



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Date du Jury : 30 et 31 Octobre 2000

**L'INFIRMIER GENERAL,
DIRECTEUR DES SOINS PARAMEDICAUX**

Bruno LEGOURD

***" L'Homme est agent de sa propre éducation par
l'interaction entre ses actions et ses réflexions"***

**UNESCO : Recommandation sur le développement de l'éducation des
adultes par la conférence générale, lors de sa 19^{ème} session.**

Nairobi, 26 novembre 1976.

à mes parents et à Jean Marie,
aux personnes qui m'ont aidé à réaliser cette étude.

SOMMAIRE

AVANT - PROPOS	1
INTRODUCTION	3
UN CONTEXTE ET DES LECTURES CONCEPTUELLES.....	5
1 - LA DIRECTION DES SOINS PARAMEDICAUX : DÉFINITIONS ET RÉALITÉS.....	7
1.1 Un constat	7
1.2 Une direction et ses limites.....	8
2 - L'HOPITAL : ORGANISATION BUREAUCRATIQUE, TERRAIN DE NEGOCIATIONS	11
2.1 L'hôpital : un modèle de bureaucratie professionnelle	11
2.2 L'hôpital : Lieu de coordination.....	13
2.3 L'hôpital : Terrain de négociations.....	13
2.4 L'ordre négocié à l'hôpital	15
3 - L' HOPITAL : LIEU D'INNOVATION ET DE CHANGEMENT.....	16
3.1 Trois axes mobilisateurs	16
3.2 Attentes des Patients et de ses agents : Une obligation d'évolution.....	17
3.3 Incertitudes et innovation	18
3.4 Information et communication dans un processus de changement.....	19
4 - CONNAISSANCE ET RECONNAISSANCE : CLEFS DU CHANGEMENT	20
4.1 Un essai de définition de l'infirmier général	20
4.2 La direction des soins infirmiers : Plus value institutionnelle pour ses membres	21
5 - L'HOPITAL : DES IDENTITES ET DES POUVOIRS CONFRONTES	22
5.1 Acteurs et identités professionnelles.....	22
5.2 Partage de responsabilité et exercice du pouvoir.....	23

ETUDES DE TERRAIN	26
1 - METHODOLOGIE D'ETUDE	27
1.1 Observation des deux sites hospitaliers - terrain de stage	27
1.2 Questionnaire d'enquête	29
1.3 Les limites de l'étude.....	31
2 - PRESENTATION DES RESULTATS	32
2.1 Faits et analyse des observations de terrain	32
2.2 Résultats des questionnaires d'enquête.....	37
3 - CONCLUSION ET PERSPECTIVES	46
PROPOSITION D'UN PLAN D' ACTIONS	48
1 - REFLEXIONS PROSPECTIVES	50
1.1 Prérequis pour la direction des soins infirmiers	50
1.2 Place et rôle des acteurs	52
2 - PROJETS ET NOUVELLE DIRECTION	54
2.1 Le projet de soins paramédicaux	54
2.2 Le projet organisationnel et de fonctionnement	55
2.3 Un projet de management participatif	56
2.4 ACCOMPAGNEMENT POUR UNE MOBILISATION DES CADRES	56
3 - POLITIQUE VOLONTARISTE ET MOBILISATRICE	58
3.1 Un plan programme de mise en place.....	58
3.2 Affirmation et continuité dans les choix	58
3.3 Validation interne et externe	58
3.4 Connaissance institutionnelle du changement	59
4 - UNE ORGANISATION AU QUOTIDIEN	61
4.1 Des procédures internes de gestion	61
4.2 Des travaux communs pour l'encadrement.....	61
4.3 Des outils fédérateurs	62
5 - EVALUATION DE LA NOUVELLE DIRECTION	65
CONCLUSION	67
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES	71

AVANT - PROPOS

La pérennité de toute entreprise dépend de sa capacité d'adaptation à son environnement. Si l'organisation du travail reste toujours une préoccupation majeure, l'innovation est un enjeu de plus en plus prégnant.

L'hôpital à l'instar de l'entreprise connaît cette problématique de changement, dans un contexte concurrentiel et socio-économique difficile. Marqué par de nécessaires regroupements, restructurations ou recherches de complémentarités, il doit développer une réelle politique d'ouverture et mettre en œuvre des actions de partenariat au sein de réseaux. Passer d'un système hospitalier traditionnellement fermé à une organisation ouverte de prises en charge, intégrant de multiples acteurs sanitaires et sociaux, peut être source de perturbations et de crises.

Ces facteurs d'évolution et ces contraintes posent obligatoirement à l'hôpital public, la question de son organisation interne et de ses procédures de coordination et de gestion. Il semble évident que le management a une part primordiale dans cette mutation.

Mon thème de recherche – ***l'infirmier général¹, directeur des soins paramédicaux*** - traite plus particulièrement du management des équipes, des personnels infirmiers et paramédicaux, par les infirmiers généraux. Ce sujet peut paraître surprenant dans un contexte hospitalier, aux modes de fonctionnement différenciés où coexistent des cultures et logiques professionnelles différentes. Mais où la présence du *Patient*, appelé dans une organisation marchande *Client*, nous impose d'optimiser la sécurité et la qualité des prestations et soins.

¹ Le genre masculin est utilisé dans ce mémoire pour faciliter écriture et lecture

Le titre de notre mémoire d'étude délimite de fait le champ de notre recherche. L'appellation « soins paramédicaux » fixe la spécificité des personnels qui relèvent de cette direction mais aussi l'espace de responsabilité organisationnelle et de gestion.

La projection de l'infirmier général dans un futur innovant assurant les fonctions de direction des soins infirmiers et paramédicaux ne se situe pas dans une logique de suprématie mais de partenariat conjuguant continuité et cohérence.

Le passage d'une direction des soins infirmiers à une autre de type paramédical repose sur tous les Acteurs de l'hôpital et dépend des définitions et missions que l'on donnera à cette nouvelle direction. Sa place, à la croisée des chemins, entre différentes logiques doit permettre de définir de nouveaux process de gestion et de fonctionnement au quotidien.

L'amélioration de la performance générée par cette nouvelle direction des soins paramédicaux et l'évaluation de ses résultats sont primordiaux pour la crédibilité et la pérennisation de ce changement organisationnel.

INTRODUCTION

✓ Nos motivations

L'infirmier général et la direction des soins paramédicaux ?

Ce questionnaire existait avant notre admission en formation, dû à une expérience de dix années de responsable de service de soins infirmiers. Dans ce contexte de responsabilité, un travail commun et progressif avec des soignants paramédicaux nous avait permis de mettre en place des actions de partenariat et de construire et d'appliquer des projets. Cette démarche « réussie » ne pouvait que nous encourager à continuer dans cette voie.

Après la réussite au concours d'infirmier général et en intégrant un nouvel établissement comme directeur du service de soins infirmiers, la rencontre entre une volonté de changement organisationnel de la part du directeur et notre intention d'évolution et d'ouverture pour des prises en charge coordonnées et structurées, ne pouvaient que se conjuguer pour envisager de réaliser dans l'avenir, cette future direction.

Notre année de formation d'adaptation à l'emploi d'infirmier général et ce mémoire se situent dans un contexte de réflexions et d'acquisitions de connaissances, dans une perspective d'application.

La possibilité d'avoir pu effectuer deux stages hospitaliers au sein de directions de soins, créées à partir d'ex directions de soins infirmiers m'a permis d'intégrer de nouvelles connaissances et informations sur cette problématique.

✓ Notre problématique de recherche

La création d'une direction des soins paramédicaux est un acte important de management hospitalier au service d'une ambition : l'amélioration de la coordination des soins et de la prise en charge des Patients, particulièrement dans un contexte d'évaluation de la qualité et des processus organisationnels transversaux.

