i>Le contenu et les liens des projets entre eux</i>	49
3-2-3 <i>Le management de projet</i>	51
3-3 ...Au projet de soins infirmiers	54
3-3-1 <i>La représentation du projet de soins infirmiers</i>	54
3-3-2 <i>Les liens du projet de soins infirmiers avec les autres projets</i>	55
3-3-3 <i>Les complémentarités en action</i>	56
4- <u>Synthèse et axes de projet professionnel</u>	59
4-1 Synthèse	60
4-1-1 <i>La validation des hypothèses</i>	60
4-1-2 <i>Les maillons faibles</i>	60
4-2 Du projet de niveau institutionnel	61
4-2-1 <i>Travailler le champ de l'élaboration du projet d'établissement</i>	61
4-2-2 <i>Travailler la transversalité des projets</i>	62
4-2-3 <i>Se doter d'un comité stratégique</i>	63
4-3 ...Au projet du service de soins infirmiers	64
4-3-1 <i>Travailler l'évolution de la fonction infirmière</i>	64
4-3-2 <i>S'appuyer sur l'aide concrète de la C.T.R.S.I et de la C.S.S.I.</i>	65
4-3-3 <i>S'inscrire dans une démarche de contractualisation interne</i>	66
Conclusion	68
Bibliographie	71
Annexes	76

INTRODUCTION

Depuis la loi portant réforme hospitalière de 1991¹ et les ordonnances de 1996², le projet d'Établissement devient un point central de négociation avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. La nouvelle réglementation est en train de transformer considérablement le monde hospitalier.

Les modalités de prise en charge des patients préconisées par les textes, les modalités renouvelées ou prescrites, peuvent être lues comme un ensemble cohérent, visant à recentrer l'hôpital service public autour de la personne soignée, tout en maintenant la maîtrise des dépenses de santé.

Il y a nécessité à structurer l'hôpital et à potentialiser les acteurs de santé pour des raisons économiques, mais aussi pour des raisons sociales. En effet, depuis les « affaires », le sang contaminé notamment, nous observons une perte de confiance des patients et de leur proches. Parallèlement se développe un besoin croissant d'information des usagers du système de santé.

Le projet d'établissement apparaît comme structurant pour la pensée médicale, infirmière et sociale; en ce sens, il est pertinent dans son but de modernisation de l'organisation hospitalière. Les nouvelles dispositions réglementaires entraînent à formuler un projet partagé, résultant d'un management contractuel et participatif. Par cette organisation générale, la loi met en interaction les acteurs du système de santé en les invitant à plus de complémentarité et de multidisciplinarité. L'enjeu fondamental est de parvenir à une nouvelle croissance du système de santé plus qualitative et moins quantitative.

« les nouveaux textes conduisent à substituer progressivement à une logique de budget, une logique de projet...Le projet d'établissement est appelé à devenir le document essentiel pour la vie de l'hôpital. »³

Ainsi la loi incite fortement les acteurs décisionnels de l'hôpital à se situer en équipe projet. Ils seront amenés à rompre avec le modèle de fonctionnement pyramidal, pour passer à un mode plus transversal de management. Cela nécessite une coordination permanente pour maintenir la pluralité des approches et éviter en même temps qu'elles se neutralisent.

¹ Loi N° 91 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

² Ordonnance N° 96 – 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

³ COUTY E. TABUREAU D., hôpitaux et cliniques : les réformes hospitalières, Editions Berger- Levraut, mai 1993, p.222.

Dans ce contexte en mouvement , il nous est apparu important de réfléchir à la place du projet de soins infirmiers dans le cadre du projet d'établissement tel qu'il est défini aujourd'hui.

Le souhait de réfléchir au projet de soins infirmiers est issu de notre expérience professionnelle. Nous avons utilisé le concept de projet et les outils qui l'accompagnent tout au long de notre parcours professionnel : tout d'abord, dans l'enseignement des soins infirmiers en référence au projet pédagogique, puis dans la conduite d'un projet de formation continue en lien avec les axes d'établissement en tant que responsable formation continue, enfin dans la coordination et l'animation d'un projet de service dans le cadre d'un service de soins. A chaque nouvelle fonction, il nous a fallu réfléchir aux fondements de la notion de projet et les resituer dans l'exercice professionnel concret dans lequel devait s'opérer sa mise en œuvre. Si la technique du projet peut être répliquée, il nous a fallu redéfinir les niveaux du projet par rapport aux finalités et par rapport aux acteurs concernés pour qu'il ne soit pas uniquement technique , mais qu'il ait du sens pour les actions concrètes.

De ces constats émerge notre questionnement de départ de ce travail :

En quoi la loi de 1991, les ordonnances de 1996 et le manuel d'accréditation de 1998 ont-ils un impact sur le projet de soins infirmiers de 2^{ème} génération ?

Ces notions entraînent-elles un nouveau positionnement du projet de soins infirmiers par rapport au projet d'établissement ?

Cela modifie-t-il le management de la Direction du service de soins infirmiers , notamment vis à vis des projets associés : projet médical, projet social... ?

Pour construire notre objet d'étude, nous sommes partie du postulat que la réforme hospitalière en cours impose des changements aux professionnels hospitaliers rendant impérative une adaptation des pratiques. Nous nous centrons essentiellement sur le projet de soins infirmiers de deuxième génération en lien avec les acteurs décisionnels que sont le Directeur de l'établissement, le Directeur chargé des Ressources Humaines, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Directeur du Service de Soins Infirmiers. Nous avons priorisé l'approche projet par l'équipe de direction, car c'est d'elle que dépend l'initialisation du projet à l'hôpital. D'autres aspects de collaboration, notamment avec l'encadrement jouent un rôle important dans l'ensemble du processus projet, ils n'entrent pas dans le cadre précis de notre travail.

Nous avons ressenti le besoin de faire le point sur les textes officiels et des écrits concernant la réforme hospitalière de 1991 et leurs conséquences pratiques sur le projet de soins infirmiers dans le contexte de mutation d'aujourd'hui. C'est pourquoi, dans la première partie, nous tenterons de saisir l'architecture de projet dans laquelle il s'inscrit, pour comprendre les enjeux de positionnement et de management au travers desquels il évolue.

De ce champ contextuel, nous dégagerons les concepts fondateurs : le projet et le management de la démarche projet, qui feront l'objet de notre deuxième partie et qui nous sont apparus adaptés à notre questionnement.

Ils nous guideront dans notre étude de terrain, troisième partie, pour éclairer l'analyse des projets écrits et décrits par les acteurs décisionnels afin d'identifier les facteurs d'évolution. Nous avons choisi de mener nos études de cas dans deux établissements publics de santé. Nous sommes consciente du caractère restrictif de cette investigation. Cependant, il nous permet néanmoins d'interroger les évolutions en cours.

Ce détour par la pratique, nous permettra, dans la troisième partie d'évoquer les axes d'évolution des acteurs, qui nous amènera à faire des propositions dans le cadre de notre projet professionnel.

I^{ère} PARTIE

Le projet de soins infirmiers dans le contexte d'aujourd'hui

Chapitre 1

Le projet de soins infirmiers s'inscrit dans une architecture
projet basée sur trois textes fondamentaux

Chapitre 2

Le projet de soins infirmiers s'inscrit dans le projet
d'établissement

1.1 Le projet de soins infirmiers s'inscrit dans une architecture de projet basée sur 3 textes fondateurs

1.1.1. La loi de 1991 : une mission de Santé Publique

Dans la loi portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'accession de la santé publique passe du niveau technique au niveau politique⁴.

Ce bouleversement se manifeste par la place faite aux usagers dans les textes réglementaires ; le patient accède dans le discours, puis progressivement dans la réalité, à un rôle actif en tant qu'acteur dans le système de santé.

C'était déjà une préoccupation depuis la loi portant réforme hospitalière de 1970 qui débutait par le droit des malades.

En effet, la loi de 1991 s'appuie explicitement sur des valeurs humanistes, de sécurité, de transparence à travers ses grandes missions :

- Les valeurs humanistes par l'accès de tous aux soins, la place faite à l'utilisateur notamment dans la charte, une volonté d'amélioration de la prise en charge globale des personnes soignées, et la prescription d'une meilleure organisation.
- Les valeurs de sécurité par le maintien et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et par la mise en oeuvre des différentes vigilances.
- Les valeurs de transparence, c'est à dire rendre l'hôpital lisible, à travers le souci de la responsabilisation des acteurs par une politique d'évaluation de la qualité, par l'introduction de l'accréditation, par l'ouverture de l'hôpital sur son environnement, par une collaboration dynamique dans la contractualisation interne, et par la réalisation d'un projet négocié en interne et en externe.

Nous sommes passés des valeurs véhiculées à des valeurs énoncées, qui témoignent d'une prise de conscience : l'hôpital a été interpellé dans sa mission de Santé Publique. Le sens des actions médicales a été interrogé et le législateur a été amené à encadrer le monde de la santé dans ses objectifs et son organisation.

Notons au passage, que la loi en promulguant ces postulats concernant les valeurs de soins, renforce le souci des professionnels de santé et notamment des infirmières, à annoncer les valeurs de base qui font le sens de leurs actions.

⁴ CREMADEZ M., GRATEAU F., Le management stratégique hospitalier, Inter-éditions Masson, 2^{ème} édition, 1997.

1.1.2. Les ordonnances de 1996 : la structuration et les contrats dans le système de santé

Les ordonnances portent sur tous les aspects de l'organisation hospitalière. En relation avec notre sujet d'étude, elles introduisent :

- Une structuration externe à l'hôpital par la création des agences régionales, qui constitue un des points essentiels de la réforme de l'hospitalisation,
- Un renforcement de la notion de projet en lien avec la contractualisation : les contrats d'objectifs et de moyens négociés avec l'agence régionale de l'hospitalisation, et la contractualisation interne.
- L'évaluation, l'accréditation au travers des nombreux critères qui y font référence dans le manuel de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé.⁵

L'étude des textes montre la cohérence du système en terme d'organisation de la contractualisation. En effet, différents niveaux de contractualisation peuvent être identifiés dans le système de santé d'aujourd'hui. Avant d'aborder la contractualisation externe et la contractualisation interne, il nous a semblé important de schématiser le dispositif contractuel global voulu dans la politique de santé (schéma N°1). Le projet d'établissement se situe entre le niveau régional et le niveau local. Au niveau régional, il a des liens avec le schéma régional d'organisation sanitaire⁶. Afin de saisir les liens, nous avons schématisé le projet d'établissement par rapport au S.R.O.S. et aux contrats d'objectifs et de moyens (schéma N°2).

⁵ Lire partout : A. N. A .E. S.

⁶ Lire partout : S. R. O . S.

Schéma N°1 :

NATIONAL

1^{er} niveau

NATION- SYSTEME DE SANTE

(vote au parlement)

2^{ème} niveau

ETAT –ASSURANCE MALADIE

(convention d'objectifs de gestion)

ETAT – C.N.A.M.- HOSPITALISATION PRIVEE

(contrat tripartite)

REGIONAL

3^{ème} niveau

A.R.H. - ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES ET PUBLICS

(contrats d'objectifs et de moyens)

ETABLISSEMENTS

4^{ème} niveau

ETABLISSEMENTS EN INTERNE

(centres de responsabilité)

5^{ème} niveau

CLINIQUES / HOPITAUX MEDECINS LIBERAUX

(contrats d'activité, réseaux de soins)

INDIVIDUS

6^{ème} niveau

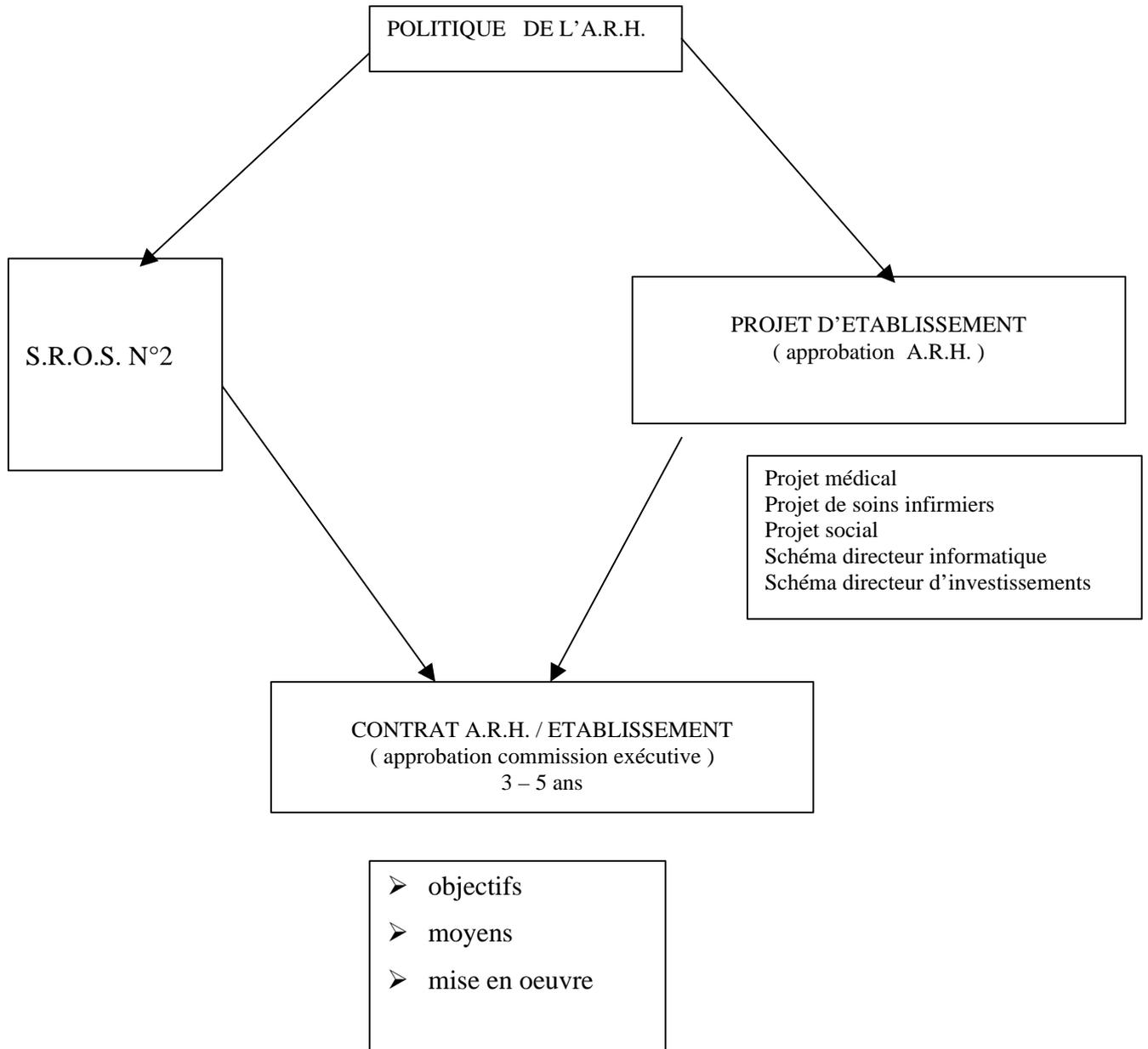
PATIENT MEDECINS ET EQUIPE SOIGNANTE

(charte du patient, filière de soins, qualité...)

La structuration externe : l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

La cohérence attendue entre le S.R.O.S. , Le projet d'établissement et le contrat peut être schématisée de la manière suivante :

Schéma N°2 :



Légende : S.R.O.S. : Schéma d'organisation sanitaire ; A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

N.B. : Source des schémas : Agence régionale de l'Hospitalisation des Pays de Loire, 1998

Un renforcement de la notion de projet en lien avec la contractualisation externe et interne

L'objectif d'un plus grand partage de l'information et d'une meilleure appréhension des objectifs poursuivis entre les différents acteurs hospitaliers a inspiré de nombreuses dispositions de l'ordonnance du 24/04/96.

La notion de contrat est complexe. Au cours des récentes décennies, le terme de contrat a été progressivement utilisé pour désigner certaines formes novatrices des politiques sociales de l'Etat. Le recours au concept de contrat dans les années 60, a été réactivé dans la définition et dans les formes du rapport qui doit s'établir entre les professionnels de l'action sociale et leurs clients. Du côté de l'action de l'état, le foisonnement contractuel est associé à la décentralisation. Il est principalement associé à de nouveaux modes de pilotage.

Le but de la contractualisation est le décloisonnement externe et interne de l'hôpital. Elle renforce le rôle transversal du directeur et souligne la participation des instances au projet.

La contractualisation externe

Au niveau d'un établissement public de santé, la contractualisation externe consiste en la signature de contrats d'objectifs et de moyens pour une durée de trois à cinq ans. Le contrat pluriannuel doit déterminer les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du S.R.O.S. . Le contrat doit décrire les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de relation. Les C.O.M.⁷ sont fondamentaux pour la pérennité de l'établissement. Ils permettent l'obtention des moyens financiers nécessaires à la continuité, aux innovations, et restructurations de l'établissement de santé. Ils sont en lien avec les R.O.B.⁸ organisées par l'A.R.H.

Les contrats d'objectifs et de moyens ont une fonction de communication sur la stratégie et l'évaluation du projet de l'établissement. Le projet sans contrat peut rester de l'ordre du discours, il y a réalité du projet par le contrat.