La participation et l'implication des personnels infirmiers et paramédicaux concourent à la réussite de ce projet. Mais l'infirmier général, responsable de cette nouvelle direction doit être conscient des difficultés inhérentes à tout changement.

Comment l'Infirmier Général peut-il réussir dans le cadre de l'intégration et l'implication des personnels infirmiers et paramédicaux au sein d'une même direction, la mise en place d'une organisation coordonnée des soins ?

Se pose la question de sa permanence au quotidien et de sa pérennité institutionnelle ?

✓ Nos hypothèses d'étude

La création d'une direction des soins paramédicaux est la traduction organisationnelle et managériale de l'articulation des prises en charge des Patients par les professionnels infirmiers et paramédicaux.

Cette évolution entraîne un nouveau positionnement de l'infirmier général dans l'institution.

Cette nouvelle direction permet d'allier durablement implication centrée sur le Patient et participation institutionnelle. Elle donne une cohérence de gestion à l'ensemble des professionnels infirmiers et paramédicaux.

UN CONTEXTE ET DES LECTURES CONCEPTUELLES

Dans le cadre de l'Université de tous les Savoirs de la Mission de l'An 2000, organisé par le Conservatoire National des Arts et Métiers, Guy Bernfeld² affirmait lors d'une conférence consacrée aux Hôpitaux : « Hôpital adaptable, tête de réseau, référent, communiquant, transparent... Après les espoirs placés dans la technologie, on assiste à un retour vers les valeurs d'humanité et de fraternité. Hélas, l'hôpital reste trop centré sur sa propre organisation au détriment de la prise en compte des exigences de ses malades. Il souffre lui-même de ses cloisonnements et de ses corporatismes. Ses métiers doivent évoluer et se moderniser ».

Ce constat permet globalement de situer les caractéristiques et modes de fonctionnement de l'hôpital. Mais aussi pose sa raison d'être et d'exister - le Patient - et les enjeux qu'il doit affronter dans un environnement en évolution.

A travers différents concepts et approches théoriques, une lecture compréhensive de l'hôpital est proposée. Cette approche fait appel au domaine large et complexe des sciences humaines et de la sociologie des organisations et de ses acteurs. Et de ce fait, elle est le résultat d'un choix personnel d'orientations conceptuelles en lien avec la problématique de mon travail de recherche.

Dans un premier temps, une définition d'une direction des soins paramédicaux et de ses limites seront précisées. Suivra une présentation de l'hôpital, organisation bureaucratique et lieu de négociations, en période actuelle d'innovation et de changements. Les conditions pour réussir un changement organisationnel en terme de connaissance et reconnaissance pour l'initiateur - l'infirmier général - seront situées particulièrement, dans un contexte d'identité professionnelle forte et de confrontation de pouvoirs.

² Guy Bernfeld est directeur du patrimoine et de la logistique et membre du comité de direction générale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP).

1 - LA DIRECTION DES SOINS PARAMEDICAUX : DEFINITIONS ET REALITES.

1.1 UN CONSTAT

✓ Une évolution sémantique

La sémantique professionnelle, en fonction des infirmiers généraux, évolue depuis quelques années vers une disparition fréquente de l'adjectif infirmier. Le projet de soins infirmiers devient projet de soins, privilégiant un sens plus large. Une minorité d'infirmiers généraux se déclare directeur des soins. D'autres sont appelés directeur des soins paramédicaux ou directeur des affaires paramédicales.

Parallèlement la littérature professionnelle atteste de l'évolution du vocabulaire. Un dictionnaire des soins infirmiers, dès 1995, utilise la notion de projet de soins pour définir la politique de soins infirmiers. Des articles de revues professionnelles parlent de projet de soins, de dossier de soins et de commission de soins avec la même particularité, la suppression de l'adjectif infirmier.

✓ Une officialisation de l'évolution

Le décret N° 95-926 du 18 août 1995 propose une formation commune à tous les cadres paramédicaux avec la délivrance d'un certificat de cadre de santé dans des Instituts de même appellation.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, dans son manuel, précise pour un critère de l'organisation de la prise en charge des patients : « *Le projet médical et le projet de soins, élaborés avec les professionnels, définissent les modalités d'organisation de la prise en charge des patients* ».

✓ Une incitation à concrétiser ce changement :

Le manuel d'accréditation des établissements de santé recommande dans l'introduction du référentiel sur le management de l'établissement :

« Assurer une prise charge du patient requiert une conduite et une organisation de l'établissement et des secteurs d'activité tournés vers cette priorité.

Le management s'attachera à définir les orientations stratégiques ou le projet d'établissement permettant de satisfaire les besoins des patients, à les mettre en œuvre dans des conditions optimales de qualité et de sécurité, en veillant tout particulièrement à l'implication et à la coordination des professionnels des différents secteurs d'activité. L'implication des directions est déterminante pour le succès de cette démarche ».

Ainsi, on pourrait considérer que l'ANAES fixerait les contours d'une direction qui assurerait la coordination des différents professionnels infirmiers et paramédicaux, sans pour autant la nommer comme telle !

1.2 UNE DIRECTION ET SES LIMITES

Cette nouvelle direction doit déterminer et reconnaître ses limites.

Le dictionnaire Larousse définit le mot paramédical : *« Qui a trait au domaine des soins, de la santé ou qui s'y consacre, sans toutefois relever du corps des médecins ni lui appartenir »* .

La nomenclature des emplois types de l'hôpital, recense pour les emplois des services soignants, 43 emplois spécifiques, **présentés en annexe N° 1**, répartis en 8 sous familles.

On peut considérer le terme « personnel paramédical » comme signifiant un ensemble diversifié de personnels non médicaux concourant aux soins dont le nombre est lié aux spécificités et spécialisations de l'Hôpital.

Dans un contexte de création d'une nouvelle direction, préciser les personnels concernés est nécessaire, ainsi que la spécificité de la profession sage-femme et la création récente et locale de la fonction de coordonnateur médico-technique

✓ Définition de ses membres

Dans une période de changement organisationnel, une insécurité peut se manifester – phénomène qui sera décrit dans ce mémoire. Aussi une définition des personnels relevant de la direction des soins paramédicaux est nécessaire.

Les personnels pour pouvoir participer pleinement à la mise en place des objectifs de la direction des soins paramédicaux doivent connaître leur direction de rattachement. Un sentiment d'appartenance permet en période de transformation et de mutation d'avoir « un point d'ancrage », nécessaire.

Cette définition participe aussi à une clarification des missions et des enjeux de cette nouvelle direction et de son ambition intégrative.

✓ Ses responsabilités

Ses responsabilités se situent dans le champ global des soins non médicaux en forte interrelation avec les soins médicaux, particulièrement pour les personnels paramédicaux non infirmiers. Le personnel sage femme est situé dans la sous famille « service médical ».

La notion de rôle propre et donc la possibilité d'interventions autonomes est peu ou pas développées au sein des autres professions paramédicales, à la différence des infirmiers.

La mise en place d'une direction des soins paramédicaux peut être considérée comme une densification de la zone de responsabilité des soins non médicaux et non comme une extension de l'aire de responsabilité incluant le « Médical ».

Mais cette subtilité de découpage organisationnel selon l'appartenance ou non au champ médical stricto sensu a des limites. La création d'une direction des soins paramédicaux en fonction de l'intégration de nouveaux personnels a des effets évidents sur l'organisation et le fonctionnement médical.

Aussi, on peut affirmer qu'une direction des soins paramédicaux renforce le domaine d'intervention de l'infirmier général mais aussi participe à une extension de ses responsabilités vers le champ organisationnel médical.