⁷ C.O.M. : Contrat d'objectifs et de moyens.

⁸ R.O.B. : réunion d'orientation budgétaire

La contractualisation interne

A la contractualisation externe, s'ajoute une incitation à la contractualisation interne à chaque établissement. Elle n'est pas obligatoire. Les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au Directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Chaque centre de responsabilité bénéficie d'une délégation de gestion. Ces délégations font l'objet d'un contrat négocié entre le Directeur et le responsable du centre de responsabilité.

Dans la réforme, le Directeur voit ses pouvoirs confirmés, mais en même temps, il est invité à mieux les partager :

- au sein de l'équipe de direction au premier chef, cela suppose l'adhésion à un projet commun, l'acceptation du travail en équipe fondé sur la confiance et la solidarité.
- L'équipe de direction s'est élargie à différents membres de corps professionnels ayant une culture et des valeurs complémentaires qui ne sauraient nuire à sa nécessaire cohésion. Chaque membre de l'équipe doit être porteur d'une partie de la fonction de direction, depuis la fixation des orientations stratégiques jusqu'à la mise en œuvre, et bénéficier de la délégation prévue par l'article L.714.12 du code de la santé.
- Par une déconcentration de la gestion au profit des équipes médicales et paramédicales.

Le législateur a fixé le cadre de l'application du principe de subsidiarité dans les articles L. 714-13 et L.714-26-1 du code de la santé Publique.

Le décret N°97-374 du 18 avril 1997 permet aux directeurs d'établissements de déléguer leur signature à des praticiens hospitaliers à la tête des centres de responsabilité.

La contractualisation des objectifs et des moyens entre les directions hospitalières associée à la délégation de gestion est présentée dans la circulaire DH N° 304 du 21 avril 1997.

La contractualisation interne et le management qui en découle, apparaissent comme les vecteurs essentiels de la médicalisation de la gestion.

La place des instances

Parallèlement à la structuration du projet, les textes que nous venons d'étudier font une grande place aux instances. Il y a lieu, là aussi, d'observer la cohérence avec la dynamique de projet prescrite par le législateur.

A travers cette lecture transversale des articles de loi concernant les instances, nous observons que les liens structurels ont été établis par le législateur afin de favoriser les échanges d'informations et encourager au consensus. Nous avons voulu explorer le rôle des instances par rapport au projet d'établissement. Chacune des instances est concernée par le projet. Les articles du code de la santé précise les compétences, les interactions. Nous avons résumé ces aspects dans le schéma suivant :

Schéma N°3 :

	C.A.	C.M.E.	C.S.S.I.	C.T.E.
Compétences	Politique et stratégique	Médical	Soins infirmiers	Ressources humaines
Référent	Président Maire	Président C.M.E.	Président D.S.S.I.	Président Directeur
Rôle/projet d'établissement	Définit la politique générale de l'établissement et délibère sur le projet d'établissement et les C.O.M.	-Prépare avec le Directeur, le projet médical d'établissement pour une durée de 5 ans. -Les objectifs médicaux sont compatibles avec les objectifs du S.R.O.S. - Emet un avis sur le Projet d'établissement et sur les programmes d'investissements. -Emet un avis sur le projet de soins infirmiers	Organisation générale des soins infirmiers et accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers Recherche et évaluation Elaboration d'une politique de formation Projet d'établissement	Consulté sur : Le projet d'établissement Les contrats d'objectifs et de moyens
Interractions :				
C.A.	N.A.	Représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutiques Président et vice-président de la C.M.E.	1 membre de la C.S.S.I.	Représentants du personnel
C.M.E.	Représentants du corps médical	N.A.	1 représentant de la C.M.E.	2 représentants de la C.M.E.
C.S.S.I.	Directeur du Service de Soins Infirmiers peut être invité	1 membre de la C.S.S.I.	N.A.	0
C.T.E.	Représentants du personnel	1 membre du C.T.E.	0	N.A.
Références textes officiels	Art. L 714 – 2 et L 714 – 4	Art. L 714 – 16	Art. l 714 – 26	Art. L 714 - 17 Et L 714 – 18

Légende : C.A. :Conseil d'administration ; C.M.E. : Commission médicale d'établissement ; C.S.S.I. : Commission du service de soins infirmiers ; C.T.E. : Comité technique d'établissement .N.A. : non adapté ; 0 : signifie absence de.

Les instances deviennent progressivement des instances de synthèse « où l'élaboration du projet est examinée, où les premiers arbitrages devront être rendus, et une première hiérarchie des choix établie. »⁹

⁹ COUTY E. –TABUTEAU D., Op. Cit., p. 223.

1.1.3. L'évaluation et l'accréditation : le manuel 1998-1999

L'évaluation dans le cadre du système de santé est structurée par l'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 et est précisée par le décret N° 97-311 du 7 avril 1997 .

*« la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients ».*¹⁰

Cette démarche s'inscrit dans : *« une approche globale de l'hôpital dès lors que l'on respecte les deux objectifs explicites de l'ordonnance : l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et l'objectif implicite du législateur : ... « tout en maîtrisant les dépenses de santé »* .

*Une accréditation visant ces objectifs ne peut être que verticale et transversale. La verticalité permettra de se concentrer sur les pratiques autonomes de l'entité observée (exemple : une procédure de recrutement). La transversalité obligera à chaîner l'ensemble des procédures, processus et interfaces nécessaires à la réalisation d'un acte (exemple la prise en charge globale du malade hospitalisé) »*¹¹.

L'outil de cette évaluation est le manuel d'accréditation qui décrit la démarche détaillée et les référentiels qui seront utilisés pour apprécier la dynamique qualité de l'établissement de santé.

Dans le chapitre des fondements et des principes, l'A.N.A.E.S. précise que l'accréditation est une évaluation multi-professionnelle et transversale .

Les dix référentiels font référence d'une manière ou d'une autre au projet d'établissement.¹²

En effet on y retrouve les termes : *« projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet social, valeurs, mission, stratégie de l'établissement. »*

Parallèlement , l'évaluation porte sur 9 thèmes prescrits qui sont relatifs aux politiques . Ces politiques qui font l'objet de l'évaluation , trouvent leur origine dans les priorités de santé. Il s'agit de thèmes transversaux :

¹⁰ A.N.A.E.S., Manuel d'accréditation des établissements de santé, Paris, A.N.A.E.S. Février 1999, p.9.

¹¹ LETEURTRE H. et Al., L'accréditation hospitalière, gestion et service de soins, Paris, 2^{ème} édition, Berger-Levrault, 1997, p.25.

¹² voir annexe 1 : Place du projet d'établissement dans l'accréditation - grille d'analyse du manuel d'accréditation 1999, A.N.A.E.S.

- la politique d'information du patient
- la politique du dossier de soins et son amélioration
- la politique d'organisation de la prise en charge des patients
- la politique de communication interne et externe
- la politique de maintenance
- la politique de sécurité et d'hygiène
- la politique qualité
- la politique de vigilance sanitaire
- la politique de maîtrise du risque infectieux.

Le projet d'établissement et la politique de qualité sont décrits plus précisément dans les aspects méthodologiques à mettre en place :

- Le projet d'établissement doit comporter les objectifs prioritaires hiérarchisés et réalisables, qui servent de base à la planification des actions, à leur mise en œuvre, à l'évaluation dont la périodicité est définie.
- En ce qui concerne la politique qualité : les objectifs doivent être précis, mesurables dans le temps. Doivent apparaître un programme de gestion de la qualité et un programme de prévention des risques .

Le développement de la démarche qualité, met en évidence les limites d'une organisation trop cloisonnée. La démarche sous-jacente du manuel d'accréditation est l'approche par processus. Le processus ou projet est une forme d'organisation qui met l'hôpital en relation avec l'environnement :

«La vision en terme de processus est le regard jeté sur le système d'activités à partir du résultat fourni, du client, du besoins satisfait. »¹³

Il paraît évident que la prescription des thèmes des politiques et les indications méthodologiques, vont fortement influencer la rédaction des projets d'établissement futurs.

Dans l'analyse du manuel que nous avons réalisée, outre ces aspects de contenu et méthodologiques, nous avons observé l'importance des critères relatifs aux acteurs impliqués. Les acteurs décisionnels sont : le Directeur , le Président de la C.M.E., le Directeur chargé des

¹³ TARONDEAU J.C., De nouvelles formes d'organisation pour l'entreprise : la gestion par les processus, Management et organisation des entreprises, Cahiers français N° 287, 1997,p. 39 à46.

Ressources Humaines et le Directeur du Service de Soins Infirmiers. On note également l'importance donnée à la consultation des instances et du personnel.

Les critères contenus dans le manuel d'accréditation sont conformes aux axes et à l'esprit de la loi portant réforme hospitalière et renforcent les évolutions souhaités pour notre système de santé.

Le Service Infirmier a toute sa place dans la réforme, et doit s'adapter à partager la responsabilité de la conduite du projet d'établissement tel qu'il est défini par ce tryptique : la loi portant réforme de 1991, les ordonnances de 1996, le manuel d'accréditation de 1998-1999, qui représentent autant d'incitateurs au changement et de vecteurs de projets.

Ainsi le projet d'établissement est inséré dans un système richement structuré et fort en modalités de management de toute nature : concertation, décision, gestion administrative, gestion paritaire, contrôle qui ont eux-mêmes généré des instances.

1.2. le projet de soins infirmiers s'inscrit dans le projet d'établissement

1.2.1. Le projet d'établissement

Dans ce contexte globale rapidement retracé, le projet d'établissement, nous l'avons vu, est encadré en externe par la tutelle et l'organisation que prescrivent les ordonnances de 1996. Après avoir défini le projet d'établissement, nous aborderons ses composantes et sa structuration.

Définition du projet d'établissement

Le projet d'établissement consiste « *dans un contexte de planification externe (carte sanitaire, S.R.O.S. ...) et après une analyse de l'existant des données internes et externes disponibles, à définir des objectifs, «élaborer des stratégies pour les atteindre, programmer la mise en œuvre des orientations retenues, en suivre et contrôler les réalisations...Cela implique une nécessaire globalité car c'est un instrument de cohérence ; il requiert la participation des acteurs, car c'est aussi un instrument de communication et de motivation* ». ¹⁴

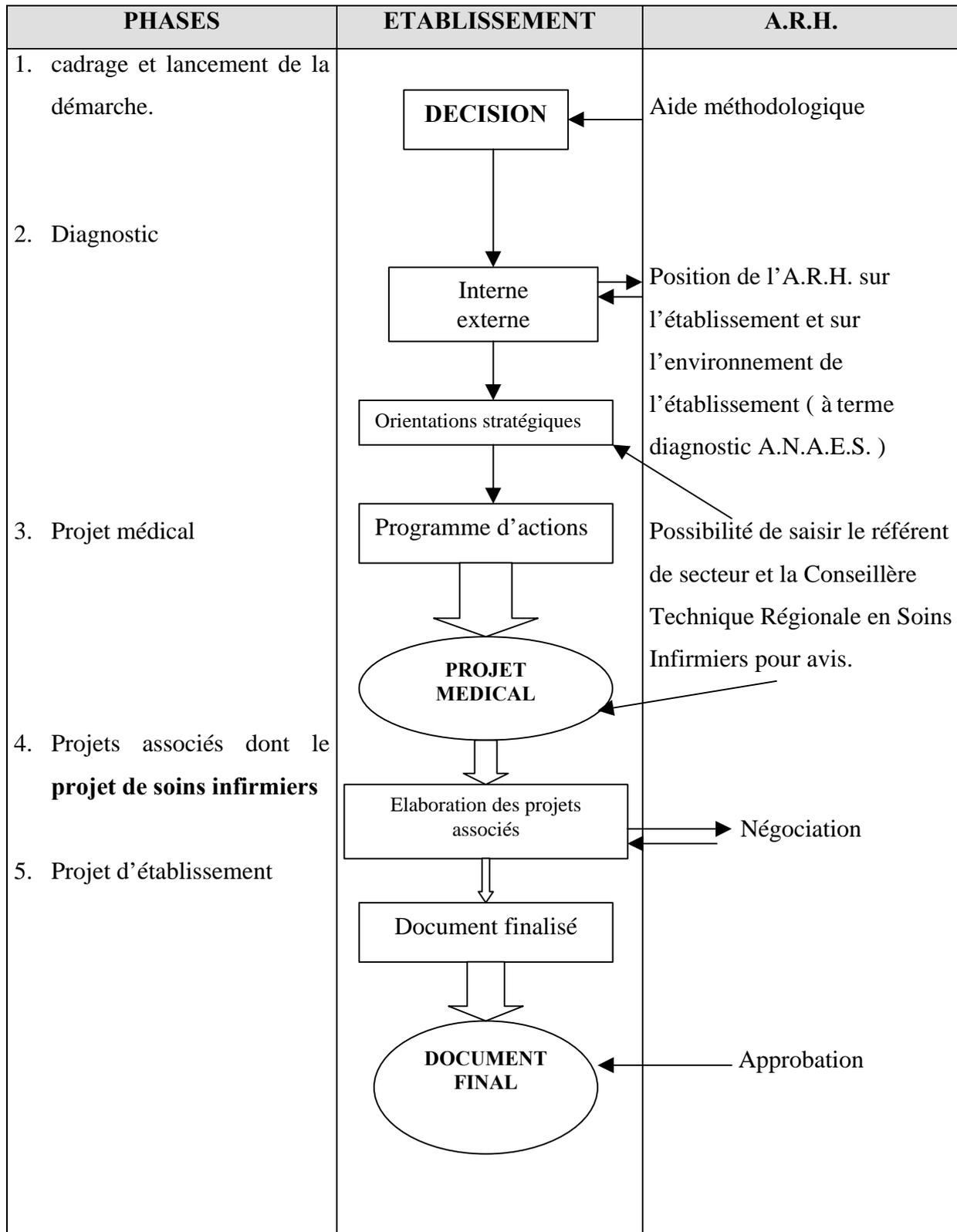
¹⁴ GUILLOU M. , Stratégies et projets d'établissement – Introduction , formation des I.G. Février - Mars 1999 - E.N.S.P.

Les étapes de la procédure d'élaboration du projet d'établissement et les liens avec l'agence régionale de l'hospitalisation comprennent 6 phases logiques :

- le cadrage et le lancement de la démarche : étape de décision
- le diagnostic : interne et externe
- l'élaboration du projet médical
- l'élaboration des projets associés
- la rédaction du document finalisé : le projet d'établissement
- le projet d'établissement final et validé en interne et par l'A.R.H.

A chaque étape , il peut être mis en place un mouvement de va et vient entre la direction de l'établissement et l'A.R.H. La logique projet présentée dans le schéma suivant est satisfaisante d'un point de vue intellectuel, mais qu'en est-il de l'application concrète, quand les acteurs ne sont pas au même niveau de compréhension de l'intérêt de la démarche et au même niveau de maîtrise de la méthodologie de projet ?

Schéma N°4 :



Source : A partir du guide de la contractualisation , Agence Régionale de l'Hospitalisation , Pays de Loire 1998.

En interne , le contenu est lui aussi orienté. La loi de 1991 prescrit une trame d'organisation pour le projet d'établissement : la définition des objectifs généraux, les moyens en lits, personnels et équipements, enfin la durée du projet. Elle fait état des composantes obligatoires du projet d'établissement .

Pour bien comprendre ses contours, arrêtons nous sur le contexte interne du projet de soins infirmiers en examinant les composantes du projet d'établissement .

Les composantes du projet d'établissement sont :

Le projet médical :

L'établissement doit, à partir du diagnostic stratégique, élaborer ce qui fait la base du projet d'établissement, son projet médical. Ce dernier développe les orientations médicales en explorant les différents scénarios possibles. Il intègre des études de faisabilité, un programme d'action, et un programme en lits et places¹⁵.

Le projet médical d'établissement ne doit pas résulter de l'addition des projets de services, cependant son élaboration s'appuie sur une dynamique collective. Il est important que l'élaboration des projets de services soit facilitée, car ils trouveront leur pleine mesure dans le cadre de la mise en oeuvre de la contractualisation interne.

La difficulté réside dans la capacité à élaborer, à partir des projets de services, du S.R.O.S. et des contraintes propres à l'établissement, des axes de développement médicaux pertinents et transversaux.

Le projet social ou de ressources humaines :

Il positionne l'établissement par rapport aux grandes tendances de la gestion des ressources humaines, il répond aux enjeux financiers du projet d'établissement sur les charges de personnel.

Il s'appuie d'une part sur le diagnostic organisationnel, une description analytique et critique globale de fonctionnement des services et de leurs relations avec leur environnement intra et extra hospitalier, d'autre part sur une appréciation des attentes du personnel qui a pour but de le sensibiliser à la dynamique de projet et qui saisit une image générale des représentations que les agents non médicaux se font des points forts et des points faibles de l'établissement, notamment : leur perception de la synergie ou son absence entre les services, leur appréciation générale de l'organisation, l'expression d'une satisfaction ou d'un malaise

¹⁵ A.R.H. Pays de Loire, cahier des préconisations pour l'élaboration d'un projet d'établissement, Février 1998.

social, leur adéquation au poste de travail en terme de compétences, leurs attentes au niveau du projet.¹⁶ Le projet social est complémentaire du projet médical et de soins infirmiers. Il intervient dans un second temps , lorsque les finalités sont posées. Mais il contient cependant une part des finalités dans le sens ou il s'appuie sur une conception de l'homme au travail, de ce fait , il rejoint pour cette partie les projets de soins , même s'il porte pour une grande partie de sa déclinaison sur les moyens humains afférents aux finalités.

Les autres projets associés : schéma directeur informatique, schéma directeur des investissements immobiliers et mobiliers, politique de gestion sont de l'ordre de la gestion des moyens et sont dépendant des orientations définies par le projet médical, de soins infirmiers et pour une part du projet social , comme nous venons de l'évoquer.

Face à des menaces ou des opportunités, la réponse de l'hôpital prend la forme de processus d'action et de projet comme formes privilégiées de l'action.

Comme l'évoque J.C. Tarondeau¹⁷, la gestion par processus devrait se développer à l'hôpital car :

- Il est soumis à des contraintes environnementales et budgétaires qui placent l'innovation organisationnelle et la satisfaction de l'utilisateur au centre des choix stratégiques.
- Il est placé dans un environnement technologique instable : les produits pharmacologiques ou de techniques médicales ont une durée de vie courte.
- Il est poussé à adopter une culture qualité.
- Il doit maîtriser une grande diversité de ressources et de compétences, et mobiliser sur les objectifs généraux de l'établissement.

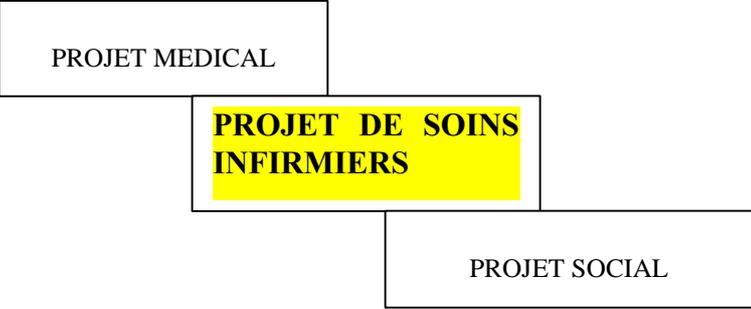
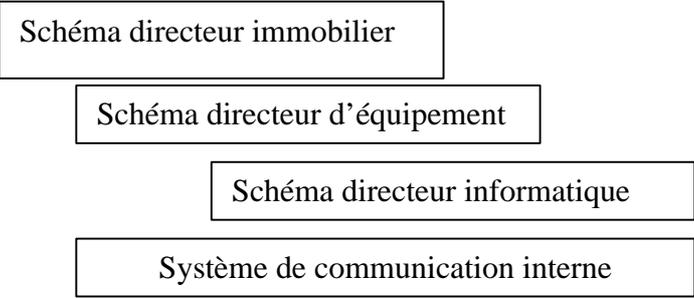
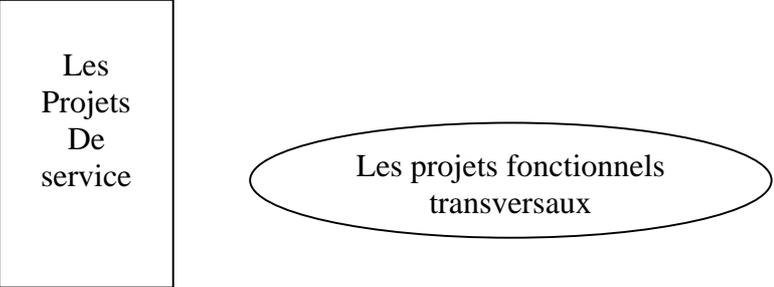
La structuration du projet d'établissement

Nous avons schématisé la structure projet d'établissement en faisant apparaître le cadre de référence des différents projets (schéma N°5) .

¹⁶ BLOCH-LEMOINE M., Méthode d'élaboration d'un projet d'établissement, Techniques Hospitalières N°555, Décembre 1991.

¹⁷ TARONDEAU J.C., Op. Cit. ,p.41.

STRUCTURE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

CADRE DE REFERENCE	PROJETS
<p>Les politiques</p> <p>Les stratégies</p> <p>Plans de développement</p> <p>Objectifs stratégiques</p>	
<p>Les structures</p> <p>Et</p> <p>Les systèmes</p>	
<p>Les pratiques</p>	
<p>Les moyens d'accompagnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Plan de formation continue ❑ Plan d'équipement immobilier ❑ Plan d'équipement mobilier ❑ Plan d'équipement informatique ❑ Plan d'amélioration des conditions de travail ❑ Plan de communication interne ❑ Comptabilité analytique et contrôle de gestion

Quatre niveaux de référence peuvent être identifiés :

- Le champ des politiques et des stratégies, champ des finalités (pluriannuelles)
- Le champ des structures et des systèmes qui accompagnent les finalités, ce champ décline les programmes (pluriannuels)
- Le champ des pratiques : niveau opérationnel des projets de services et des projets transversaux (ils peuvent être annuels ou pluriannuels)
- Les moyens d'accompagnement indispensables à la réalisation des projets (annuels).

Le projet de soins infirmiers est situé dans les politiques et les stratégies, nous nous proposons d'en approfondir la connaissance.

1.2.2. Le projet de soins infirmiers

Le projet de soins infirmiers a été légitimé par la loi portant réforme hospitalière. Elle lui confère une certaine forme de par les mots qui le définissent, mais aussi par le cadrage dans lequel il s'inscrit. Avant d'évoquer ses enjeux, nous proposerons une définition du projet de soins infirmiers, et nous tenterons de cerner son évolution et son champ d'action.

Définition du projet de soins infirmiers

Le fondement juridique de la définition du projet de soins infirmiers est incluse l'article L.714-11 du code de la santé publique :

« ...Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine¹⁸ médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information.

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

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximum de 5 ans. Il peut être révisé avant ce terme. »

Il s'agit ici des objectifs généraux, inscrits dans le projet d'établissement à partir du projet médical.

On peut penser que , faisant partie intégrante du projet d'établissement, les éléments de construction de projet tels qu'ils sont annoncés dans l'art. L 714-26 s'appliquent à lui . Autrement dit, le projet de soins infirmiers devrait :

- Etre compatible avec les objectifs du S.R.O.S.
- Déterminer les moyens d'hospitalisation, de personnel, et d'équipement de toute nature nécessaires à la réalisation de ses objectifs spécifiques et complémentaires.
- Etre établi pour une durée de 5 ans maximum.

On note néanmoins que dans cet article de la loi, la terminologie utilisée n'est pas le « projet », mais « les objectifs généraux ».

Le « projet de soins infirmiers » est retrouvé dans ces termes dans le rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance N° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée , au quel il est associé au terme de « contrat » :

« L'ensemble de l'établissement concourra, autour du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, à la préparation de ce contrat (d'objectifs et de moyens), qui s'appuiera sur le projet médical, le projet de soins infirmiers et le projet d'établissement.»

Le projet de soins infirmiers est légitimé en tant que tel dans l'article L 714-26 du code de la santé publique :

« Il est créé dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction.

Une commission, présidée par le directeur du service de soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Elle est consultée dans des conditions réglementaires sur :

1°) l'organisation générale des soins infirmiers et l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins infirmiers ;

2°) la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins ;

3°) l'élaboration d'une politique de formation ;

4°) le projet d'établissement. »

Le projet de soins infirmiers est donc inscrit dans un dispositif projet spécifique, mais aussi dans un dispositif plus vaste : le projet d'établissement.

¹⁸ souligné par nous.

Evolution de la notion de projet de soins infirmiers

La notion de projet apparaît dans l'univers des soins infirmiers par le courant de la formation initiale infirmière. Dans le programme de formation de 1979 est introduite la notion de projet pédagogique.

En 1982, M.F. Collière¹⁹ évoque le projet de soins infirmiers dans la dimension de la prise en charge de la personne soignée : le projet de soins du malade.

Un courant professionnel d'appropriation de la démarche projet a vu le jour depuis les années 89-90 par le biais de la formation continue. L'A.N.F.H.²⁰ dans ces cahiers propose la méthodologie de projet appliquée au programme de formation continue institutionnel ou de service.

Les manifestations infirmières de 1988 semblent avoir joué un rôle dans l'appropriation du projet de soins infirmiers. C'était le temps de la préparation et de la discussion pour la loi portant réforme hospitalière de 1991.

L'existence d'un projet de soins infirmiers a, dans bien des établissements publics de santé, précédé le cadre législatif. Par la volonté des Infirmiers Généraux, le projet de soins infirmiers écrit a constitué une réalité dès les années 1988 - 1989. Le courant des projets pédagogiques dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et les Instituts de Formation des Cadres de Santé d'une part, le courant du projet d'entreprise d'autre part ont contribué à encourager le développement d'un projet pour le Service de Soins Infirmiers.

Dans sa constitution de projet de première génération, nous trouvons des similitudes avec les projets d'établissements pédagogiques. A cette étape de son développement, le projet de soins infirmiers répondait à un besoin de structuration du Service Infirmier autour de sa finalité et ses missions, tout en développant son organisation interne.

La loi hospitalière de 1991 reconnaît une place de niveau politique au projet de soins infirmiers. Une grande partie des Directeurs de Soins Infirmiers aidés par cette légitimité, a produit un premier projet de soins infirmiers avec l'aide ou non d'un organisme de formation, utilisant une démarche qui s'est voulue participative.

Cette mise en œuvre du projet de soins infirmiers de 1^{ère} génération, s'est faite progressivement. Les projets de soins infirmiers qui ont vu le jour entre 1991 et 1992, sont arrivés à leur terme à partir de 1996 - 1997. C'est aussi à cette période que sont apparus les premiers effets des ordonnances de 1996 en terme de structuration. A partir de 1998, Les

¹⁹ COLLIÈRE M.F. Promouvoir la vie, Inter-éditions, Paris, 1982.

²⁰ Association Nationale pour la Formation Hospitalière, cahiers de méthodologie, Evaluer les besoins de formation pour conduire des projets de changement, A.N.F.H. Editions, Paris, 1993.

A.R.H. élaborent les S.R.O.S. de 2^{ème} génération, tandis qu'est publié par l'A.N.A.E.S. le manuel expérimental d'accréditation. Du fait de l'évolution régionale, et en lien avec l'évolution des projets de soins infirmiers, nous avons choisi la terminologie de projet de soins infirmiers de 2^{ème} génération .

Le champ du projet de soins infirmiers

Nous l'avons vu , il a un lien fort avec le projet médical « *il consiste en la traduction des options médicales retenues.*²¹»

Il comporte deux champs principaux qu'il est important de distinguer d'ores et déjà :

- Le champ de l'activité des soins : basé sur la conception de la prise en charge des usagers. C'est le champ de la complémentarité avec l'activité médicale d'une part, et avec les autres paramédicaux d'autre part. C'est aussi le champ de l'identité de l'action infirmière, dans le sens où s'y trouve définie la politique de soins.

Ce champ est dépendant d'un positionnement.

- Le champ de la gestion du service de soins infirmiers : organisation du Service de Soins Infirmiers , gestion des ressources, formation, recherche .

C'est le champ de l'organisation spécifique des soins infirmiers . Il est dépendant des moyens .

Nous observons que la Commission du Service de Soins Infirmiers est consultée par voie réglementaire sur ces deux niveaux de projet :

« 1°) *l'organisation générale des soins infirmiers*

2°) *l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers* »²²

Nous retenons donc deux niveaux de projet pour le Service de Soins Infirmiers :

- Le projet de soins , de l'ordre de la finalité
- Le projet d'organisation et de gestion du Service de Soins Infirmiers, de l'ordre des moyens .

²¹ D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S. Ile de France, Le projet d'établissement : grille d'analyse – le projet de soins infirmiers, aide à l'élaboration, septembre 1995.

²² Article L. 714 – 26 du Code de la Santé Publique

1.2.3. Les enjeux du projet de soins infirmiers dans ce contexte

Dans les perspectives externes et internes que nous venons d'étudier, le projet de soins infirmiers est confronté à des enjeux de positionnement :

- Un enjeu de cohérence : en effet la loi inscrit l'obligation de réaliser un projet associé aux autres projets du projet global que constitue le projet d'établissement. Dans la manière d'appréhender cette obligation, on peut observer la capacité des acteurs à formuler, discuter, prioriser, des buts communs.
- Un enjeu d'efficience : rendre lisible l'activité infirmière constitue sans nul doute une voie prioritaire de recherche. L'activité est la traduction de la finalité, il est important, en complément de l'activité médicale, d'être en mesure non seulement de mesurer les actions entreprises en terme de bilan, mais aussi en terme de résultats pour le patient. Cette volonté, permet de s'inscrire dans les différentes dimensions du projet d'établissement, notamment sa dimension économique.
- Un enjeu de crédibilité : qui découle des deux enjeux précédents.

Parallèlement à ces enjeux de positionnement, nous identifions des enjeux de management pour le Service de Soins Infirmiers :

- Un enjeu d'engagement et de participation à la démarche contractuelle : en effet l'engagement dans une démarche projet rend exigible un style de management participatif et coopératif, qui induit des changements de pratiques managériales. D'autre part, l'engagement des acteurs se fait dans le contrat.
- Un enjeu de transversalité des projets : la transversalité n'a pas pour finalité la fusion d'un corps professionnel par rapport à un autre, il s'appuie sur un postulat de complémentarité et de plus value en terme de valeur ajoutée que peut apporter chaque profession à la prestation finale dispensée aux usagers.

Aujourd'hui, le projet de soins infirmiers se trouve donc au cœur de la dynamique de projet d'établissement.

Au travers nos lectures et des textes officiels analysés, deux conclusions émergent en terme de constats :

1. Le contexte d'environnement du projet de soins infirmiers est porteur de la nécessité à intégrer la démarche de projet dans la gestion des établissements de santé.
 - **Renvoit au concept de projet.**

2. Basé sur la contractualisation, le projet modifie le jeu des acteurs d'une part vers plus de complémentarité, de cohérence et de coordination, mais aussi vers un nouveau partage des territoires d'action. La représentation que ce font les acteurs décisionnels de cette nouvelle forme de management influe sur la conception et la mise en oeuvre du projet d'établissement.

➤ **Renvoit au concept de management de la démarche projet.**

Le projet d'établissement et ses projets afférents dont le projet de soins infirmiers, doivent évoluer.

Le projet de soins infirmiers ne peut plus être à côté du projet d'établissement. mais peut-on pour autant envisager un projet commun ?

La voie semble s'ouvrir par la coordination des projets qui permet à travers une visée commune, de décliner les projets associés en respectant leur caractère spécifique.

II^{ème} PARTIE

Du contexte aux concepts

Chapitre 1

Définition du concept de projet

Chapitre 2

Le management de la démarche projet

Chapitre 3

Les paradoxes du projet

De l'étude du contexte du projet de soins infirmiers, nous avons abouti à deux constats d'où émergent les concepts de base : le projet et le management de la démarche projet .

Après avoir abordé l'apparition du concept de projet dans le monde hospitalier, nous proposerons une définition du concept de projet où nous évoquerons ses aspects multidimensionnels, et sa composition.

2.1. Définition du concept de projet

2.1.1. L'apparition du concept de projet dans le monde hospitalier

La définition d'un projet à l'hôpital, nous l'avons vu, apparaît dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui rend obligatoire la présentation par chaque établissement public de soins d'un projet d'établissement qui, après approbation de l'autorité de tutelle, s'insérera dans la carte sanitaire régionale et dans le S.R.O.S.

« Dans un système de rationalisation des choix, les objectifs à définir pour l'hôpital doivent s'intégrer dans les missions reconnues comme susceptibles de permettre l'accomplissement de la finalité de l'institution... Celle-ci s'inscrivant dans la finalité du système de santé : entretenir et restaurer au meilleur niveau possible la santé de la population de rattachement

*C'est donc dans le cadre des missions de l'hôpital public qu'il conviendra de rechercher pour le centre hospitalier, la structure d'objectifs la plus pertinente. »*²³

La loi de 1991 s'impose par une succession de textes officiels additifs complémentaires, perfectionnants, qui ne la remettent pas en cause. La succession des lois dessine le système.

2.1.2. La définition du concept

Le concept de projet est un concept polymorphe, le terme projet est associé à de multiples objets et peut revêtir différentes dimensions. Pour y voir plus clair, nous proposerons à partir d'auteurs, une définition du projet.

²³BLOCH-LEMOINE M., Op. Cit. ,p. 74.

Les définitions du concept de projet sont multiples, mais complémentaires : chaque homme pour vivre a besoin d'un projet qui le porte en avant et donne une dimension à son existence, sinon il en découle l'absence du futur, le vide et l'inquiétude.

Le terme projet vient du latin *projicere* : jeter en avant. C'est une démarche d'anticipation.

Tout projet est complexe de relations, non seulement entre le tout et ses parties, mais aussi dans la dimension temporelle entre le passé, le présent et l'avenir.