✓ Le coordonnateur médico-technique

Une réflexion est engagée sur la nécessité de mettre en place un coordonnateur des plateaux techniques. Quelques hôpitaux testent cette nouvelle fonction. Mais les limites de cette fonction ne sont pas clairement définies. « *Or force est de constater que la place du coordonnateur dans le sociogramme de l'hôpital est loin d'être établie de façon réelle et constante*³».

Des interrogations se posent : Quelles sont les catégories paramédicales concernées ? Son positionnement par rapport à l'infirmier général ? Son intégration dans l'équipe de direction ? Les réactions d'autres paramédicaux par rapport à l'émergence d'un autre professionnel comme responsable ? L'importance des plateaux techniques et le nombre des personnels soignants concernés par cette nouvelle fonction est un critère limitant l'intérêt de celle-ci.

Si cette nouvelle direction des soins paramédicaux peut se définir avec certes des variables selon l'établissement hospitalier, une question subsiste et qui sera abordée au cours de ce mémoire : L'infirmier général est-il le plus apte à assurer cette fonction de coordinateur et de fédérateur des personnels paramédicaux de l'hôpital, décrit comme une organisation bureaucratique et un lieu de pouvoirs et d'identités fortes.

³ HABIB L., DEPORCQ B., DUBILLON J., FERREOL D. et RUELLE C., « Etude sur les coordonnateurs de plateaux médico-techniques » AP-HP, 1993.

2 - L'HOPITAL : ORGANISATION BUREAUCRATIQUE, TERRAIN DE NEGOCIATIONS

Le mode de fonctionnement de l'hôpital est très différencié. Il est marqué par une spécialisation en unités indépendantes de production de soins, de traitements et de diagnostics. Mais une dépendance existe entre unités avec la nécessité de relations structurées ou non. Et de ce fait, se crée une obligation de négocier et d'ajuster continuellement son activité propre à celles des autres.

Selon Henry Mintzberg⁴, l'hôpital est une bureaucratie professionnelle qui se caractérise par la primauté d'un élément, le centre opérationnel correspondant aux unités de soins, de traitement et de diagnostic.

2.1 L'HOPITAL : UN MODELE DE BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE

La bureaucratie professionnelle, définie par Henry Mintzberg, est une organisation constituée de cinq parties :

- Le **centre opérationnel** composé d'opérateurs dont le travail est lié directement à la production de biens ou de services - *appliqué à l'hôpital, nous retrouvons les unités de soins et diagnostic, lieux de production avec l'ensemble des personnels soignants médicaux ou non médicaux.*

- Le **sommet stratégique** dont les membres ont en charge des responsabilités très larges. Ce sommet doit permettre à l'organisation de remplir avec efficacité ses missions : supervision, gestion de ses relations externes et développement de stratégies. L'organisation doit servir les besoins de ceux qui la contrôlent et qui ont pouvoir sur elle - *Transposé à l'hôpital, nous pouvons identifier le chef d'établissement, l'équipe de direction dont l'infirmier général, les missions imparties à l'hôpital public ainsi que les différentes structures tutélaires :*

⁴ Henry Mintzberg est professeur en management et spécialiste en sciences des organisations

Agence Régionale d'Hospitalisation, Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales, Conseil Général, ...

- La **ligne hiérarchique** relie le sommet stratégique au centre opérationnel. Elle va ainsi des cadres situés au sommet jusqu'à l'encadrement de premier niveau (la base). Cette ligne hiérarchique se crée en confiant à un cadre de premier niveau la responsabilité d'un groupe puis à un cadre de deuxième niveau, la responsabilité d'un ensemble de groupes et de cadres de premier niveau - *Cette description permet de repérer l'organisation hiérarchique de la direction des soins infirmiers : des cadres infirmiers de premier niveau – les surveillants des unités de soins, des cadres supérieurs infirmiers – les surveillants chefs qui assurent la responsabilité d'un ensemble d'unités et au sommet pyramidal, l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers.*

- La **technostructure**, dissociée du travail en direct, est le moteur de la standardisation dans l'organisation et dont la mission est de planifier et de former les opérateurs - *Au sein de l'hôpital, cette fonction est assurée par différents groupes d'agents soignants, administratifs et techniques : l'encadrement de deuxième niveau, en retrait de la production immédiate participe à cette fonction. Appliquée au service de soins infirmiers, seraient concernés les cadres supérieurs infirmiers, collaborateurs directs de l'infirmier général, pour le développement de procédures et d'outils communs. L'infirmier général et le directeur du personnel agiraient plus sur la standardisation des qualifications par la formation et le recrutement.*

- Les **fonctionnels logistiques** sont les unités qui ont une fonction de support pour les unités du centre opérationnel. *La direction des services économiques ou la direction des admissions et gestion séjour sont des exemples types.*

Toute activité humaine organisée doit répondre à deux exigences fondamentales et contradictoires : la division du travail entre les différentes tâches ou activités à accomplir et la coordination de celles-ci pour l'accomplissement du travail.

2.2 L'HOPITAL : LIEU DE COORDINATION

Henry Mintzberg, dans son ouvrage « *Structure et dynamique des organisations*⁵ » décrit les cinq modes de coordination. La coordination désigne l'ensemble des règles, conventions et routines qui permettent d'assurer une coopération entre les membres de l'organisation. Mais ce n'est pas nécessairement la fin du cloisonnement et de l'ignorance entre les différents métiers.

L'ajustement mutuel, la supervision directe, la standardisation des procédés, des résultats et des qualifications correspondent à ces cinq modes de coordination.

L'hôpital est le terrain d'application de ceux-ci :

- *On peut constater la standardisation des savoirs et des comportements, résultante de la formation et de la socialisation.*

- *Les protocoles de prises en charge et de soins s'inscrivent dans une standardisation des procédés et en partie des résultats.*

- *La supervision directe et l'ajustement mutuel au sein d'une même unité de soins ou entre différents professionnels sont continus et nécessitent de négocier en permanence.*

2.3 L'HOPITAL : TERRAIN DE NEGOCIATIONS

L'expérience de la négociation est connue de l'Être humain, dès son enfance. Sa nature sociale l'amène inéluctablement à s'opposer à autrui, de façon certes très variable. Ainsi très précocement, la négociation s'applique aux arrangements entre les Êtres humains. Pour plus tard, devenir un fait générique des relations des individus au sein de la société et des organisations⁶.

Le Patient et l'agent hospitalier sont des Êtres Humains !

⁵ - Henry MINTZBERG , STRUCTURE ET DYNAMIQUE DES ORGANISATIONS (traduit par Pierre ROMELAER) , Ed. Les éditions d'organisation et les éditions Agences d'Arc Inc, Paris-France / Montréal-Canada, 1982

⁶ *MEDIATIONS ET NEGOCIATIONS (La résolution des conflits)*, Sciences Humaines , N° 84, Juin 1998

Anselm STRAUSS⁷ précise l'importance de la négociation dans les organisations : « *Parallèlement, dans les écrits sur les organisations, dominés de longue date par les approches rationalistes et fonctionnalistes, on commence à trouver à l'occasion des énoncés suggérant la pertinence possible et même l'importance cruciale de la négociation* ».

Vers le début des années 1960, il perçoit l'idée d'arènes, de scripts organisationnels joués de manière flexible, sans règle ferme et entrevoit l'importance cruciale de la négociation dans l'ordre social et organisationnel.