P ; Peyré²⁴, cite G. le Boterf en disant que toute démarche projet :

1. *« Est une construction consciente du réel (il n'y a ni représentation ni description neutre de la réalité dont l'appréhension repose toujours sur des postulats implicites) ;*
2. *Que cette démarche est probabiliste (prévoir c'est chercher à réduire l'incertitude du futur) ;*
3. *Qu'elle est opératoire et essaie d'articuler une pensée axiologique (projet visée) avec une pensée instrumentale (projet programmatique), provoquant ainsi la rupture entre le dire singulier et l'agir au sein des groupes de références ;*
4. *Qu'elle est itérative et non linéaire (rompant avec la rationalité cartésienne, le projet fonctionne par corrections et approximations successives, par feed-backs permanents ;*
5. *Qu'elle se réalise dans l'action (le projet est une analyse en acte, un travail d'intégration par provocation réciproque entre l'action de recherche de sens et de solutions et la réalité affrontée.) »*

2.1.3. la composition du projet

Le projet est multidimensionnel, P.Peyré précise dans le même article²⁵ que :

« tout projet suppose la vision du rapport « finalités – objectif – but », fondé sur le rapport « désir – besoins – valeur », médiatisé par le rapport « ressources – contraintes – gestion ». On est manifestement là dans un contexte de logiques hypercomplexes où chacun des composants des systèmes en présence n'est réductible à aucun autre. »

²⁴ PEYRE P., Le projet professionnel, un médiateur au service de la qualité, Gestions hospitalières N°135, Fev. 1997, p. 142.

²⁵ PEYRE P., op. cit.143.

Comme J. Ardiono²⁶, la mode du projet nous satisfait et nous inquiète, c'est pourquoi nous avons voulu nous arrêter sur le sens du projet :

« Le projet est tout d'abord, un intention philosophique ou politique, une visée, affirmant des valeurs en quête de réalisation. Ceci ne pouvant se réaliser que dans un temps non programmable.

C'est seulement ensuite, la traduction stratégique, opératoire, précise déterminée d'une telle visée ; par opposition au projet - visée précédent, nous parlerons plutôt de projet - programmatique. Ce projet se traduit par des objectifs, se définit avant tout en terme d'espace (plans – programmes) et requiert parfois une autre dimension, il fait seulement appel à un temps mesuré, homogène. Il est à remarquer que le projet – programmatique s'assortit d'un contrôle, tandis que le projet – visée ne peut que donner matière à l'évaluation. Le projet – programmatique est très influencé par les perspectives contemporaines voulant rénover les fonctions de direction, de gestion, de commandement dans les entreprises et les organisations, en privilégiant les idées de participation et de management. Il s'agit alors d'une conception organisationnelle qui « fonctionnalise » les processus, les procédures...Lorsque les deux composantes du projet, convenablement distinguées, hiérarchisées, équilibrées l'une par rapport à l'autre, jouent effectivement ensemble, la réalisation des objectifs reste subordonnées à la prise en compte des finalités. Lorsqu'il n'en va plus ainsi, les objectifs et leur réalisation tendent vers l'insignifiance parce que désormais coupés de leur inspiration initiale. »

Il en est ainsi du projet d'établissement, qui doit conjuguer à la fois la visée et la programmatique. Selon P. Roussel²⁷ les principaux temps de la gestion de projet sont :

1. L'identification du besoin ou diagnostic
2. La définition des priorités : axes prioritaires
3. Le plan d'actions comprenant :
 - L'analyse des solutions possibles, l'étude des coûts (politiques, sociaux, opérationnels et financiers) et le choix
4. La planification des ressources
5. La mise en oeuvre de la solution retenue

²⁶ ARDIONO J. , Finalement , il n'est, jamais, de pédagogie sans projet, Education Permanente N°87,1987, p. 153 à157.

²⁷ ROUSSEL P. , , Guide méthodologique d'accompagnement des équipes d'autoévaluation notes de cours I.G. 1999 E.N.S.P.

6. La définition des conditions de mesure

7. L'évaluation et son suivi

Auquel nous ajoutons :

8. Le référent du projet

En terme de management de projet, il existe aujourd'hui deux courants de pensée²⁸ :

- L'approche par le contenu, de type universitaire, qui procède de l'analyse économique, fortement structurée, la survie de l'organisation dépend du développement de l'activité. ce courant est majoritaire.
- L'approche par le processus : de type psycho-sociologique, centrée sur l'approche managériale : comment mobiliser les ressources humaines pour les faire participer ? cette approche est minoritaire.

Cependant, la démarche qualité s'inspire de cette dernière approche. On constate , qu'aujourd'hui l'évolution actuelle tend à rapprocher les deux courants. L'hôpital est amené à s'approprier la gestion par processus.

Pour aller plus loin dans cette idée , nous allons définir le concept de processus et en développer les implications pour les projets de l'hôpital.

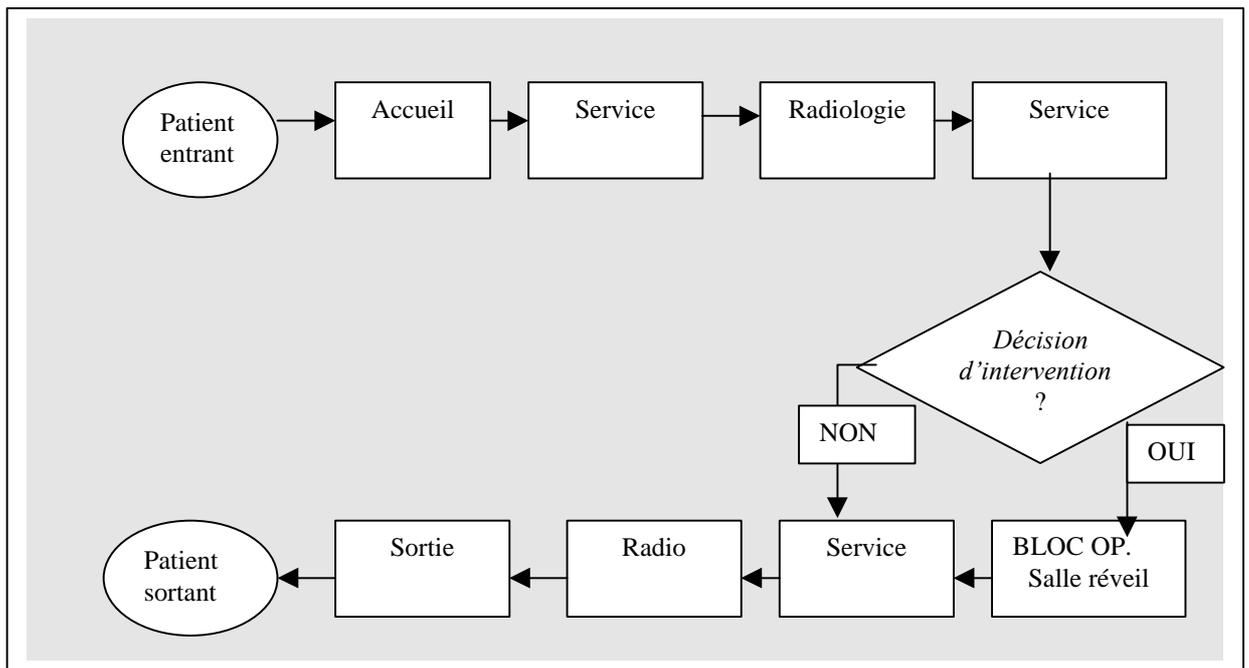
« Le concept de processus est un ensemble d'activités organisées en réseau, de manière séquentielle ou parallèle, combinant et mettant en œuvre de multiples ressources, des capacités et des compétences, pour produire un résultat ou « output » ayant de la valeur pour un client externe. »²⁹

L'approche par processus , est une approche en terme de valeur³⁰ : le malade est situé au centre du processus global de soins. Les actions entreprises par l'hôpital doivent être valorisées par l'usager-client, car elle lui offre des avantages en terme de différenciation.

²⁸ GUILLOU M. , stratégies et projets d'établissements – approches managériales, notes de cours I.G. 99, Février- mars 1999 E.N.S.P.

²⁹ ROUSSEL P. , Guide méthodologique d'accompagnement des équipes d'autoévaluation, E.N.S.P. ,Notes de cours I.G. 1999.

Exemple de processus de prise en charge en chirurgie³¹, Schéma N° 6



Chaque opération est liée à celle qui la suit dans une relation client fournisseur. Chacun doit connaître son rôle, mais il faut aussi avoir défini le rôle de l'équipe, qui ne se réduit pas à la somme des individus qui la composent. Polyvalence et organisation en groupe de travail pluri-fonctionnels sont ici priorités.

Cette définition d'une approche par processus entraîne au niveau des acteurs, la nécessité de la transversalité : qui va se traduire par une coopération transversale, une organisation transversale, et l'émergence de structures transversales.

La gestion par processus est une démarche politique, car elle suppose des changements d'importance impulsés par les dirigeants de l'entreprise, elle s'appuie sur une démarche participative .

2.2. Le management de la démarche projet

Le deuxième constat de notre lecture des textes en vigueur est que, basé sur la contractualisation, le projet modifie le jeu des acteurs d'une part vers plus de complémentarité, de cohérence et coordination , mais aussi vers un nouveau partage

³⁰ TARONDEAU J.C. ,Op. Cit. p. 41.

³¹ ROUSSEL P. , Op. Cit., E.N.S.P. , Notes de cours I.G. 1999.

des territoires d'action. La représentation que se font les acteurs décisionnels de cette nouvelle forme de management influe sur la conception et la mise en œuvre du projet d'établissement.

2.2.1. de la verticalité à la transversalité

Le fonctionnement par projet correspond à une recherche de transversalité qui marque les organisations contemporaines :

« ..ce qui caractérise l'évolution actuelle, c'est d'abord la généralisation de ce mode de fonctionnement, de manière à satisfaire des besoins de plus en plus pressants : aller plus vite dans la conception d'un produit, mieux coordonner des technicités de plus en plus diverses. Elle correspond aussi à la nécessité globale de coordonner les organisations qui sont de plus en plus porteuses de forces centrifuges. Il en découle un développement considérable de méthodes et d'outils qui cherchent à formaliser et optimiser des manières de conduire un projet... »³²

Identifier les dimensions de la transversalité permet d'interroger les pratiques. Pour qu'un projet soit transversal, il doit réunir les caractéristiques suivantes : il doit être complémentaire des autres projets ; il doit faire preuve de cohérence , c'est à dire avoir une logique d'emboîtement (dimension spatiale) et une logique temporelle (synchronisation), il doit également démontrer une dimension associative dans son pilotage et dans la mutualisation des compétences. Faisant appel à différentes catégories d'acteurs, la décision dans le projet transversal est collégiale ; enfin sa structure organisationnelle est matricielle.

Nous pouvons comparer un projet vertical et un projet transversal en utilisant ces caractéristiques :

<i>Projet vertical</i>	<i>Projet transversal</i>
Fonctionnel	Opérationnel
Autorité hiérarchique	Autorité d'influence
Thème spécifique	Thème partagé
Intégration par la voie hiérarchique	Intégration par ajustement mutuel
Cloisonnement catégoriel	Inter-catégoriel
Structure pyramidale	Structure matricielle
Décision hiérarchique au sommet	Décision collégiale

³² LIVIAN Y-F Organisation théories et pratiques, Editions Dunod, Paris, 1988.

La verticalité est de l'ordre de la simplicité, de l'homogénéité, de la linéarité et de la spécialité, tandis que la transversalité tient de la complexité, de l'hétérogénéité, de la généralité et de la globalité.

Le passage de la verticalité à la transversalité se fait dans un mouvement dynamique, qui procède d'un processus de mutation basé sur un apprentissage relationnel et technique.

2.2.2. Les acteurs du projet

Force est de constater, comme J.M. Clément,³³ que l'hôpital se caractérise par un pouvoir décisionnel complexe, largement dominé par le pouvoir des représentants de l'Etat. L'hôpital est juridiquement autonome, son budget est voté par le C.A., mais il est arrêté par le directeur de l'A.R.H. D'autre part, l'hôpital contient une ligne hiérarchique parallèle et autonome : les praticiens hospitaliers. Autrement dit, la décision financière appartient à l'Etat, la décision politique appartient au C.A., la décision organisationnelle appartient au Directeur, la décision technique appartient aux médecins. « *A ces multiples sources de pouvoir s'ajoutent des pouvoirs parallèles qui bénéficient d'une organisation bureaucratique, favorisant l'influence au détriment de la compétence...Elles sont de nature corporatives, syndicales, associatives....* » Selon J.M. Clément, l'espoir d'un renouveau décisionnel passe par l'accréditation et la contractualisation.

Nous l'avons abordé, les acteurs du projet sont multiples, il nous semble important, néanmoins de distinguer dans l'ensemble des acteurs, le rôle et le niveau d'intervention de l'équipe de direction. L'enjeu du Directeur de l'établissement se situe dans la pérennité de l'établissement, l'enjeu du Directeur du Service de Soins Infirmiers se situe dans la qualité des prestations au même titre que le corps médical, l'enjeu du Directeur chargé des Ressources Humaines est celui de l'adaptabilité des personnels. Chacun des acteurs agit dans le cadre de priorités qu'il se définit à partir des enjeux qu'il perçoit.

2.2.3. Le jeu des acteurs

Une des premières conditions pour qu'un changement se fasse, c'est que la nouveauté qu'il procure ne soit pas dommageable pour celui qui l'accueille. Si le projet pénalise un des

³³ CLEMENT J.M. „Réflexions sur le pouvoir décisionnel à l'hôpital, cahiers Hospitaliers N°127, Septembre 1997.

acteurs, il y a tout lieu de penser qu'il n'adhère pas et que se développera une résistance au changement se présentant comme une force d'inertie ou un refus de progrès. Ce qui est acceptable en terme de changement se trouve défini par les valeurs ou les préférences collectives qui assurent au groupe considéré sa permanence et une plasticité suffisante pour ne pas compromettre sa survie. La mise en place d'une base d'adhésion (niveau collectif) passe par le partage et la discussion des valeurs permettant aux individus de s'approprier l'organisation, car ils peuvent agir sur elle.³⁴

Dans la dynamique de projet coexistent différentes logiques : la logique métier et la logique gestion du projet (technique, délais, coût). Le projet perturbe le fonctionnement de l'organisation permanente. Le management de projet crée ainsi une double contrainte, source de conflits entre l'entreprise verticalisée et l'entreprise transverse. J.P.Boutinet , décrit la gestion par projet comme une méthodologie du changement horizontal. L'appréhension horizontale du projet tente de combiner ce qui ressort de fonctions déjà assurées et maintenues par l'organisation. La gestion du projet se définit avant tout comme opératoire et se caractérise par une extrême mobilité.

« la plupart du temps la gestion par projet utilise la structure matricielle au sein de laquelle elle s'implante : les projets assimilés pour les besoins du moment aux organes opérationnels sont disposés sur l'organigramme horizontal, par rapport aux organes fonctionnels placés verticalement...la gestion par projet n'est donc pas conçue ni comme mode descendant par l'intermédiaire de la hiérarchie, ni sur le mode ascendant grâce à une expérimentation à la base au sein des unités qui s'y prêteraient. »³⁵

Cette organisation modifie le schéma hiérarchique habituel. D'une structure hiérarchique descendante, nous passons à une délégation favorisant l'initiative et la prise de responsabilité. Cependant cette nouvelle forme de management ne s'improvise pas. Elle doit s'accompagner d'une structure d'organisation de la conduite de projet et de la création d'instances relais, sans lesquelles la participation telle qu'elle est souhaitée dans la dynamique de projet ne serait qu'incantatoire. L'élaboration progressive des règles de fonctionnement du management par projet émerge d'un apprentissage progressif de cette délégation et peut être source de conflits.

³⁴ CREMADEZ M.-GRATEAU F., Op. Cit. , p.120.

³⁵ BOUTINET J.P. , anthropologie du projet, Paris, Editions P.U.F., 1990, p. 197 – 198.

Le management de projet va donc s'exprimer au travers de :

- L'organisation de l'information de l'ensemble des acteurs de l'établissement et de la concertation.
- L'organisation de l'analyse collective de l'existant et des évolutions en cours.
- La structuration du travail collectif par la mise en place d'instances spécifiques : un groupe stratégique (aspect stratégique et tactique), un groupe de pilotage (aspect tactique , programmatique), des groupes de travail (aspects opérationnels).
- L'organisation d'un accompagnement par la formation et/ou organisationnel.

Le management de projet induit la mise à jour de compétences déjà existantes et le déplacement de certains autres savoirs. Pour les soignants , c'est l'opportunité de démontrer ses savoirs en terme d'organisation ; pour les administratifs il s'agit de médicaliser la gestion, pour le corps médical, la maîtrise des coûts hospitaliers se heurte à sa conception de sa mission et au maintien de sa domination sur la vie des services. Cela impose à la démarche projet d'avoir sa propre hiérarchie (animateurs de projet, référents...) et ses propres règles de fonctionnement (programme de réunions, processus décisionnels...) afin d'intégrer chaque groupe professionnel.

Le projet d'établissement se veut être la résultante de toutes les forces en mouvement.

Pour le réaliser, les acteurs décisionnels ont plusieurs tâche à accomplir :

- Ecrire un projet d'établissement est l'ordre du discursif et de l'argumentatif. Il est le contrat écrit qui engage les parties mentionnées. C'est la partie émergée de l'iceberg et pas n'importe laquelle : celle que l'on cherche à mettre en valeur. Le document écrit est transmis hiérarchiquement en conformité avec les orientations nationales et régionales. Cet acte d'écriture n'est pas neutre, il a une double destination : interne et externe. Il y a lieu, comme le souligne E. Couty et D. Tabuteau³⁶, que :

« La ligne de partage entre les informations à usage purement interne et celles à usage externe, devra être définie très précisément. Les premières doivent demeurer à la disposition exclusive de l'établissement : il peut s'agir d'informations beaucoup plus précises et beaucoup plus détaillées nécessaires à son fonctionnement et à la « bonne marche » de la logique projet... »

- Faire un projet : c'est se proposer de faire un ensemble d'actions nouvelles selon des objectifs et des moyens connus.

- Etre en projet : c'est l'action déjà commencée, tâtonnante, remettant en cause le projet original. C'est le faire un projet à l'épreuve des faits, en inter-relation avec les autres pratiques de l'établissement.

2.3. Les paradoxes du projet

Il n'était pas possible de travailler sur la démarche projet sans évoquer ses limites. Nous rejoignons l'approche de J.P. Boutinet qui identifie les limites du projet par quatre paradoxes :³⁷

- L'écart entre la théorie et la pratique
- L'écart entre l'individuel et le collectif
- L'écart entre l'espace et le temps
- L'écart entre la réussite et l'échec

2.3.1. L'écart entre la théorie et la pratique

On a pu être témoin de l'injonction paradoxale entre « l'acharnement » projectif et la langue de bois. Ecart entre la théorie de la formulation et la pratique de la réalisation. Le projet peut devenir un objet de préoccupation et d'investigation scientifique. La récupération technique peut entraîner une finalité formelle, mécanique, calculable, une finalité sans intention. Il en est ainsi de projets qui sont essentiellement basés sur le projet - programmatique. A contrario, un projet – visée sans projet – programmatique, ne donne pas le cadre d'exercice pour les services qui doivent se l'approprier . Alors toutes les interprétations sont possibles en terme de plans d'actions. Un projet , pour vivre, doit rester en contact avec la réalité. L'absence de diagnostic, l'absence d'analyse stratégique menée par un groupe multi-disciplinaire, fait courir le risque au projet d'être vécu comme théorique, ou d'être le résultat de la seule pensée des auteurs-acteurs issus de la direction. La réflexion au sommet, partagée, est garante de l'utilisation du projet, par le services opérationnels, comme base de leurs actions.

2.3.2. L'écart entre le projet individuel et le projet collectif

Le conflit est inhérent à la logique de projet. Certains projets modifient les rôles et touchent à la structure du pouvoir de l'entreprise. Des conflits se développent alors, visant la défense des intérêts propres des acteurs concernés.

³⁶ COUTY E. –TABUTEAU D. ,*Op. Cit.* , p.224.

³⁷ BOUTINET J.P. , *Op.Cit.*, p. 248 à 261.

Bruno Barjou³⁸, dans son ouvrage définit deux types de conflits : les conflits de priorité : entre projets et métiers pour l'allocation de son temps d'expertise ; les conflits de rationalité : chaque spécialiste a une perception différente du projet en fonction des normes de son métier. Ce qui est techniquement « bien » pour un métier, n'est pas forcément techniquement « bon » pour le projet. Cela a des conséquences non négligeables sur le processus de décision. Les critères décisionnels peuvent être basés sur l'influence plutôt que sur la compétence, ils peuvent être contrariés, c'est à dire que l'autorité de décision ne peut agir sans l'avis conforme d'un tiers qui n'a pas la moindre responsabilité dans son application. Ainsi s'oppose la logique de l'interaction et la logique de la confrontation. On le voit bien en oeuvre dans les établissements de santé notamment par les effets des orientations prises en période de croissance : cloisonnements des spécialités, très grande technicité des tâches, complexité accrue du fait de la taille de l'établissement, de la multiplicité des unités de base, de la multiplicité des corps de métier, de la multiplicité des fonctions...Le positionnement des acteurs en tant que vecteur du changement ou frein produit des conséquences sur le projet. Pour que le projet ne soit pas une greffe enkystée, ni un contre pouvoir médical, il faut que chacun des groupes d'acteurs, y compris les médecins perçoivent des chances de gagner quelque chose dans le processus de changement.

Il ne faut pas négliger non plus la difficulté que constituent les différences culturelles qui risquent de bloquer la compréhension entre les acteurs sociaux, même s'ils sont également informés³⁹. Elles tiennent aux différences de langage, et aussi aux capacités d'expression et de significations attribuées aux mots et aux actes des autres. Il y a donc matière à attention particulière de vérifier, à quel niveau d'intégration de la démarche en sont les acteurs décisionnels et les équipes de soins, afin de ne pas prendre son rêve de projet pour une réalité.

« Le processus d'intériorisation des valeurs et de transformation des comportements n'est pas facile à provoquer...C'est un processus auquel les responsables de l'organisation doivent consacrer une attention particulière pour éviter la dissociation du discours et de la réalité. »⁴⁰

Dans cette dimension des difficultés et limites du projet, n'oublions pas l'effet des personnalités sur le projet : C'est un des dangers de notre projet d'établissement qui, s'il est porté par un seul cadre de direction, voit sa pérennité compromise lors du départ de ce cadre.

³⁸ BARJOU B., Manager le projet, Paris, Editions ESF, 1998

³⁹ SAINSAULIEU R., L'identité au travail, 3^{ème} édition presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, mai 1998.

⁴⁰ CREMADEZ M. – GRATEAU F, Op. Cit. p.286.

Dans le sens inverse l'absence de référent identifié fait courir le risque de l'éclatement du projet en une multitude de projets individuels. Le temps du projet est à dissocier du temps de l'acteur, même s'il en dépend fortement.

2.3.3. *L'écart entre l'espace à aménager et le temps à anticiper* peut, lui aussi, influencer sur le projet. Il n'est pas rare d'observer un écart temps entre un projet initié au niveau politique, et son appropriation local sur le « terrain » spécifique que représente un établissement de santé. Une culture de type théorique est véhiculée par les textes officiels, qui se heurte parfois à la culture locale pratique. Le projet peut être inscrit dans un délai jugé trop court, devenant une contrainte par rapport au temps qu'il faudrait pour permettre aux acteurs de s'approprier les idées et concevoir leur mise en oeuvre. Enfin, il faut être conscient que la durée des démarches quelle qu'elles soient connaissent un essoufflement un bout d'un certain temps. L'investissement des acteurs, les difficultés de consensus, l'énergie et le temps mobilisés pour la mise en chantier du projet, peuvent amener certains responsables à ne pas vouloir recommencer l'expérience avec le même élan cinq ans plus tard..

Le dispositif de changement de notre système de santé se met en place dans un mouvement d'accélération, hors il faut du temps pour que la culture change, faute de quoi nous sommes dans l'injonction. Face à cette difficulté, les directions sont au cœur du paradoxe : comment aller plus vite, sans aller trop vite ?

2.3.4. *L'écart entre la réussite et l'échec*

Il y a un écart entre la réussite attendue de l'action et son échec inévitable soit parce que les objectifs sont partiellement atteints, ou qu'ils ont du être modifiés face aux contraintes de contexte. Dans tous les cas, le projet est condamné à l'échec par le fait de l'évolution environnementale, technique, des acteurs, ou tout simplement par le temps qui passe témoin de son vieillissement. Le projet d'établissement s'il expose le « quoi » et le « pourquoi » du devenir de l'hôpital, s'il envisage le « comment » y arriver, n'est pas pour autant garanti d'une réussite complète. Il y aurait danger à penser que le projet réduise les zones d'incertitude.

Tout au plus, il permet d'appréhender l'avenir avec une démarche volontariste, basée sur un examen réaliste et sans indulgence du contexte et des possibilités d'actions. Donc il nous semble risqué d'appréhender le projet dans une position exclusivement positiviste.

Au vu de l'approche théorique que nous venons de faire, nous formulons les hypothèses de travail suivantes :

1. Du fait de la structuration du cadre réglementaire hospitalier qui incite l'ensemble des décideurs à travailler la cohérence de l'ensemble des projets, le projet de soins infirmiers, de par sa position transversale, est amené à jouer un rôle stratégique dans la mise en oeuvre de la cohérence du projet d'établissement.

2. Cette évolution interroge la Direction du Service de Soins infirmiers sur les modalités de management, de cohérence interne et de ses liaisons avec le projet d'établissement.

Nous vous proposons au travers de l'étude de terrain de vérifier ces propositions.

III^{ème} PARTIE

L'étude de terrain

Chapitre 1

Modalités de vérification de l'hypothèse

Chapitre 2

De la démarche projet d'établissement...

Chapitre 3

...Au projet de soins infirmiers

Dans la 1^{ère} partie et la 2^{ème} partie , nous avons vu que projet de soins infirmiers, évolue aux regard des objectifs exprimés dans le réforme. La démarche projet d'établissement, la contractualisation qu'elle instaure, et le management qu'elle induit constituent des innovations majeures de la réforme hospitalière. Qu'en est –il dans les pratiques ? Pour percevoir le travail d'appropriation des concepts sur le terrain, nous avons souhaité mener deux études de cas . Avant d'en développer les résultats, nous exposerons la méthodologie utilisée pour mener à bien cette étude de terrain

3.1. Les modalités de vérification de l'hypothèse

3.1.1. le cadre particulier de l'étude de terrain

Afin de vérifier nos hypothèses de travail, nous avons centré notre étude sur deux établissements publics de santé. La méthodologie utilisée est l'étude de cas de type interprétatif. Bien qu'étant adaptée aux questions du « pourquoi ? » et du « comment ? », ce choix méthodologique contient une limite dans la généralisation des conclusions et des propositions qui seront avancées dans ce mémoire.

Typologie des établissements :

	Capacité totale	Lits M.C.O. ⁴¹	Lits hébergement et soins de suite
Etablissement A	861 lits	686 lits	175 lits
Etablissement B	520 lits	205 lits	315 lits

La direction du service de soins infirmiers de l'établissement A est composée de deux infirmières générales : 1 directeur du service de Soins infirmiers et une infirmière générale adjointe. Le projet de soins infirmiers de deuxième génération étudié est le deuxième projet de la Direction du Service de Soins Infirmiers.

Dans l'établissement B : un Directeur du Service de Soins Infirmiers. Le projet de soins infirmiers examiné est le premier projet de la Direction du Service de Soins Infirmiers

⁴¹ M.C.O. : lire partout Médecine , Chirurgie, Obstétrique.

3.1.2. Les principes méthodologiques

Pour comprendre ce qui est en œuvre dans l'évolution du projet de soins infirmiers et analyser les liaisons avec les projets associés, nous proposons de nous appuyer sur une étude ponctuelle et approfondie réalisée auprès de ces deux établissements publics de santé qui ont élaboré un projet de soins infirmiers de 2^{ème} génération.

Elaboration du guide d'entretien

En nous référant à l'approche conceptuelle, que nous venons de présenter dans la deuxième partie, nous avons construit notre guide d'entretien concernant d'une part son insertion dans le projet d'établissement, notamment par rapport aux liens perçus avec les autres projets associés, d'autre part la représentation du projet de soins infirmiers, et son évolution.

Nous avons souhaité appréhender le cadre concret à travers deux portes d'entrée d'analyse.

La première, les projets écrits de l'établissement : le projet d'établissement, le projet médical, le projet social, et le projet de soins infirmiers.

La deuxième, Les projets décrits par les acteurs décisionnels : nous avons souhaité mener des entretiens auprès des acteurs décisionnels chargés de projet. Ils sont acteurs de la politique de l'établissement. la population cible de ces entretiens sera donc : le Directeur, le Directeur des Ressources Humaines, le Directeur du Service de Soins Infirmiers, le Président de la C.M.E.

Les personnes interrogées appartiennent à un établissement étant en élaboration ou en cours de mise en œuvre d'un projet d'établissement de 2^{ème} génération, afin de pouvoir s'exprimer sur la nature des évolutions et la mise en œuvre de la transversalité.

Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée d'avril à Juin 1999. Les personnes ont été contactées directement lors de notre stage N° 2 pour l'établissement A, et par appel téléphonique pour l'établissement B. Après nous être présentée comme infirmière générale en formation, nous avons expliqué l'objet de notre recherche. Nous avons fait une présentation succincte de notre projet d'étude afin de garder la spontanéité des réponses. Toutes les personnes contactées ont répondu favorablement à notre demande.

La durée de chaque entretien semi - directif s'est située entre 45 minutes et 1 heure 15 minutes. Nous avons utilisé le guide d'entretien (annexe 2) comme support à la discussion. Nous avons rencontré quelques difficultés pour que les personnes restent dans le champ de nos préoccupations. Cette maîtrise partielle de l'interview nous a gênée dans l'exploitation des références car elles se sont trouvées mêlées au discours sur les actions.

L'analyse des contenus

Procédure :

Nous avons réaliser un premier travail d'analyse sur les contenus des deux établissements.

Nous avons bâti 3 grilles d'analyse :

- Grille 1 : Elle explore la démarche utilisée par chaque établissement pour réaliser son projet. Elle distingue l'utilisation de la démarche dans les différents projets associés. Elle s'attache à observer les étapes développées selon le modèle de gestion de projet que nous avons décrit dans la deuxième partie.
- Grille 2 : Elle observe les contenus de projet et les liens de contenu entre les différents projets, nous prenons comme référence d'une part les thèmes de contenu de projet développés dans le manuel d'accréditation et que nous avons mis en évidence dans la première partie, car ils ont vocation à devenir obligatoires, mais aussi parce qu'ils interrogent la transversalité du projet d'établissement. Nous faisons une place, dans cette grille, aux autres thèmes de projets que peut se proposer l'établissement. Cette grille interroge l'ensemble des projets pour déterminer le degré de cohérence qu'ils ont entre eux.
- Grille 3 : Cette grille examine le management de projet prévue par le document écrit. Elle recherche dans les projets associés le mode d'animation : les activités d'information, de concertation, d'analyse collective des problèmes, les modalités d'accompagnement : organisation du suivi, formation, organisation.

L'analyse des entretiens :

Dans un premier temps nous avons regroupé les entretiens par acteur et par établissement . Pour analyser ce contenu brut, nous avons retenu trois thèmes guides pour l'exploitation des discours issus de notre réflexion théorique :

- La représentation du projet de soins infirmiers, cette dimension nous permet d'appréhender ses enjeux de positionnement.
- Les liens perçus et / ou attendus du projet de soins infirmiers par rapport aux autres projets. Par cette approche, nous souhaitons mettre en évidence les enjeux de changement du projet de soins infirmiers
- Les relations de complémentarité vécues à travers cette expérience de management de projet qui témoignent du jeu des acteurs et des enjeux d'engagement.

Les résultats croisés de ces analyses nous permettra de situer les évolutions, les zones de « sensibles » des projets et d'essayer de mettre en évidence à quoi elles tiennent par le discours des acteurs.

3.1.3. Les limites du travail et du traitement des données

La limite essentielle est la limite de temps de réalisation de ce mémoire de fin d'étude,. Elle a eu un impact sur l'ensemble du travail, notamment sur la nécessité de nous centrer sur l'analyse de deux situations concrètes et de ce fait, sur une population cible restreinte pour les entretiens. Comme nous l'avons évoqué dans l'exposé de la méthode utilisée, les résultats de ce travail ne peuvent pas prétendre à être généralisés. Si ce travail nous permet d'observer comment les établissements observés s'approprient la démarche projet, un travail complémentaire mériterait d'être fait pour vérifier sur un nombre plus important d'établissements les tendances que nous avons déduites.

3. 2. De la démarche projet d'établissement...

3.2.1. La démarche projet utilisée par les établissements observés

Comme nous l'avons vu en première partie, l'exercice de préparation d'un projet d'établissement est imposé par la législation. De multiples recommandations en terme de démarche et de méthodes de travail ont été décrites et proposées par des organismes de formation.

Chaque établissement avec l'aide ou non d'un consultant, s'adapte à la demande.

L'établissement A : a choisi de mener le projet en interne , sans faire appel à un consultant externe. Le corps médical a été sollicité pour préparer un projet médical. Cette préparation s'est faite de manière catégorielle. Les médecins ont voulu réaliser une compilation de projets individuels. Elle est essentiellement centrée sur le développement spécifique des unités. Ce document a été synthétisé par la direction générale, afin d'être intégré dans le projet d'établissement. L'élaboration du projet médical ayant été laborieuse, les projets associés ont dû cheminer séparément, ne pouvant s'appuyer sur les axes médicaux. C'est un frein à la transversalité des projets dont les préoccupations peuvent être communes.

Compte tenu du retard pris dans l'élaboration du projet médical, le projet de soins infirmiers ne peut pas en découler. Cependant le Directeur du Service de Soins infirmiers précise : « *le projet de soins infirmiers s'inscrit dans le projet médical. Chaque priorité et opération devra faire l'objet d'une réflexion sur les organisations, les besoins en personnels et équipements.* »

Le projet de soins infirmiers décline 2 aspects :

1. Les axes de soins infirmiers
2. La politique de gestion du Service de Soins Infirmiers ;

Vécu comme une contrainte le projet d'établissement de l'établissement A , n'est pas le vecteur du consensus :

Etablissement A

ETAPES	P.MED	P.GEST	P.R.H.	P.S.I.	P.S.INFO
Diagnostic	-	+ / -	-	Bilan P.S.I. N°1	Réflexion interne D.S.I.O.
Axes prioritaires	Synthèse	Oui	Oui	Oui	Oui
Objectifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Plans actions	Appel à projet	+ / -	-	Oui	Oui
Echéancier	-	-	-	1999	1998 –2002
Référent	-	-	-	-	-
Coûts	-	-	-	-	Oui
Planification Ressources	-	-	-	-	+ / -
Suivi	-	-	-	-	+ / -
Evaluation	-	-	-	+ / -	-

Légende : P.MED. : Projet médical ; P. GEST. : projet de gestion ; P.R.H. : projet ressources humaines ; P.S.I. : Projet de soins infirmiers ; P.S.INFO : projet système d'information ; D.S.I.O. :Direction des services d'information et organisation .