La négociation est un des moyens « *pour obtenir que les choses se fassent. Elle peut être ainsi utilisée pour que se fasse ce qu'un acteur (personne, groupe, organisation) souhaite voir accompli. Ce qui peut se traduire en faire marcher les choses ou les faire continuer à marcher* »

Dans le cadre d'un processus de changement, la construction et la reconstitution de l'ordre sont le résultat d'une relation complexe entre un processus de négociation au quotidien et un processus d'évaluation périodique. Ainsi le premier autoriserait l'accomplissement du travail au quotidien en agissant sur les règles formalisées et permanentes de l'organisation ainsi que sur les conventions et ententes. Par contre, le second servirait à établir les limites de la négociation et s'inscrirait dans le contexte politique de l'organisation.

L'hôpital comme toute organisation n'échappe pas à ces différents processus de négociation. Dans le cadre de la relation Soigné-Soignant, commencent à se mettre en place depuis quelques années des scénarii de négociation. Le Patient devient ainsi un acteur de sa prise en charge.

Dans le contexte du travail et des relations hiérarchiques se jouent des négociations au sein des structures qui composent l'hôpital, mais aussi entre elles, même de nature différente.

Le processus de création d'une nouvelle direction, en particulier des soins paramédicaux obéit à un scénario de négociations. Sa mise en place et la phase de consolidation s'inscrivent dans un contexte d'ordre négocié.

⁷ STRAUSS Anselm, BASZANGER Isabelle dir., *La Trame de la Négociation (Sociologie qualitative et interactionnisme)*, L'Harmattan, Paris, 1992

2.4 L'ORDRE NEGOCIE A L'HOPITAL

Ce concept d'ordre négocié forgé progressivement par Anselm Strauss, issu de ses recherches dans les hôpitaux nord-américains, se définit à partir du postulat que l'ordre social est un ordre négocié. Et dans les organisations, relations et négociations sont liées.

Il identifie certaines caractéristiques liées à l'ordre négocié :

- Les négociations obéissent à des schémas et non pas au hasard.
- L'ordre négocié doit être continuellement reconstitué.
- Des négociations sont sans cesse en train de s'achever mais de nouvelles se font quotidiennement ou se mettent en place.
- Tout changement dans une organisation - nouveau membre, introduction de méthodes ou procédures, ... nécessite une renégociation.

La mise en place d'une direction des soins paramédicaux correspond à un changement organisationnel important. De nouvelles procédures se mettent en place. De nouveaux membres intègrent une direction déjà constituée avec corrélativement une influence sur les anciens membres. Ces changements nécessitent des négociations permanentes lors de la mise en place mais aussi au fur à mesure du vécu quotidien.

Malgré des processus continus ou séquentiels de négociation avec des interactions entre tous ses acteurs, l'hôpital comme toute bureaucratie professionnelle peut rester une structure rigide, adaptée à une production standardisée mais pas à l'innovation.

Mais l'environnement oblige de plus en plus à évoluer de façon plus ou moins prégnante parfois dans un contexte d'injonction.

3 - L' HOPITAL : LIEU D'INNOVATION ET DE CHANGEMENT

L'hôpital bouge.

Pour le Patient et répondre à ses missions, il doit chercher à se mobiliser autour de trois axes⁸ dans un contexte récent d'évaluation en lien avec des attentes de prestations sécurisées et de qualité.

Pour ses agents, il doit pouvoir proposer des modes d'organisation et de fonctionnement en recherchant leurs implication et participation.

Mais tout changement provoque au sein d'une organisation des phénomènes de rejet et de l'insécurité pour ses agents.

3.1 TROIS AXES MOBILISATEURS

La **technologie**. Loin de réduire les coûts, elle provoque au contraire une augmentation immédiate des dépenses même s'il est aisé de prouver en terme macro-économique que cette augmentation a long terme aboutit à des économies en raison de diagnostics plus précoces et de mise en œuvre de traitements moins invasifs.

Immédiatement se pose la question de l'organisation des plateaux médico-techniques. Plus particulièrement au sens client/fournisseur avec les unités de soins et d'hospitalisation, demandeuses de prestations de diagnostic ou interventionnelles. La coordination entre unités de soins prestataires et unités de soins demandeuses est posée, aussi, pour des raisons économiques, en sus d'exigence de qualité et sécurité.

On aborde les relations entre unités de soins relevant du service de soins infirmiers et celles considérées comme médico-techniques avec des personnels paramédicaux non infirmiers.

⁸ Lors de sa conférence - Université de tous les savoirs - CNAM - Guy Bernfeld situe la mobilisation de l'hôpital autour de trois axes : Technologie, Lutte contre l'exclusion et Culture de « réseaux ».

Un deuxième axe est celui de la lutte contre **l'exclusion**. L'hôpital n'intervient plus exclusivement que pour des prises en charge sanitaire.

De fait, il intervient de plus en plus souvent pour traiter certains patients en situation de précarité. Son champ d'intervention sociale ne cesse de s'élargir de l'Homme jeune en situation de détresse sociale à la Personne Agée dépendante.

La mise en place de prise en charge coordonnée nécessitant l'intervention parallèle des personnels infirmiers et des travailleurs sociaux est rendue obligatoire pour relever ce défi.

On rentre dans le champ de complémentarité du service de soins infirmiers et de l'ensemble des travailleurs sociaux.

Troisième direction, la culture de **réseaux**. L'hôpital est conscient qu'il doit se développer en partant des structures des médecins généralistes avec des prolongements médico-sociaux et en multipliant les systèmes mobiles, la veille permanente, les points d'écoute et d'orientation et l'hospitalisation à domicile. Ce réseau doit prendre en compte le malade dans toute sa globalité.

Si réussir la mise en place de réseaux avec son environnement est une ambition nécessaire, l'hôpital doit auparavant réussir en interne cette coopération de tous les acteurs hospitaliers. Il paraît difficile d'expliquer à des partenaires extérieurs la nécessité et l'intérêt de collaborer si régulièrement est apportée la preuve du contraire. Un manque d'information et de communication entre acteurs hospitaliers peut se traduire en terme de mauvaise programmation d'examens, de mauvaise préparation sociale de retour à domicile, ... Les partenaires externes seront amenés à connaître ces carences de coordination.

3.2 ATTENTES DES PATIENTS ET DE SES AGENTS : UNE OBLIGATION D'EVOLUTION

L'Hôpital doit faire face aux nouvelles attentes des Patients mais aussi de ses propres agents.

Dans un contexte d'environnement dynamique, une exigence de nouvelles compétences et d'efforts de coopération entre les équipes professionnelles pluridisciplinaires se crée. Equipes qui demandent à être reconnues et valorisées avec une volonté d'amélioration de leur quotidien au travail.

Dans un environnement sanitaire concurrentiel et un contexte nouveau de consumérisme, le Patient attend des prises en charge de qualité et de sécurité. Ces attentes vont de pair avec une volonté d'être informé. Le développement récent de son positionnement d'Acteur par la Commission de Conciliation et sa fonction d'Administrateur participent à ces évolutions et à leur expression. Un manque de coordination intra-hospitalière de nature et d'origine diverses est un reproche fréquent adressé à l'hôpital par sa clientèle. Cette absence de cohérence concerne aussi bien les personnels médicaux, soignants et administratifs dans leurs relations internes et interférentes.

Une évolution des relations sociales au sein des hôpitaux est à signaler à la fin des années 80, marquée par les mouvements des personnels infirmiers et soignants. Une volonté d'être informé et de pouvoir participer était une revendication forte en lien avec la spécificité d'une population soignante essentiellement féminine.

Mais de nouvelles attentes des personnels hospitaliers soignants apparaissent ces dernières années, qui marquent le passage de revendications salariales et autres à une demande d'amélioration du contexte de travail et des conditions d'exercice de leur métier.

3.3 INCERTITUDES ET INNOVATION

« *Les entreprises sont tiraillées entre leurs contraintes d'organisation et d'innovation, entre la nécessité de planifier et celle de vivre l'aventure* » affirme Norbert ALTER⁹.

L'innovation est définie comme un processus qui repose sur un désordre au moins passager des règles et des valeurs et qui permet de rompre avec les régulations antérieures et de projeter l'ensemble organisé vers un nouveau mode de relations. Le changement nécessiterait d'accepter la notion de désordre et non d'imposer de nouvelles règles¹⁰.

⁹ Norbert Alter est professeur à l'Université Paris IX Dauphine

¹⁰ ALTER Norbert., Sociologie de l'entreprise et de l'innovation, PUF, Paris, 1996

Le changement ne se décréterait pas mais il serait le résultat d'un long processus qui met en œuvre des interactions sociales.

Ainsi l'innovation serait portée par des acteurs qui ont des valeurs et des stratégies contradictoires.

Norbert Alter précise dans son ouvrage - Sociologie de l'entreprise et de l'innovation : « *le dilemme entre organisation et innovation* » et constate : « *l'organisation consiste à réduire l'incertitude et l'innovation consiste à en tirer partie. L'innovation se développerait dans les zones les moins programmées des entreprises* ».

La création d'une direction des soins paramédicaux participerait à une aventure organisationnelle pour obtenir planification et coordination meilleures. Cette direction serait une structure innovante avec des acteurs professionnels variés, anciens ou nouveaux, animés par des stratégies contradictoires.

3.4 INFORMATION ET COMMUNICATION DANS UN PROCESSUS DE CHANGEMENT

Henry Mintzberg précise que le changement dans les bureaucraties professionnelles vient d'un lent processus d'évolution touchant le recrutement, la formation, la socialisation, la motivation et non pas par annonces de mesures de réformes majeures lors de prise de fonction d'un nouvel administrateur.

Les changements au sein de l'hôpital pour être réalisés avec succès devraient être progressifs et négociés. « La médiatisation » de la création de la nouvelle structure devrait être pensée en terme de moyen pour informer et faire savoir, comme une mesure d'accompagnement d'un changement plus large, s'inscrivant naturellement dans l'évolution de l'hôpital.

Communiquer et informer ne suffisent pas pour réussir le changement.

L'intégration de nouveaux cadres et agents au sein d'une nouvelle direction professionnelle - la direction des soins paramédicaux - devrait suivre la même orientation : Progressivité et négociation en lien avec une politique d'information et de communication définie et bien mesurée.

4 - CONNAISSANCE ET RECONNAISSANCE : CLEFS DU CHANGEMENT

4.1 UN ESSAI DE DEFINITION DE L'INFIRMIER GENERAL¹¹

L'infirmier général est un administrateur professionnel surcodé et marginal sécant

L'infirmier général est le seul acteur de l'équipe de direction capable de décoder pour le directeur les messages du terrain et de rendre recevable par les soignants le message du chef d'établissement. C'est le pouvoir du marginal sécant.¹²

Michel Crozier¹³ nous précise que c'est un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui de ce fait peut jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires.

Selon Henry Mintzberg, on peut voir le pouvoir, dans la Bureaucratie professionnelle, passer aux professionnels qui consacrent leurs efforts au travail administratif au lieu de leur activité professionnelle. Ceux qui excellent, ont un pouvoir considérable au sein d'organisation complexe comme les Hôpitaux.

« Le caractère ascensionnel constitue la particularité de l'accès au corps. On y parvient par un passage de concours successifs à partir de la fonction d'infirmière. Aussi l'infirmier général a-t-il déjà une carrière de pratique des soins et de l'encadrement¹⁴. »

¹¹ **Définition proposée et non réglementaire en complément des textes régissant l'exercice de la fonction**

¹² Ce concept a été développé par Haroun JAMOUS dans son étude sur le processus de décision dans le contexte de la réforme Debré des études médicales dans « Sociologie de la décision : la réforme des études médicales et des structures hospitalières » Paris, Ed. CNRS, 1969.

¹³ CROZIER Michel et FRIEDBERG Ehrard, L'acteur et le système, Edition du Seuil, Paris 1997

¹⁴ « Les infirmiers généraux 2000, profil et représentations », article coordonné par JOVIC Ljiljana et LEGOURD Bruno - Revue Soins Cadres N°35 Août 2000

L'infirmier général est un acteur hospitalier fédérateur qui assure l'encadrement des professionnels du Service de Soins Infirmiers, par un contact permanent avec les Patients et Usagers, en interaction avec le Corps Médical et les autres professionnels paramédicaux et les membres de l'équipe de direction.

4.2 LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS : PLUS VALUE INSTITUTIONNELLE POUR SES MEMBRES

Construire une direction des soins paramédicaux, à partir d'une direction des soins infirmiers doit s'inscrire dans un contexte favorable et donc de réussite et de reconnaissance de la fonction infirmier général.

Selon Henry Mintzberg, les capacités du détenteur d'un poste d'administrateur professionnel apparaissent comme une condition pour mettre en place une direction administrative professionnelle. Ce qui pose question en terme de pérennisation de cette fonction d'administrateur professionnel.

« Le pouvoir de l'infirmier général, administrateur professionnel est conservé dans la mesure où les professionnels de sa direction estiment que leurs intérêts sont servis efficacement. Ainsi le professionnel administrateur (l'infirmier général) peut devenir l'otage de « ses propres professionnels », dans le cas où il n'apporterait pas suffisamment d'avantages et d'intérêts pour ses membres¹⁵ ».

La possibilité de profiter de la position du directeur professionnel soignant pour obtenir intérêts et avantages n'est pas à ignorer lors de la construction d'une nouvelle direction.

Mais si cette fonction est associée à un véritable pouvoir de décision connu et reconnu, elle peut être considérée comme un danger potentiel pour les professionnels soignants qui ont un interlocuteur compétent dans leur domaine et qui est capable d'évaluer leurs travail et fonctionnement.

De nouvelles relations de pouvoir se créent avec les autres partenaires et directions qui ont un correspondant professionnel soignant, capable d'intégrer des connaissances et compétences de leur champ professionnel.

¹⁵ « Approche interactionniste dans les fusions hospitalières pour un apprentissage organisationnel », LEGOURD Bruno, Mémoire de DEA - Paris IX Dauphine, 1998

5 - L'HOPITAL : DES IDENTITES ET DES POUVOIRS CONFRONTES

Selon Michel CROZIER, la vie quotidienne de toute organisation est constituée de conflits de pouvoir. Les individus et les groupes ont des objectifs qui ne coïncident jamais exactement. A vision différente, stratégie différente. La maîtrise de l'incertitude confère un pouvoir.

La création d'une nouvelle direction des soins paramédicaux au sein de l'hôpital est source d'incertitudes mais aussi création de nouveaux pouvoirs.

5.1 ACTEURS ET IDENTITES PROFESSIONNELLES

✓ Construction d'une identité

L'identité professionnelle est liée à l'identité personnelle.

L'identité personnelle se construit à partir des représentations sociales, culturelles et professionnelles. Elle permet de se définir comme un acteur agissant, s'intégrant au monde mais aussi se différenciant et pouvant se singulariser avec le souci d'être unique. En fonction du type et de la richesse des interrelations avec les autres, l'identité se construit, prend forme, se développe mais aussi peut se détruire.

Pour Sainsaulieu, l'identité professionnelle est dépendante du contexte dans laquelle elle se forme. L'organisation, les acteurs en présence, les enjeux et les intérêts constituent des éléments qui modèleront cette identité. Celle-ci s'acquiert aussi à travers les conflits entre corps professionnels différents ou entre acteurs de même corps.