Dans la synthèse des points forts et des points faibles réalisée par la direction générale, figurent les axes principaux du projet médical, qui sont suivis ensuite par les lignes directrices du projet médical écrites par les médecins.

Les objectifs sont retrouvés dans tous les projets associés, mais ils sont spécifiques pour chaque projet. Les plans d'actions présentent un caractère général.

Seul le projet de système d'information décline la méthode de projet dans sa quasi intégralité.

La démarche utilisée dans l'établissement B :

Le choix a été fait de préparer le projet d'établissement avec une méthode qui s'est voulue d'emblée participative et intégratrice. Il a été fait appel à un organisme consultant extérieur. Le corps médical a été associé dès le début à la démarche. L'analyse de l'existant : diagnostic interne et externe s'est fait doublement : une partie commune et une partie spécifique. Il y a unité du projet commun jusqu'aux échéanciers. Les plans d'actions sont relativement précis : ils sont déclinés en objectifs opérationnels.

Etablissement B

ETAPES	P.MED	P.R.H.	P.S.I.	P.S.INFO	P.INVEST
Diagnostic	Interne et externe	Diagnostic R.H.	Analyse du fonctionnement des unités	Analyse des besoins	-
Axes prioritaires	5 pôles et X thèmes	6 thèmes	3 axes prioritaires	Hierarchisation des projets	2 Projets Hierarchisés
Objectifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Plans actions	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Echéancier	-	97 –2001	à 2 ans	-	-
Référent	-	-	-	Oui	-
Coûts	-	-	-	-	Oui
Planification Ressources	-	-	-	-	-
Suivi	-	-	-	-	-
Evaluation	-	-	-	-	-

Cet établissement s'appuie sur un diagnostic commun, ce qui permet une déclinaison harmonieuse des axes prioritaires et des objectifs. Une rencontre est institutionnalisée entre le Directeur, le Président et le Vice-président de la C.M.E. chaque semaine. Ceci témoigne d'une volonté de travail commun.

Le diagnostic relatif à la préparation du projet de soins infirmiers est la résultante d'une synthèse du diagnostic sur l'activité soignante et du diagnostic sur l'activité médicale.

Synthèse des deux établissements :

La méthode projet est abordée de manière radicalement différente dans les deux établissements. Elle est vécue comme une contrainte pour l'un, comme une opportunité pour l'autre. Le choix de la démarche montre un projet pluriel et vertical (établissement A) et l'abord d'un projet plus transversal (établissement B).

Pour le Directeur A, la préoccupation première est « *la difficile cohérence entre les projets* ». Le constat de la difficulté du projet médical à s'inscrire dans une perspective institutionnelle : « *il n'y a pas de projet médical véritable, mais plutôt une suite de projets de services* », entraîne en conséquence une cohérence d'emboîtement des autres projets particulièrement délicate.

Il semble que les projets de services de l'établissement A, répondent à un souci identitaire des services, dans une vision verticale. Ils se situent au niveau des objectifs spécifiques, c'est à dire le niveau tactique, sans lien avec le niveau politique. On peut penser que le manque de culture projet des équipes médicales et la méthode utilisée pour bâtir le projet d'établissement ont un impact sur la difficulté à lever les cloisonnements des services entre eux.

Cette perception est renforcée par le Directeur des Ressources Humaines et le Président de la C.M.E. « *il n'y a pas d'évolution commune des projets* », « *les projets sont juxtaposés* », mais ils rajoutent : « *le directeur n'est pas convaincu, donc l'angle d'attaque du projet est la contrainte* ». Le Président de la C.M.E. rajoute que : « *cela induit un travail par case, il n'y a pas de réflexion globale, malgré l'impulsion forte du législateur. Nous butons sur la verticalité.* »

Le Directeur de l'établissement B souligne : « *l'approche transversale du projet fait tomber les cloisons. L'hôpital a une culture professionnelle, le fait d'élaborer un projet ensemble est une façon de dépasser cet état* »

Pour le Directeur des Ressources Humaines B « *la vue transversale est impulsée par le comité stratégique* » tandis que le Vice – Président de la C.M.E. insiste sur « *l'intérêt du travail en commun qui fait progresser la compréhension des contraintes de chacun et de leur rôle spécifique* ».

Les deux établissements répondent à la demande en des termes compatibles avec leur culture d'établissement.

3.2.2. le contenu et les liens des projets entre eux :

Dans l'établissement A aucun thème n'est partagé par l'ensemble des acteurs. Le choix des thèmes semble procéder d'une analyse verticale du fonctionnement et témoigne peu d'un travail commun.

Etablissement A

Politiques relatives à	P.MED	P.GEST	P.R.H.	P.S.I.	P.S.INFO
Information du patient	-	Création d'une direction des usagers et de l'accueil	-	+ / -	-
Dossier de soins	-	-	-	-	Médical : logiciel
Organisation de la prise en charge	Projet de création de lits	-	Oui	-	Logiciels par discipline
Communication interne et externe	-	-	Oui	-	Service Info. Oui
Maintenance	-	-	-	-	-
Sécurité- hygiène	Oui	-	-	Oui	-
Qualité	Perspective de l'accréditation	Oui	-	Oui	-
Vigilance sanitaire	Création d'un laboratoire D'hygiène	-	-	Oui	Logiciel
Risque infectieux	Idem	-	-	Oui	Logiciel
Autres thèmes De nombreux thèmes annexes sont proposés	Coopérations, Réseaux. Douleur Cancérologie Techniques nouvelles...		Domaines verticaux de la D.R.H.	Plusieurs relatifs à la G.R.H. Douleur Ethique Encadrement	

On peut observer cependant que les thèmes repris le plus souvent sont en lien avec les préoccupations des acteurs, notamment l'organisation de la prise en charge. L'hôpital A doit effectivement se positionner au niveau du secteur sanitaire dans ses missions d'établissement de proximité d'une part, mais aussi en tant que centre hospitalier de référence. Compte tenu

de la croissance constante de son activité, ce double objectif nécessite des moyens selon les acteurs rencontrés : « *il n'est pas possible d'envisager augmenter l'activité avec des moyens constants* ».

On peut s'étonner alors du manque d'éléments diagnostic porté dans le document projet, qui permettraient d'explicitier les besoins.

Deux autres thèmes : qualité et gestion des risques semblent développés de manière plus partagée. Il est à noter que cet établissement s'investit dans une démarche qualité importante.

Dans l'établissement B : un certain nombre de thèmes en lien avec l'accréditation sont explorés comme axes de développement.

Etablissement B

Politiques relatives à	P.MED	P.R.H.	P.S.I.	P.S.INFO	P.INVEST
Information du patient	-	-	Oui	-	-
Dossier de soins	En lien avec la gestion	-	Oui	Oui	-
Organisation de la prise en charge	Projet en nombre de lits	-	Oui	-	Oui
Communication interne et externe	Oui	Oui	Oui	Oui	-
Maintenance	-	-	-	Mise à niveau	-
Sécurité- hygiène	Oui Pharmacologie	-	Actions en lien	Sécurité informatique	-
Qualité	Oui	-	Oui	-	-
Vigilance sanitaire	Oui	-	Actions en lien	-	-
Risque infectieux	Oui	-	Actions en lien	-	-
Autres thèmes	Oui Santé publique Coopérations, réseaux...	Thèmes verticaux de la G.R.H.	Santé publique G.R.H.	-	-

Plusieurs d'entre eux sont partagés par au moins trois projets associés : le dossier de soins, l'organisation de la prise en charge, la sécurité et l'hygiène. Cela témoigne du partage des projets et de l'analyse collective préalable.

Cet établissement de santé partage le thème de la communication interne et externe. Lors des entretiens, les acteurs ont mis également en évidence que pour l'avenir de l'établissement ce thème était important ; en effet, cet hôpital doit devenir pôle de référence et

est en opération de regroupement avec un établissement privé. Le défi de positionnement dans le secteur sanitaire est une priorité.

Synthèse des deux établissements :

L'examen des thèmes privilégiés sont intéressants car ils sont révélateurs de priorités pour les établissements. Manifestement, l'abord de la transversalité pour l'établissement A se fera par le biais de la démarche qualité. Il est prévu dans le projet de gestion des développements dans ce sens, par l'identification d'une direction du développement et de la contractualisation et par une mission spécifique d'une infirmière générale pour la démarche qualité – sécurité. L'établissement B. quant à lui, s'investit dans la démarche projet, car elle constitue un des éléments clés du développement de l'établissement.

3.2.3. Le management de projet

Le fonctionnement par projet, nous l'avons abordé en deuxième partie, correspond à une recherche de transversalité qui a pour but de centrer les établissements de santé sur leur mission première : le soin, et de trouver des réponses à la complexité.

Le management de projet au niveau du sommet stratégique, dans l'établissement A s'appuie sur la concertation et l'analyse collective des données. Cependant pour ces deux types d'activités, nous notons qu'elles restent essentiellement catégorielles, témoignant d'un cloisonnement dans ce domaine. L'établissement s'appuie sur des groupes de travail opérationnels chargés de projets concrets. Il n'existe pas de structure stratégique. Le directeur assure cette fonction. Il existe un groupe de pilotage pour la démarche qualité, qui a fait l'objet d'une méthodologie de projet réalisée après la rédaction du projet d'établissement. Le suivi et l'accompagnement ne sont pas précisés dans les écrits, ni dans les entretiens menés.

Etablissement A :

Activités de	P.MED	P.GEST	P.R.H.	P.S.I.	P.S.INFO
Information	A postériori	?	?	Oui catégorielle	?
Concertation	+ / -	Equipe de Direction	Equipe de Direction	Equipe de Direction	Equipe de Direction
Analyse collective	Catégorielle	Oui : Equipe de direction	Oui avec D.S.S.I.	Oui avec les cadres IDE	Oui sectorielle
Groupe stratégique	-	-	-	-	-
Groupe de pilotage	Le bureau de la C.M.E.	-	-	-	-
Groupe opérationnel	Oui	-	Oui	Oui	-
Accompagnement formation	-	-	-	-	-
Accompagnement organisationnel	-	-	-	?	-

Si la position des acteurs évolue dans le groupe que constitue les cadres de direction, elle n'est pas acquise en terme de changement permanent au niveau de la Direction du Service de Soins Infirmiers qui semble avoir des difficultés à se situer dans la voie d'une structure matricielle. Les médecins quant à eux restent très attachés à leur pouvoir d'expertise donc à leur spécialité et à leur service. Quand l'expertise médicale est la source dominante de pouvoir pour les médecins, pour la direction, elle intervient dans le processus de gestion de l'établissement. Aujourd'hui les deux logiques sont en opposition dans cet établissement, mais la situation semble pouvoir évoluer du fait du renouvellement récent des présidences de C.M.E., introduisant une nouvelle vision de la participation médicale au projet.

En ce qui concerne l'établissement B, la direction s'appuie sur deux aspects de la conduite de projet : la concertation, et le groupe stratégique, qui lui-même structure le suivi et l'accompagnement du projet. A travers ce tableau de synthèse , nous pouvons observer que le projet médical et le projet de soins infirmiers mettent en place l'ensemble des activités liées à la conduite de projet. Nous manquons d'informations pour les projets associés, cependant, à l'observation des écrits, l'effort de cohérence est facilement repérable, démontrant la volonté de s'inscrire dans un management stratégique : « *le management stratégique se fonde sur la diffusion au plus profond de l'organisation, des préoccupations que la division verticale du travail attribue uniquement aux échelons supérieurs de Direction.* »⁴²

⁴² CREMADEZ M. et GRATEAU F. , Op. Cit. p.12.

Etablissement B :

Activités de	P.MED	P.R.H.	P.S.I.	P.S.INFO	P.INVEST
Information	Oui	-	Oui	-	
Concertation	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui, médecins
Analyse collective	Oui	-	Oui	Oui	Oui
Groupe stratégique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Groupe de pilotage	Directeur et bureau CME	-	Oui	-	-
Groupe opérationnel	Oui	-	Oui	-	-
Accompagnement formation	Oui	Oui	Oui	-	-
Accompagnement organisationnel	Oui	-	Oui	Oui	-

Pour l'établissement B : la volonté politique placée dans l'équipe de direction , élargie au président de la CME. est portée par le Directeur. Il existe une structuration de la démarche par la création d'une instance « comité stratégique » qui par sa fonction de synthèse et de clarification, permet à chaque projet spécifique de négocier son positionnement par rapport aux autres projets. Cette structuration, permet l'analyse transversale de projet et garantie ainsi les cohérences.

Dans cet établissement le renouvellement des mandats à la C.M.E. a été réalisé. Le Vice-président de la C.M.E., notre interlocuteur, a participé à toute la démarche dans le cadre du comité stratégique. Réélu, il poursuit son mandat dans le cadre du comité stratégique. Sa perception des contraintes et des enjeux a changé par la connaissance des rôles de chacun et de l'environnement hospitalier d'aujourd'hui.

Synthèse des deux établissements :

A travers ces deux expériences nous pouvons observer une différence d'appropriation de la démarche projet .

G. Maguerz⁴³ montre en quoi le management par projet à un impact sur les résultats :
« *Un projet nécessite une approche stratégique avec une implication forte de la Direction, un engagement du Directeur et de l'Infirmier Général : y croire , pour s'en*

⁴³ MAGUERZ G. , La qualité des soins , E.N.S.P. filière I.G. Note de cours , Mars 1999.

occuper.. Pour mener à bien le projet , il convient d'outiller les acteurs avec des outils méthodologiques adéquats. 3^{ème} condition, structurer , faire l'inventaire de l'existant, favoriser la connaissance des expériences et des résultats. Enfin, il est important que les agents se sentent à l'aise, il faut donc commencer par permettre. Ce changement de culture est le plus long à obtenir. »

Cette théorie peut être schématisée de la manière suivante :

Schéma N° :8

Stratégie	Technique	Structure	Culture	Nature de la démarche
0	1	1	1	Projets sur des choses peu importantes
1	0	1	1	Beaucoup d'efforts, de réunions, mais peu de résultats et de concrétisation
1	1	0	1	Il se passe des choses mais personne ne le sait ; risque d'opposition, par manque de connaissance
1	1	1	0	Spécialiste du projet, les autres s'occupent des malades ; le spécialiste fait à la place des acteurs du terrain
1	1	1	1	Quand les 4 conditions sont réunies levier pour le changement

Légende : 1 = présence d' ; 0 = absence de .

3.3 ...Au projet de soins infirmiers

3.3.1. La représentation du projet de soins infirmiers

« La représentation sociale , en tant qu'acte de pensée, relit un sujet avec un objet...Elle est composée d'un noyau central, l'image mentale »⁴⁴ Nous mobilisons en permanence nos représentations sociales afin d'exprimer ou résoudre des problèmes . Les représentations sociales sont à la base de nos comportements.

Pour les directeurs de service de soins infirmiers, le projet de soins infirmiers est « *un ancrage pour les équipes* », il contient « *les grandes orientations : la qualité des soins, et la gestion qualitative du service de soins infirmiers* ».

Pour le Directeur du Service de Soins Infirmiers A : les contenus sont « *la conception des soins, les valeurs du service de soins infirmiers ; il contient des axes de mobilisation des équipes* ».

Pour le Directeur du Service de Soins Infirmiers B : « *c'est une référence partagée, qui assure la cohérence entre les unités de soins.* »

Ces expressions montrent le souci de la spécificité du soin infirmier et de son management des deux Directeurs du Service de Soins infirmiers.

Pour les autres acteurs décisionnels: Le projet de soins infirmiers est associé à la démarche de qualité et sécurité. Pour le Directeur A , sa vocation est également « *organisationnelle et de gestion des compétences en ressources humaines.* »

Pour le Directeur B « *le projet de soins infirmiers est en lien avec la stratégie de l'établissement.* »

Pour les deux directeurs , comme pour les deux directeurs des Ressources Humaines, le projet de soins infirmiers fait partie intégrante du projet d'établissement. Il n'est pas remis en cause en terme de nécessité d'existence. Même si cette reconnaissance est imposée par les textes officiels, elle est totalement admise dans les deux établissements.

Pour les Présidents de C.M.E. : c'est sa complémentarité avec le projet médical qui est mise en exergue. Vice-président C.M.E. B : « *Comme un médecin s'appuie sur son équipe dans une unité de soins , le projet médical doit pouvoir s'appuyer sur le projet de soins infirmiers au niveau institutionnel. Ce qui compte avant tout c'est la complémentarité.* »

Au travers de ces expressions, le projet de soins infirmiers revêt une double représentation : il est placé d'emblée par les Directeurs du Service de Soins Infirmiers dans son entité spécifique ; c'est la perspective des idéaux, elle relève d'une approche métier. Domaine de la politique des soins , cette approche est de type normatif. Dans sa deuxième représentation, les autres acteurs décisionnels l'intègrent dans une perspective partagée.