✓ Identité et changement

A l'hôpital, doit être mieux comprise la position des autres soignants paramédicaux, par rapport au corps infirmier. Au sein d'une direction des soins paramédicaux, le rapport de masse favorable aux personnels infirmiers peut inquiéter les autres soignants. Peur de ne plus être reconnu, s'ils sont peu nombreux. Cette représentation du rapport de force peut les obliger à se protéger.

Leur savoir technique leur permet de pouvoir ériger des barrières et renforcer le cloisonnement. La peur d'une dilution dans la « masse » de leur identité professionnelle peut les forcer à revendiquer une plus grande reconnaissance.

Parallèlement, le corps infirmier peut développer un processus de remise en question identitaire. Au sein du service de soins infirmiers, le personnel infirmier ne représente qu'une composante et doit déjà interagir avec les personnels aide-soignant et agent des services hospitaliers. L'arrivée d'autres soignants au sein de leur « direction » peut être vécue comme une appropriation partielle de leur spécificité avec une perte de reconnaissance. Les infirmiers ont pu assister à la création depuis cinquante ans, de nouveaux métiers assurant en partie certains actes réalisés par des infirmiers, tout en développant d'autres compétences. De plus, ces nouveaux professionnels ont une identité à construire.

De ce fait, l'organisation hospitalière et ses personnels sont en permanence à la recherche d'un équilibre identitaire.

5.2 PARTAGE DE RESPONSABILITE ET EXERCICE DU POUVOIR

✓ L'infirmier général et le directeur des ressources humaines

« Des acteurs que tout oppose, mais que le terrain réuni »¹⁶.

Leurs formations initiales et leurs cultures les conduisent à appréhender la réalité hospitalière sous des aspects différents mais complémentaires.

Sur le plan des relations professionnelles, ces deux acteurs ont besoin l'un de l'autre. Placés sous l'autorité du directeur, chef d'établissement, celui-ci définit leur marge d'autonomie. Mais travaillant sur des terrains très proches, ils peuvent devenir parfois selon l'établissement des concurrents directs. Dans la vie professionnelle de ces deux acteurs, l'accent doit être mis sur la recherche de la négociation quasi permanente.

¹⁶ Vallet Guy, Responsabilité et missions de l'infirmier général, Objectifs soins N° 28 Décembre 1994

Guy Vallet¹⁷ décrit ces deux directeurs comme soucieux de créer une unité dans l'équipe de direction. La notion de conflits « ouverts » semble céder le pas au profit d'une certaine coopération complice.

Dans un contexte de création d'une direction des soins paramédicaux à partir du service de soins infirmiers, les champs d'intervention et le partage des responsabilités nécessitent une nouvelle définition.

Dans une période transitoire de changement et de réorganisation, de mise en place de nouvelles relations hiérarchiques, un espace d'insécurité se crée permettant le développement de marges de manœuvres inopportunes de la part de certains personnels. Une perception institutionnelle globale de dysfonctionnement peut naître avec pour conséquence une remise en question des relations professionnelles du directeur des ressources humaines et de l'infirmier général.

✓ Aire d'intervention de la direction des soins paramédicaux et le pouvoir médical

La mise en place d'une direction élargie, acteur majeur pour les différentes unités de soins et médico-techniques peut être source de conflits. Cette évolution peut faire peur si elle est perçue comme la mise en place d'un interlocuteur omniprésent et hégémonique.

De plus l'objectif principal de cette nouvelle direction est l'amélioration de la coordination des activités et personnels soignants non médicaux. Alors que les médecins ont tendance à développer un mode d'exercice très indépendant dans une logique de service très affirmée.

Mais le corps médical dans un environnement économique et concurrentiel difficile peut développer deux attitudes : un retranchement frileux dans son unité ou au contraire considérer qu'il n'est plus possible d'ignorer la nécessité de cordonner et de participer à la politique institutionnelle. Des formules d'organisation collective se développent, certes timidement, avec le regroupement des services en fédération, département ou pôles d'activités.

¹⁷ Guy Vallet est directeur d'hôpital et exerce les fonctions de directeur général du centre hospitalier universitaire de Rouen

Ces différentes approches théoriques ont permis de développer quelques concepts et orientations par rapport à notre travail de recherche.

Présenter l'hôpital comme une organisation structurée et hiérarchisée développant des interactions entre ses membres et ses structures nous paraissait nécessaire pour mieux comprendre l'incidence d'une création d'une nouvelle direction au sein d'un milieu de travail avec des acteurs aux jeux et rôles professionnels forts.

Situer cette organisation hospitalière dans un environnement en évolution avec de nouvelles attentes tant de la part des « clients » que de ses acteurs avait pour but de mieux cerner la nécessité d'évoluer en interne.

Mais aussi de comprendre que l'évolution et le changement peuvent générer de l'insécurité, remettre en cause l'ordre et les pouvoirs établis. Cette situation peut permettre le développement d'antagonismes et de conflits.

Une question reste posée pour notre enquête : Intérêt et utilité d'une direction des soins paramédicaux.

ETUDES DE TERRAIN

L'objectif de cette étude de terrain est de cerner le contexte et les modalités de création d'une nouvelle direction des soins ou paramédicale, ses domaines d'intervention, l'articulation des prises en charge des patients entre les différents acteurs, la mise en place de nouveaux modes de gestion, l'implication et la motivation des personnels. Est attendu un recueil d'informations sur ce changement et sur l'évaluation de ses résultats, en lien avec la connaissance de notre objet d'étude par les infirmiers généraux enquêtés ou observés.

1 - METHODOLOGIE D'ETUDE

L'étude de terrain s'est déroulée en deux temps :

- une **observation** de deux directions des soins lors des deux stages prévus dans le cadre de la formation,
- un **questionnaire d'enquête** diffusé dans quatre établissements, auprès d'infirmiers généraux, directeur des soins ou paramédical.

1.1 OBSERVATION DES DEUX SITES HOSPITALIERS - TERRAIN DE STAGE

✓ Méthodologie d'observation utilisée : L'observation participante

L'observation participante directe mêle trois comportements indissociables : une forme d'interaction sociale avec le milieu étudié, des activités d'observation et enfin, un enregistrement des données observées, principalement une prise de notes.¹⁸

¹⁸ PERETZ Henri, *Les méthodes en sociologie (L'observation)*, Editions la Découverte, Paris, 1998

Nos motivations pour effectuer le stage hospitalier dans leur établissement ont été présentées à l’infirmier général, maître de stage

Le lien avec le travail de recherche a été précisé tant pour observer une direction des soins que pour préparer un questionnaire d’enquête, deuxième phase d’étude de terrain.

✓ Présentation des deux sites, terrains de stage

	Site n° 1	Site n° 2
CAPACITES De l'HOPITAL	500 lits et places court séjour 300 lits personnes âgés 150 places et lits de psychiatrie	180 lits et places court séjour 250 lits personnes âgées
PERSONNEL PARAMEDICAL CONCERNE	Kinésithérapeute Manipulateur en radiologie Diététicien Secrétaire médicale Assistant social Laborantin	Kinésithérapeute Diététicien Secrétaire médicale Assistant social Laborantin Sage femme
PRESENCE DE CADRES PARAMEDICAUX	OUI pour toutes les catégories 1 chef de bureau pour l’encadrement administratif	OUI Sauf pour les diététicien et assistant social 1 adjoint des cadres pour l’encadrement administratif
NOMBRE D'INFIRMIERS GENERAUX	1	1

1.2 QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

✓ Choix des terrains d'enquête

Dans un premier temps, une recherche exploratoire de centres hospitaliers, dont la direction des soins infirmiers a évolué, a permis de retenir quelques centres hospitaliers.