3.3.2. Les liens du projet de soins infirmiers avec les autres projets

Dans l'établissement A : le Directeur du Service de Soins Infirmiers souligne : « *il n'y a pas cohérence avec le projet médical, à part un point commun qui est l'éducation . mais comment faire concorder les deux projets ? Il manque une réflexion communautaire de tous*

⁴⁴ LAURIOL J., Une approche de la décision stratégique, Revue Française de gestion, Nov. Déc. 1998, p. 137.

les acteurs de l'établissement sur les besoins de la population ». Il est à noter que le Président de la C.M.E. a fait la même remarque.

Le Directeur du Service de Soins Infirmiers et le Directeur des Ressources Humaines ont apprécié le travail de synthèse des projets fait en équipe de direction « *qui a permis de connaître les objectifs de chacun, de discuter les interfaces et justifier les priorités et de ce fait enrichir le projet de soins infirmiers.* »

Dans l'établissement B : Le Directeur du Service de Soins Infirmiers considère que : « *le projet de soins infirmiers est reconnu, il prend une place centrale et transversale, il devient donc incontournable. Il est au cœur de tout, et de ce fait il devient également redoutable.* »

Le Directeur du Service de Soins Infirmiers précise : « *qu'il y a encore à travailler la synchronisation médicale et paramédicale : car les besoins d'interactions sont importants* », elle précise également l'importance du rôle du comité stratégique : « *le projet de soins infirmiers évolue avec le recadrage intermédiaire en comité stratégique.* »

Pour les autres acteurs, l'expression est plutôt de l'ordre de l'attente de rôle. Situait le projet de soins infirmiers dans une perspective d'avenir, le Directeur souhaite que le projet de soins infirmiers ait un « *lien évident avec les axes de Santé Publique, les axes médicaux et les axes sociaux. Un volet du projet de soins infirmiers doit être la déclinaison du projet médical, de même l'interface avec le projet social est importante. Les croisements s'imposent en terme de cohérence* ».

Les deux établissements envisagent de manière différente les liens du projet de soins infirmiers avec les autres projets. Dans l'établissement A, la réunion de direction de partage des projets a été vécue comme l'amorce d'un travail d'analyse commun. Mais la perspective de travailler en lien avec les équipes médicales n'est pas abordée. Seul le renouvellement de présidences de C.M.E. est évoqué comme une opportunité de changement et d'actions communes.

Dans l'établissement B : l'ouverture vers plus de transversalité semble réalisée, les acteurs font tous référence au comité stratégique comme moyen facilitant cet espace de travail commun. Si le Directeur du Service de Soins Infirmiers apprécie que le projet de soins infirmiers soit légitimé et validé dans l'établissement, les autres acteurs soulignent : « *le projet médical ne pourrait se réaliser sans le projet de soins infirmiers, de même le projet de soins infirmiers ne pourrait se réaliser sans le projet social : les liens s'imposent en terme de cohérence.* »

Le Directeur appuie cette reconnaissance en disant : « *c'est un changement dans la représentation du rôle de l'infirmière générale ; la mise en œuvre du projet de soins infirmiers lui confère une place stratégique qu'elle n'avait pas avant .* »

3.3.3. Les complémentarités en action

La manière dont sont gérés les paradoxes du projet que nous avons examinés en deuxième partie, nous enseigne sur les complémentarités en action :

Gestion de l'écart théorie et pratique :

Etablissement A : le projet d'établissement est plutôt de l'ordre du projet visée. Le Directeur estime que « *un projet trop serré ne permet pas d'initiatives aux acteurs. D'autre part, du fait de l'évolution constante de l'établissement il serait aussitôt dépassé* ».

Etablissement B : le projet allie visée et programmatique. Cependant le regard rétrospectif permet d'émettre des suggestions comme celles du vice-président de la C.M.E. : « *il faut améliorer le travail commun en structurant mieux le comité stratégique, organiser ses réunions de travail* ». Pour le Directeur du Service de Soins Infirmiers : « *le comité stratégique a été l'occasion de travailler ensemble, que chacun connaisse mieux le rôle et les contraintes de l'autre. Au début les médecins étaient un peu perdus, maintenant ils s'expriment davantage, font connaître leurs soucis de prise en charge et comprennent mieux les contraintes du Directeur , notamment en matière budgétaire. Nous avons à travailler ensemble la coordination du projet médical et du projet de soins infirmiers pour harmoniser nos priorités. Le travail de connaissance et de reconnaissance fait à l'occasion du projet facilite cette perspective car nos relations de travail sont confiantes.* »

Gestion de l'écart entre le projet individuel et le projet collectif :

Etablissement A : les expressions des acteurs décisionnels montrent qu'un travail relatif à la culture reste à faire. Pour le Directeur : « *certains collaborateurs n'intègrent pas la transversalité dans leur pratique* » Le président de la C.M.E. ayant participé à une restructuration à l'échelle d'un établissement, a expérimenté la démarche projet . Les conditions furent difficiles, mais le bilan à distance semble l'avoir convaincu de l'intérêt de cette démarche. Attaché au développement de la démarche qualité il espère « *un travail commun plus soutenu avec l'ensemble de l'équipe de direction. Il reste à entraîner les confrères.* » Les différences s'expriment dans les significations qui ne sont pas partagées. Mais tous s'accordent pour souligner le cloisonnement. Il est observé également un effet

« personnalité » : a des degrés divers les acteurs dans leur individualité influent sur les perspectives d'évolution de l'appropriation de la démarche projet.

Dans l'établissement B. : les conflits de rationalité semblent laisser le pas aux conflits de priorité. Le Vice-président de la C.M.E. exprime que *« son activité médicale vient en concurrence avec sa participation au projet, le choix est difficile ; il faudrait de l'aide pour être plus disponible, car il ne peut être question de laisser les malades »* Le Directeur du Service de Soins Infirmiers : *« pour pouvoir tout faire seule , il me faudrait deux journées , si je veux maintenir ma participation au projet d'établissement, il me faut organiser la direction du service de soins infirmiers par la délégation. »* Pour le Directeur des Ressources Humaines : *« en améliorant l'organisation du comité stratégique, cela pourrait éviter les conflits de frontière, car le projet a rendu flou les responsabilités dans certains domaines. »*

Gestion de l'écart entre l'espace à aménager et le temps à anticiper :

Etablissement A : La mise en place du projet d'établissement n'a pas été synchrone. Le projet de soins infirmiers de 1^{ère} génération a démarré seul, cela lui a donné un grand champ d'initiatives. Rentrer dans le projet d'établissement lors du projet de soins infirmiers de 2^{ème} génération a été contraignant car cela a eu un effet sur la liberté initiale.

Lors des entretiens , le projet médical restait problématique, car réfuté en l'état par l'A.R.H.. Pour le Directeur une des difficultés pour revoir le projet médical est la non-publication du S.R.O.S. 2^{ème} génération *« le cadrage de la tutelle nous manque »*

Etablissement B. : la démarche ayant été organisé de manière collective, l'appropriation en terme technique et dans la gestion du temps s'en est trouvée facilitée. Le projet social semble avoir été un peu difficile à réaliser du fait de la pression liée à un manque de temps, globalement les projets étant synchrones, au niveau des acteurs interviewés cette dimension temporelle n'a pas posé de grosses difficultés.

Gestion de la réussite et de l'échec

Les deux directeurs expriment leur inquiétude quant aux suites qui seront données aux projets.

Etablissement A , le Directeur des Ressources Humaines exprime : *« comment va-t-on relancer un projet d'établissement si celui-ci a du mal à aboutir, et si les moyens ne suivent pas ? »*

Etablissement B. : *« les tutelles se rendent compte de la complexité de suivre une politique ambitieuse. L'A.R.H. se trouve dans une contrainte des moyens financiers et les besoins sont très importants. »*

Liés par le budget à l'A.R.H. , les directeurs d'établissement ont à gérer l'incertitude de la réalisation des projets. Comment mobiliser une deuxième fois les équipes si les efforts ne sont pas suivis en terme de moyens ?

IV^{ème} PARTIE

Synthèse et axes de projet professionnel

Chapitre 1

Synthèse

Chapitre 2

Du projet de niveau institutionnel...

Chapitre 3

...Au projet du Service de Soins Infirmiers

4.1. synthèse

Nous avons vu à travers l'étude des textes officiels l'importance des changements en cours dans les établissements publics de santé. L'étude de terrain montre, à travers les deux exemples examinés, que l'apprentissage de la notion de projet et de son management du changement est en cours de réalisation, à des degrés divers.

4.1.1. La validation des hypothèses

Que ce soit par l'étude du contexte, ou par l'étude de terrain nos hypothèses se trouvent validées.

En effet, *du fait de la structuration du cadre réglementaire hospitalier qui incite l'ensemble des décideurs à travailler la cohérence de l'ensemble des projets, le projet de soins infirmiers, de par sa position transversale, est amené à jouer un rôle stratégique dans la mise en œuvre de la cohérence du projet d'établissement.*

Certaines conditions sont cependant à réunir :

- La volonté de l'infirmière générale, Directeur du Service de Soins Infirmiers
- La perception des évolutions qui vont influencer le projet de soins infirmiers
- Les liens de complémentarité avec les acteurs concernés
- Les stratégies utilisées : le consensus avec le processus participatif, le développement organisationnel afin de produire un référentiel nouveau, la régulation qui permet le travail sur les représentations et les opinions

Effectivement, *cette évolution interroge la Direction du Service de Soins infirmiers sur les modalités de gestion du projet, de management et de cohérence interne de ce projet et de ses liaisons avec le projet d'établissement, notamment sur les aspects suivants :*

4.1.2. l'identification de « zones sensibles »

L'évolution est un processus dynamique, dans les deux établissements la démarche projet ne s'exprime pas de manière similaire, chacun cheminant en fonction des acteurs et des opportunités qu'il rencontre, nous pouvons cependant observer les zones sensibles :

1. Il y a choc des cultures avec un risque de crispations identitaires.
2. Il y a une insuffisance de culture projet : notamment en terme de gestion de projet et de management de projet.

3. Il y a manque de culture qualité dont la connaissance et la maîtrise des processus dans une perspective de sûreté de fonctionnement .

Quels pourraient être les axes d'amélioration ? La synthèse fait émerger des besoins :

L'infirmière générale peut agir dans deux champs de son exercice professionnel. En tant que membre de l'équipe de direction, elle contribue à la réalisation des missions de l'établissement, en tant que responsable du Service de Soins Infirmiers, elle coordonne l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers et en assure l'animation, l'encadrement et la gestion du Service de Soins Infirmiers⁴⁵. C'est donc dans ces deux registres du rôle de l'infirmière générale que nous proposerons des axes de projet professionnel.

4.2. Du projet de niveau institutionnel...

En tant que membre de l'équipe de direction, l'infirmière générale peut proposer de :

4.2.1. Travailler le champ de l'élaboration du projet d'établissement

Si l'approche du projet se fait de façon verticale, le projet se décline par service et par unités fonctionnelles. Par exemple quarante unités fonctionnelles se proposent de travailler chacune quatre processus ; l'étude d'un processus produit l'identification de dix points critiques environ, ce qui amène à devoir traiter de quatre cents problèmes, ce qui paraît difficilement gérable. De plus, ce choix méthodologique a tendance à retentir sur le réflexe identitaire avec la multiplicité des projets, pouvant entraîner une balkanisation des services.

Si nous adoptons une approche transversale fonctionnelle,⁴⁶ il nous faut raisonner par filières de soins. L'étude de quatre processus pour six filières de soins aboutit au traitement de vingt quatre points critiques, ce qui a priori semble plus abordable en terme de quantité et donc plus réaliste.

Il est donc souhaitable en équipe de direction élargie aux représentants du corps médical d'harmoniser les pratiques, non pas dans une perspective idéologique et totalitaire, mais avec un souci de la qualité. Les choix méthodologiques auront une grande importance en terme de crédibilité et de faisabilité sur le terrain. Le choix de l'abord des problèmes transversaux stratégiques par une analyse de processus, semble être une voie à creuser.

⁴⁵ Décret 94 – 904 du 18 Octobre 1994 Art. 2 modifiant le décret du 18 Octobre 1989.

⁴⁶ Voir annexe 3 : L'organisation matricielle

Souvent mêlés, il serait bon d'envisager de mieux distinguer les deux niveaux de projet que sont le projet visée et le projet programmatique :

➤ Le projet visée :

Il serait judicieux que les valeurs soient déclinées de manière transversale. A partir de l'intention de prise en charge du patient, de même, il serait souhaitable de décrire les politiques transversales à mettre en œuvre dans les différents projets associés. Ces valeurs inscrites dans le préambule du projet d'établissement ont pour fonction de garantir la réalité des aspirations communes.

➤ Le projet programmatique :

Nous l'avons vu lors de nos deux enquêtes, le projet programmatique est rarement complet. Dans beaucoup de projets il est rare de trouver les notions de coûts et de ressources, dans les projets de soins infirmiers ils sont quasi absents.

Cet état des lieux nous interpelle. Est-ce à dire que le projet de soins infirmiers se fait avec les moyens du bord la plupart du temps ? ou est-ce que les projets du service de soins infirmiers sont centrés sur des améliorations de type comportemental qui peuvent s'obtenir sans grand renfort de moyens d'accompagnement ? Ou est-ce les projets de soins infirmiers sont estimés par leurs auteurs comme de l'ordre du non chiffrable ?

Au stade où nous sommes de notre réflexion, nous pensons qu'il est de l'intérêt du Service Infirmier que d'être en capacité de mesurer ses ressources et ses moyens pour proposer des projets programmatiques précis tenant lieu d'engagement contractuel. Cela garantit la lisibilité du projet de soins infirmiers.

On peut s'appuyer utilement sur des normes de qualité d'un projet⁴⁷. Elles sont proposées par l'A.F.N.O.R. et viennent compléter l'ISO 9004-1 en ce qui concerne le management de projet. « *Elles peuvent être suivies par des personnes ayant l'expérience du management de projet et qui ont besoin de s'assurer que leur organisation applique effectivement les pratiques contenues dans la famille des normes ISO 9000.* »⁴⁸

4.2.2. Travailler la transversalité des projets

La transversalité, nous l'avons vu, n'a pas pour finalité la fusion d'un corps professionnel par rapport à un autre, elle s'appuie sur un postulat de complémentarité et de plus value en

⁴⁷ Voir annexe : 4., Normes de qualité d'un projet, synthèse réalisée par P.Roussel, Professeur E.N.S.P.

⁴⁸ AFNOR : projet de normes ISO/DIS 10 006 ; 1996.

terme de valeur ajoutée que peut apporter chaque profession à la prestation finale dispensée aux usagers. Dans cette perspective, nous proposons que :

1. La culture projet soit travaillée en interdisciplinaire : Cadres de direction et Président et Vice-président de la C.M.E. , notamment par la participation à des sessions de formation continue et/ ou Journées d'études sur le thème du projet d'établissement. ceci permettrait de partager des bases théoriques et de les discuter pour une application dans les pratiques de l'établissement.
2. que les projets relatifs aux thèmes de soins partagés avec les axes médicaux soient travaillés en commun : on peut imaginer soit un travail commun Directeur du Service de Soins Infirmier et Président de la C.M.E. ou encore les mêmes acteurs associés au représentant de la C.M.E. à la Commission du Service de Soins Infirmiers (C.S.S.I.) et le représentant de la C.S.S.I. à la C.M.E.
3. que ces projets fassent l'objet d'une présentation commune par les représentants des commissions en C.M.E. et en C.S.S.I.
4. qu'ils soient présentés sous une forme consensuelle, les soins infirmiers seraient déclinés en fonction des implications des choix médicaux ⁴⁹en terme :d'organisation de la prise en charge infirmière des patients, d'organisation des soins et d'impacts en terme de gestion de soins infirmiers, en formation des agents relevant du service infirmier et en recherche en soins.

4.2.3. Se doter d'une structure de type groupe stratégique

Nous avons perçu à travers notre travail d'enquête combien la structuration de la démarche projet avait de l'importance en terme de pilotage du projet. Pour penser des projets intégrés, avoir une vision stratégique de l'établissement dans son développement et dans sa concurrence, il est nécessaire d'avoir une instance de régulation. Cette structure est un vecteur de puissance quand les acteurs clés, Président de la C.M.E. , Directeur du Service de Soins Infirmiers, Directeur chargé des Ressources Humaines sont conviés par le Directeur à rencontrer les représentants de l'A.R.H. lors des négociations des contrats d'objectifs et de moyens.

⁴⁹ Voir annexe 5 :grille opérationnelle.