Ensuite un entretien téléphonique a validé l'évolution réelle d'une direction des soins infirmiers vers une direction des soins ou paramédicale.

Quatre centres hospitaliers ayant des unités de court séjour et par conséquent des personnels paramédicaux ont été retenus dans la sélection finale.

✓ Le questionnaire

Un questionnaire d'enquête – **en annexe N° 2** - a été adressé aux infirmiers généraux, directeur des soins ou paramédical. Composé de questions fermées ou semi-ouvertes, il s'organise autour de cinq axes principaux :

- Nouvelle appellation : Comment et pourquoi ?
- Direction en qualification et en chiffres,
- Fonctionnement,
- Soins et évaluation, Projet de soins et Commission de Soins,
- Conclusion et perspectives

✓ Présentation des quatre terrains d'enquête

	HOPITAL A	HOPITAL B	HOPITAL C	HOPITAL D
CAPACITES	1500 lits et places	700 lits et places	500 lits et places	500 lits et places
INTITULE nouvelle direction	DIRECTION DES SOINS	DIRECTION DES SOINS	DIRECTION DES AFFAIRES PARAMEDICALES	DIRECTION DES SOINS PARAMEDICAUX
PERSONNEL PARAMEDICAL CONCERNE	Kinésithérapeute Manipulateur en Radiologie Laborantin Diététicien Assistant social Préparateur en Pharmacie Cadres Sages Femmes (pour l'organisation)	Kinésithérapeute Manipulateur en Radiologie Laborantin Diététicien Assistant social Préparateur en Pharmacie Secrétaires médicales Hôtesse d'accueil Personnel des Archives	Kinésithérapeute Manipulateur en Radiologie Laborantin Diététicien Préparateur en Pharmacie Secrétaires médicales	Kinésithérapeute Manipulateur en Radiologie Laborantin Préparateur en Pharmacie Secrétaires médicales Personnel des Archives
PRESENCE DE CADRES PARAMEDICAUX	Oui pour toutes les fonctions Remarque : Un cadre supérieur en radiologie et laboratoire	Oui pour toutes les fonctions Remarque : Un cadre supérieur en radiologie Un chef de bureau pour les personnels administratifs	Oui pour toutes les fonctions sauf pour les préparateurs en pharmacie et les diététiciens	Oui pour toutes les fonctions Sauf pour les préparateurs en pharmacie Remarque : Un adjoint des cadres pour les personnels administratifs

1.3 LES LIMITES DE L'ETUDE

Notre enquête repose dans un premier temps sur une observation participante, méthode de recherches en sciences sociales de plus en plus utilisée mais qui peut présenter quelques risques en lien avec l'objectivité de l'observateur et le jeu des acteurs observés. Mais éléments matériels et durée d'observation suffisamment longue participent à l'exhaustivité de la méthode d'enquête.

Les informations et les résultats apportés par les questionnaires d'enquête – au nombre de 4 – doivent être traités avec une certaine prudence et aussi en lien avec un questionnement limité aux seuls infirmiers généraux.

Cette fonction en permanence en interaction avec l'ensemble des personnels dans une opération de changement organisationnel est appréhendée par elle-même. Ce risque a été perçu, le questionnaire s'étant attaché à mieux comprendre jeux et positionnement de leurs interlocuteurs hospitaliers.

Une approche sélective des établissements hospitaliers a été retenue ainsi qu'une volonté d'obtenir une réponse de bonne qualité technique, au questionnaire.

Cette étude à l'approche qualitatifiste doit permettre des indications de tendance et de pistes de réflexions mais aussi de recueillir des informations et des connaissances sur notre problématique de recherche.

2 - PRESENTATION DES RESULTATS

2.1 FAITS ET ANALYSE DES OBSERVATIONS DE TERRAIN

✓ Changement d'infirmier général et changement organisationnel :

Dans les deux sites étudiés, le remplacement de structure avec le passage d'une direction des soins infirmiers s'est mis en place dans un contexte d'incertitude lié à l'arrivée d'un nouvel infirmier général :

- Site n°1 – Initialisation du changement par un infirmier général qui quitte peu à près l'établissement et c'est son successeur qui est chargé de la mise en place réelle et de son fonctionnement, peu d'écrits sur le changement,
- Site n°2 – le changement se fait avec l'arrivée d'un nouvel infirmier général alors que la fonction est peu ou mal connue dans l'établissement, du fait d'une création récente avec deux changements rapides de titulaire du poste.

Ce contexte pose question en terme de cohérence dans l'engagement de la mise en place de changements pour sa propre direction. Une certaine continuité de management est nécessaire.

✓ Impact de l'organisation antérieure :

Dans les deux sites, la raison principale pour la mise en place est la limite de l'exercice de la fonction. Les deux établissements souhaitaient réaliser conjointement une affirmation de la fonction et une extension des missions. Dans les deux cas, le positionnement de l'infirmier général a été situé comme « posant question », soit par rapport au corps médical soit par rapport à l'encadrement soignant infirmier et paramédical.

Pour le site N° 1, des ruptures dans les modes de gestion du service de soins sont décrites par les personnels d'encadrement, avec pour certains de la nostalgie.

La difficulté est privilégiée avec la possibilité évoquée que le projet en cours de consolidation puisse échouer.

On peut se poser la question comment une fonction en difficultés ou méconnue puisse réellement investir avec succès de nouveaux champs de responsabilité.

✓ Management volontariste de la nouvelle direction :

Dans les deux sites, nous avons pu constater que le changement en particulier en cours d'installation nécessitait une volonté certaine de la part de l'infirmier général et du directeur, chef d'établissement pour aboutir. Effectivement, certaines évolutions prévues étaient rapidement différées ou annulées si des résistances se manifestaient.

Dans les deux sites, les changements prévus initialement sont l'objet d'un document, succinct [Site n°1], très approfondi [Site n°2], de présentation des différentes évolutions. Ce document sert à fixer le « cap » retenu des évolutions et à témoigner pour l'avenir.

Ce dossier de conception, document absolument nécessaire, s'est révélé par la suite, un témoin du non-respect des objectifs définis. La crédibilité du projet et des réflexions préalables se trouve posée, si à la première difficulté existe une remise en cause.

Cet état peut être considéré comme un manque de « sérieux » lors de la construction ou d'un manque de volonté. Il peut être perçu comme pouvant s'appliquer à d'autres objets.

✓ Définition de nouvelles procédures et d'outils communs

Dans le Site n°1, la définition de nouvelles procédures de gestion, malgré peu d'écrits, est réalisée et mise en application. Une gestion identique pour tous les personnels relevant de la direction des soins est assurée.

Cette harmonisation des procédures s'applique au sein de la nouvelle direction mais aussi avec les partenaires hospitaliers. On peut constater des modes de fonctionnement harmonieux avec la direction des ressources humaines donnant satisfaction aux deux directions.

Ce résultat est vécu positivement par une grande majorité des cadres anciens et nouveaux de la direction des soins. Ce changement a permis de mettre à plat des difficultés anciennes de fonctionnement.

Par contre, dans le [site n° 2], les problèmes existaient avant, avec la Direction des ressources humaines, ils perdurent après le changement avec l'apparition de jeux des nouveaux cadres intégrés, source de majoration des conflits.

Un questionnement de certains cadres se manifeste par rapport à une gestion à deux vitesses.

Cette situation de conflits pose le problème de cohésion de l'équipe de direction. Le centre hospitalier, plus particulièrement, l'encadrement soignant et médical devient témoin et acteur d'une situation de désorganisation.