4.3. ...Au projet du Service de Soins Infirmiers

Dans son champ spécifique de compétences , l'infirmière générale peut proposer un certain nombre d'actions :

4.3.1. Travailler l'évolution de la fonction infirmière

Dans le sens de pratiques intégrées , et non de pratiques qui s'ignorent, l'infirmière générale, Directeur du Service de Soins Infirmiers peut proposer :

- Un projet pour adapter la prise en charge du soin à l'évolution des activités médicales : l'évidence impose de positionner le projet de soins infirmiers par rapport au projet médical. Il nous appartient de mesurer toutes les incidences sur notre activité, des évolutions pressenties et engagées dans le domaine médical. Les défis s'exprimeront notamment en termes de nouveaux métiers du soin, d'adaptation, voire de transformation de compétences. Les axes de notre adaptation seront déterminés à partir : des activités médicales nouvelles, des avancées de la recherche et des choix thérapeutiques nouveaux, et des innovations technologiques et techniques.
- Un projet pour adapter la prise en charge du soin dans les nouvelles formes d'organisation médicale : de la même façon , les nouvelles formes d'hospitalisation ou d'organisation médicale ont déjà ou vont avoir des incidences fortes sur la façon d'assurer notre mission. Nous situons les besoins d'adaptation à plusieurs niveaux :
 - Issus des formes d'alternatives à l'hospitalisation existantes (hôpitaux de jour, de semaine...)
 - Issus des nouvelles formes d'hébergement, complémentaires des nouveaux modes de prise en charge.
 - Issus d'une éventuelle modification de l'organisation médicale, structurée en fonction de l'activité plutôt que de la spécialité ou de la localisation.
- Un projet pour anticiper une mutation profonde des modes généraux de prise en charge : d'une manière générale, la fonction soin doit être redéfinie autour de sa raison d'être. Le champ d'interactions important qui existe entre tous les acteurs du soin conduit le Service de Soins Infirmiers à assurer une permanence du soin au patient où s'exprime dans toute sa pertinence la notion de rôle propre infirmier. Pour autant, nous allons évoluer, dans les années à venir, dans un système de plus en plus « désintégré » qui va induire une autre façon d'exercer la permanence du soin.

D'ores et déjà, le rôle propre infirmier, face à la spécialisation de l'ensemble des activités du soin (techniques diagnostic et traitements de plus en plus pointus, renforcement de l'accompagnement, de la prévention, de l'éducation...) : Il ne peut plus être singulier, prédéterminé, mais devient contingent. Il n'est plus appréhendable de manière individuelle, mais nécessairement collective.

Le service de soins infirmiers, notamment par l'intermédiaire de son encadrement aura à charge plus que jamais d'assurer et d'exercer les cohérences et les coordinations des activités du soin, de favoriser la mise à disposition et la transmission des informations relatives au patient entre les acteurs du soin, et de veiller à l'adéquation des compétences aux emplois, dans le respect du projet professionnel de chacun.

4.3.2. S'appuyer sur l'aide concrète de la Conseillère Régionale en Soins Infirmiers et la commission du Service de Soins Infirmiers

Il nous semble important , à l'heure où se joue l'avenir des projets des établissements de santé au niveau de l'A.R.H. (Cf. 1^{ère} partie) de saisir l'opportunité de l'existence d'un représentant professionnel au niveau de la tutelle.

Cet acteur est appelé à donner des avis circonstanciés sur les projets en cours dans les établissements, à ce titre c'est sa fonction contrôle qui peut être en jeu ; mais il nous semble que nous pourrions faire appel à l'expert en soins infirmiers que représente cette personne dans les domaines de l'élaboration de projets, de techniques de gestion spécifiques, de conseil et d'aide à la décision. D'autre part par sa position régionale , la Conseillère Technique Régionale en Soins Infirmiers, est amenée à organiser des rencontres de travail entre les infirmiers généraux qui peuvent être l'occasion de partage d'expériences .

La commission de soins infirmiers,⁵⁰ nous l'avons vu, dans l'étude des instances, émane de la volonté du législateur de structurer dans la cohérence le concours des compétences et des approches complémentaires. Les auteurs du texte ont prévu qu'à l'initiative du président des personnes qualifiées peuvent être associées temporairement aux travaux de la commission. Le recours judiciaire à cette disposition devrait permettre les contributions de directeurs, d'associer d'autres personnels médico-techniques, sociaux. La C.S.S.I. doit pouvoir s'affirmer et s'exprimer en son nom pour tout ce qui est de la conception des soins , organisation, formation , recherche et évaluation, de la qualité des soins, mais elle

devra développer autant que faire se peut, les synergies avec les autres projets. Pour être source de propositions, elle doit être informée rapidement, formée à son rôle dans le projet d'établissement en terme de préparation, évaluation, réajustement. Comme nous l'avons évoqué plus haut, elle peut fonctionner en commission de travail, et il serait souhaitable qu'il y ait une sous-commission mixte composée de membres de la C.S.S.I. et de la C.M.E.

4. 3. 3 . S'inscrire dans une démarche de contractualisation interne

Placer les soins infirmiers au niveau des politiques, admettre que cette position induit la nécessité de rendre lisible le fonctionnement des soins infirmiers et leurs résultats en terme de gestion suppose de s'inscrire dans une démarche de contractualisation avec le directeur de l'établissement. C'est vouloir rompre avec certaines habitudes prises dans l'exercice des soins infirmiers tel qu'agir avec la bonne volonté, la débrouillardise, qui si elles sont les témoins de la capacité de créativité des membres du Service de Soins Infirmiers, ne sont pas toujours compatibles avec une gestion rigoureuse et faisant la preuve de son efficacité.

Le projet de soins infirmiers, ne peut pas être le projet du « moindre coût » ; pour atteindre son plein exercice, il doit être introduit dans un contrat lui garantissant les ressources et les moyens d'accompagnement lui permettant d'agir conformément aux objectifs qui lui sont assignés et qu'il s'est fixé. C'est une des conditions de la réussite dans sa contribution au projet d'établissement pour éviter la dissonance cognitive de l'impossibilité de réaliser les objectifs faute de moyens garantis.

La contractualisation pourrait porter sur :

- L'utilisation et le développement des ressources humaines : proposition de nouvelles fonctions à visée transversales dans la prise en charge des patients : comme par exemple des cadres infirmiers supérieurs responsables de filière de soins , plutôt que de secteurs géographiques...
- L'utilisation des ressources informatiques : pour la mise au point de tableaux de bord du Service de Soins Infirmiers...
- Les moyens techniques et matériels nécessaires à l'exercice infirmier de qualité : dotation en lits à hauteur variable dans tous les services où ils sont indispensables en commençant par les services à risque au niveau des accidents du travail liés au port de charges lourdes...

⁵⁰ Lire partout C.S.S.I. : commission du service de soins infirmiers.

Bien des domaines pourraient faire l'objet d'une réflexion quant à la contractualisation, c'est pour nous une piste à travailler pour l'avenir.

CONCLUSION

L'état a mis en route, nous l'avons vu en première partie, une réforme profonde de notre système de santé. Les pouvoirs publics, en apportant des incitations administratives et financières est un des acteurs essentiels du projet.

Nous avons exploré dans ce mémoire, le projet de soins infirmiers de deuxième génération dans le contexte d'aujourd'hui. D'une initiative centrée sur l'évolution et la structuration des soins infirmiers dans les établissements publics de santé, nous passons à un projet de soins infirmiers légitimé par la loi portant réforme hospitalière et reconnu comme un élément de la politique de l'établissement intégré au projet d'établissement. Ce positionnement du projet de soins infirmiers induit un travail d'évolution qui est en cours et qui doit lui permettre, tout en fondant son identité de soins infirmiers, de s'intégrer dans les faits dans le projet d'établissement. A cette condition, il peut participer efficacement à la stratégie de développement de l'établissement de santé.

Nous avons cherché à montrer pourquoi le projet de soins infirmiers est amené à changer. Nous avons présenté l'apport des méthodologies de projet et nous avons introduit la réflexion sur l'opportunité d'utiliser le concept de processus issu de la démarche qualité, comme moyen de fédérer les efforts autour d'un référentiel nouveau. Nous avons présenté notre analyse des projets écrits et des représentations des différents acteurs décisionnels et suggéré des voies et des moyens pour poursuivre dans cette direction. Les deux études de terrain réalisées montrent que cette démarche est influencée par la culture de l'établissement et par le management de projet qui y est pratiqué. Les acteurs décisionnels en font l'apprentissage par l'action et s'approprient progressivement les concepts, les outils, et les modes de coopération.

Cependant, bien des domaines n'ont pas été évoqués. Nous n'avons pas abordé l'apport des nouvelles technologies dans la gestion de projet, nous avons peu développé l'apport de la qualité totale, nous avons exclu d'emblée d'examiner une transversalité longitudinale : celle à développer avec les relais fondamentaux que constituent l'encadrement. Chacun de ces aspects mériteraient à lui seul un travail de mémoire qui reste à écrire. Nous avons simplement voulu ici ouvrir quelques voies de réflexion et tracer quelques lignes de prospective.

Dans les établissements de santé l'appropriation de la démarche projet est en mouvement, nous l'avons montré dans la troisième partie, à travers nos deux études de cas. Ce sont les acteurs de terrain qui nous ont donné la matière nécessaire à la rédaction de ce travail en le nourrissant de leur expérience.

Au terme de ce mémoire, notre projet est-il atteint ? Certes , notre intention de faire le point sur la question du projet de soins infirmiers de deuxième génération aujourd'hui, a trouvé des références sinon des réponses. En tout cas il nous permet d'en mieux saisir toute la complexité et donc, peut être, de gagner en réaliste au moment de notre prise de fonction.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- **AFNOR**, *projet de normes ISO / DIS 10 006*, 1996.
- **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Paris, A.N.A.E.S., 1999.
- **Arbruz G. et Debrosse D.**, *Réussir le changement à l'hôpital*, Paris, InterEditions, 1996.
- **Association Nationale pour la Formation Hospitalière.** , *Evaluer les besoins de formation pour conduire le changement*, Paris, A.N.F.H. Editions, 1993.
- **Atler N.**, *La gestion du désordre en entreprise*, Paris, Editions L'Harmattan, 1991.
- **Barjou B.**, *Manager par projet*, Paris, Editions E.S.F., 1998.
- **Bernoux P.**, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions du Seuil, 1985.
- **Boutinet J.P.**, *Anthropologie du projet*, Paris, Editions P.U.F., 1990.
- **Budet J.M. et Blondel F.**, *La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996*, Editions Berger-Levrault, 1997.
- **Cohen E.**, *Dictionnaire de gestion*, Editions la Découverte, Paris, 1994.
- **Collière M.F.**, *Promouvoir la vie*, Paris, InterEditions, 1982.
- **Couty E. et al.**, *Hôpitaux et cliniques : les réformes hospitalières*, Paris, Editions Berger – Levrault, 1993.
- **Cremadez M. et Grateau F.**, *Le management stratégique hospitalier: 2^{ème} édition revue et augmentée*, Paris, InterEditions, 1997 (2^{ème} édition).
- **Crozier M. et Friedberg E.**, *L'acteur et le système*, Paris, Editions du Seuil, 1977.
- **D.R.A.S.S. et D.D.A.S.S. d'Ile de France**, *Le projet d'établissement, grille d'analyse – le projet de soins infirmiers* , aide à l'élaboration, Sept. 1995.
- **Dubois-Frenay C. et Perrin G.**, *Le métier d'infirmière en France*, Coll. Que sais-je ? N° 3052, Paris, P.U.F., 1996.
- **Friedberg E.**, *Le Pouvoir et la règle*, Paris, Editions du Seuil, 1993.
- **Galambaud B.**, *le projet d'entreprise entre désirs et réalité*, Annales des Mines, 1987.
- **Gonnet F.**, *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris, Editions Lamarre, 1992.

- **Hart J. et Muchielli A.**, *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*, Paris, Editions Lamarre, 1994.
- **Honoré B.**, *L'hôpital et son projet d'entreprise*, Toulouse, Editions Privat, 1990.
- **Hubinon M.**, *Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité*, Paris, Editions De Boeck et Larcier, 1998.
- **Kervern G.Y.**, *La culture réseau*, Paris, Editions ESKA, 1993.
- **Léonard J.L.**, *Manager autrement. Les outils du management hospitalier*, Paris, TSA Editions, 1994.
- **Leteurte H. et al.**, *L'accréditation hospitalière. Gestion et service de soins*, Paris, Berger-Levrault, 1996.
- **Livian Y.F.**, *Organisation : théories et pratiques*, Paris, Editions Dunod, 1988.
- **Meignant A.**, *La formation outil stratégique pour l'entreprise*, Paris, les Editions d'organisation, 1986.
- **Michel S.**, *Peut-on gérer les motivations ?*, Paris, P.U.F., 1989.
- **Orgogozzo I.**, *Les paradoxes du management. des châteaux forts aux cloisons mobiles*, Paris, Les Editions de l'Organisation, 1991.
- **Ribaut M. et Aromatario C.**, *L'hôpital entreprise, Pourquoi pas...*, Paris, Editions Lamarre, 1991.
- **R.O.P.S., Laboratoire de recherche opératoire en psychologie et sciences sociales**, *le projet, un défi nécessaire face à une société sans projet*, Paris, Editions l'Harmattan, 1992.
- **Sainsaulieu R.**, *L'identité au travail*, Paris, presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 3^{ème} édition, 1988.

REVUES

- **Ardiono J.**, *Finally, it is never pedagogy without project*, Education Permanente, N°87, 1987, p. 153 à 157.
- **Baelen M.**, *Le management stratégique dans le secteur hospitalier*, gestions hospitalières, Fev. 1996, p.109 –115.

- **Bloch M. et al.**, *Méthodes d'élaboration d'un projet d'établissement*, Techniques Hospitalières, N°555, Déc. 1991.
- **Clément J.M.**, *Réflexions sur le pouvoir décisionnel à l'hôpital*, Cahiers hospitaliers, N°127, sept. 1997.
- **Destrem H.**, *Les enjeux de la participation infirmière à la politique d'établissement*, Soins – formation – pédagogie – encadrement N°6, 2^{ème} trim. 1993, p. 52 à 60.
- **Destrem H.**, *La commission du service de soins infirmiers – Hochet ? Gadget ? Outil de changement ?*, Soins – formation – pédagogie – encadrement N°3, 3^{ème} trim. 1993, p. 61 à 69.
- **Fournet R.**, *Le projet de soins infirmiers 1993-1996 C.H.U. Toulouse*, Techniques Hospitalières, N° 591, Déc. 1994.
- **Heid L.**, *Il était une fois : mythes, contes, management*, Gestions Hospitalières, Déc. 1998.
- **Lauriol J.**, *Une approche de la décision stratégique*, Revue Française de Gestion, Nov. –Déc. 1998.
- **Peyré P.**, *Le projet professionnel un médiateur au service de la qualité*, Gestions Hospitalières, Fev. 1997, p. 142 à 147.
- **Renaut A.**, *Qu'est ce qu'un contrat*, Informations sociales, N°19,1992, p.10 à 17.
- **Tanguy A. et Al.**, *Projet médical d'établissement : Une autre logique ?*, Gestions Hospitalières N° 329, Oct. 1993, p. 556 à 559.
- **Tarondeau J.C.**, *De nouvelles formes d'organisation pour l'entreprise – La gestion des processus*, Management et organisation des entreprises, Cahiers Français N° 287, 1997, p. 39 à 46.
- **Sachs B.**, *Un nouvel usage de la notion de contrat*, Informations sociales, N° 19, 1992, p. 4 à 7.
- **Schmidt M.**, *Place du projet infirmier dans le projet d'établissement*, Objectif Soins, N° 5, 1992, p. 31 à 34.
- **Vandaugon – Darumez I.**, *La dynamique des processus de changement*, revue française de gestion, numéro spécial N°120, Sept. Oct. 1998 p.127 à 138 .

TRAVAUX NON-PUBLIES

- **Garron D.**, *De l'obligation légale à une référence pour le personnel stratégie opérationnelle pour rendre opératoire un projet de soins infirmiers*, Mémoire ENSP Infirmier général, 1998.

- **Peynegre N.** , *L'appropriation des projets par les utilisateurs, une démarche stratégique d'enrichissement de la conduite de projet*, Mémoire ENSP de Directeur d'Hôpital, 1992
- **Tourne C.**, *Les modes de coopération au sein d'un comité stratégique : pour réussir le changement?*, Formation des infirmiers généraux - E.N.S.P., oct .1998.

DISPOSITIF LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 modifié par le décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particuliers des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Circulaire DH / EO N° 97 – 22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.
- Décret N° 97-311 du 7 avril 1997, relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- Décret N° 97 – 374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signatures des directeurs d'établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets)
- Circulaire DH / AF / AF3 : 97 – 304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements publics de santé.

ANNEXES

Annexe 1

Place du projet d'établissement dans l'accréditation.

Annexe 2

Grilles d'entretien

Annexe 3

L'organisation matricielle

Annexe 4

Normes de qualité d'un projet

Annexe 5

Grille opérationnelle

ANNEXES 5

Grille opérationnelle

La grille opérationnelle d'aide à la décision pourrait être la suivante pour les soins infirmiers :

<p><i>Quoi ? et Pourquoi ?</i></p>	<p>Objectifs d'évolution : Hiérarchiser : critères d'opportunité, d'importance, d'urgence...</p>
<p><i>Comment ?</i></p>	<p>Recherche des moyens :</p> <p>1. Moyens dans la zone de compétences et d'autonomie du S.I.</p> <ul style="list-style-type: none"> - moyens internes - utilisation des ressources internes <p>2. Moyens d'accompagnement :</p> <p>Négociation pour l'obtention de moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - humains, ressources matérielles, techniques, ressources formation..
<p><i>Avec qui ?</i></p>	<p>Matrice des collaborations , afin d'identifier les acteurs selon le niveau de projet (annexe)</p>
<p><i>Quel délai ? A quel coût ?</i></p>	<p>Echéancier ; planification des étapes</p> <p>A valoriser pour être prévu en terme de dépenses prévisionnelles.</p>