La nécessité d'une cohésion de gestion entre la direction des soins et la direction des ressources humaines s'impose. Elle est un préalable à la mise en place d'une nouvelle direction ; les possibilités de dysfonctionnement entre ces deux partenaires peuvent augmenter.

✓ Identité professionnelle et nouvelle direction

Deux phénomènes différents mais en lien avec place, reconnaissance et identité professionnelle sont apparus lors de la création de la nouvelle direction.

Dans le site n°1 :

Certains cadres infirmiers considèrent avec l'intégration de nouveaux cadres paramédicaux et personnel administratif qu'ils perdent leur spécificité infirmière mais aussi constatent des liens professionnels « *distendus* ».

« *Noyés au milieu de la masse* » est l'expression entendue. Le mode de gestion de l'infirmier général précédent est regretté car il aurait pu permettre d'éviter cette « *dilution* ».

Sa forte personnalité est mise en avant pour affirmer qu'il aurait pu intégrer de nouveaux professionnels et maintenir identité et reconnaissance professionnelle infirmière.

Par contre les cadres paramédicaux et le cadre administratif considèrent leur arrivée au sein de la direction des soins, positive, en terme d'écoute, d'information, de communication, de participation, de réponses à leurs difficultés,.... Mais ils se plaignent du manque d'accueil et de collaboration avec certains cadres supérieurs infirmiers. Principalement, les plus anciens surveillants chefs développent ce type de comportement.

Dans le site n°2 :

L'arrivée au sein de la direction des soins ne pose pas problème ni aux anciens cadres ni aux nouveaux personnels d'encadrement intégrés. Le processus de construction de la nouvelle direction n'étant pas aller jusqu'à son terme, les nouveaux cadres présents sont les cadres consentants.

Par contre le maintien - volontaire et de son fait - hors de la direction des soins, du cadre paramédical de radiologie pose problème en terme de coordination et de relations avec les autres unités. Cette volonté de ne pas intégrer la nouvelle direction relayée par un positionnement syndical très fort est en lien avec la perte d'une spécificité professionnelle. L'établissement d'un dialogue direct avec le chef d'établissement comme leader syndical peut être considéré comme une stratégie de contournement.

Les autres cadres intégrés dont le cadre sage femme considèrent que cette nouvelle direction malgré des difficultés permet une amélioration de l'information, de la communication et de la connaissance et de la participation aux projets. Mais pas de la gestion au quotidien qui pose problème et « *décrédibilise la fonction infirmier général avec des luttes intestines de préséance* » au sein de l'équipe de direction.

Des enjeux à un autre niveau sont visibles, expliqués par le positionnement du directeur en retrait par rapport à une unité, dans un processus de changement.

Effectivement, il est intéressant d'évaluer la réactivité syndicale des paramédicaux qui se trouvent à intégrer une ex direction des soins infirmiers.

Avoir pour supérieur hiérarchique, l'infirmier général peut être plus difficile que de dépendre du directeur des ressources humaines.

Une évaluation par l'infirmier général des relations direction des soins / direction des ressources humaines, ou autres directions et acteurs majeurs, permet de situer les interstices favorisant des stratégies de contournement ou d'opposition.

2.2 RESULTATS DES QUESTIONNAIRES D'ENQUETE

✓ UN CONTEXTE STABLE et UN INFIRMIER GENERAL PORTEUR

Les **raisons** de la mise en place de cette nouvelle direction sont communes aux quatre hôpitaux et sont les suivantes : Régularisation d'une situation – Cohérence des pratiques de soins – Adéquation entre direction et missions – Volonté d'élargissement – Amélioration des rapports entre professionnels de santé

Un **contexte de travail stable et asymptomatique** caractérise la mise en place d'une direction des soins ou paramédicale. Pour les quatre hôpitaux, on assiste à une suite logique d'évolution d'une fonction et de ses missions avec pour deux établissements une clarification de gestion avec annonce. Un seul établissement précise que la vacance du poste de directeur des ressources humaines avait participé à cette évolution. L'arrivée d'un nouveau directeur, chef d'établissement est citée une fois comme facteur aidant.

Un contexte de réussite :

L'infirmier général [hôpital B] précise « *Cette organisation a pu se mettre en place parce que l'infirmier général était déjà reconnu et fonctionnait positivement avec l'ensemble des acteurs de l'établissement* »

L'infirmier général [hôpital A] confirme : « *Il importe d'avoir rempli un certain nombre de préalables essentiels à la réussite. Construire une direction solide avec des IG et des CIS partageant les mêmes concepts tant du point de vue des missions que des projets personnels avec un système d'information très performant* ».

L'infirmier général, son propre acteur de sa réussite

- Reconnaissance antérieure [hôpital A]
- Pragmatisme, pondération, écoute, objectivité, communication claire et simple [hôpital B]
- Acteur total de sa réussite par la communication, les relations, l'animation, « Ne pas vouloir tout régimenter » [hôpital C]

Dans le cadre de cette nouvelle organisation, l'infirmier général doit « *rester suffisamment proche de ses troupes, à savoir les équipes infirmières, AS, ASH et des autres paramédicaux en sachant les écouter mais aussi resituer leur rôle par rapport aux malades, aux médecins, et à la direction et les aider dans leur projet professionnel* [hôpital A].

Un changement organisationnel, porté par l'infirmier général

Si l'infirmier général permet de pérenniser cette nouvelle direction, son départ dans deux cas sur quatre ne remettrait pas en cause l'existence de cette nouvelle direction : l'organisation hiérarchique est « *demandeuse* ». Dans un autre établissement, le directeur des soins a un infirmier général 2^{ème} classe comme adjoint qui pourrait assurer la pérennité de l'organisation mise en place.

La **durée de présence des infirmiers généraux dans l'hôpital** joue.

Comprise entre 17 et 8 ans. La mise en place d'une direction des soins date pour trois d'entre elles depuis 1995 et la dernière de 1996 et correspond à l'infirmière générale, la plus jeune institutionnellement.

Le facteur temps à relier avec la connaissance de l'institution est considéré par les infirmiers généraux comme positif pour mettre en place ce changement. Cette analyse peut être étendue à toute évolution dans une organisation structurée et hiérarchique. La connaissance de l'institution doit être retenue comme élément favorable.

✓ Des ACTEURS et des ACTIONS et REACTIONS

Si **l'infirmier général** est cité systématiquement, on retrouve pour les hôpitaux globalement les mêmes acteurs :

- Le **chef d'établissement, le président de la Commission médicale d'établissement** [4]¹⁹ ,
- Le directeur des ressources humaines - particulièrement favorable [2] et l'équipe de direction [2],
- Le corps médical [2]

¹⁹ Le chiffre en encadré correspond au nombre de réponses par rapport aux quatre infirmiers généraux enquêtés

- Les cadres médico-techniques [2] pour deux hôpitaux [hôpital A et hôpital B]

Les réactions des membres de **l'équipe de direction** sont :

- Très favorable et incitative en lien avec les problèmes de garde administrative pour une meilleure coordination [hôpital A],
- Très favorable [hôpital B]
- Favorable particulièrement pour la gestion des secrétaires médicales [Hôpital C]
- Sans commentaire sauf pour les secrétaires médicales et personnels des archives particulièrement pour le corps médical [hôpital D]
-

La **Crainte de certains paramédicaux** s'est manifestée dans l' [hôpital D] où l'infirmier général n'était présent que depuis 4 ans au moment de la création.

Les **sages femmes** pour les [hôpitaux C, D] se sont manifestées ayant peur de perdre leur spécificité médicale. Pour l'[hôpital A], l'absence de réactions peut s'expliquer par la durée de présence [17 ans] de l'infirmier général.

L'utilisation de la nouvelle dénomination est systématique pour l'ensemble du personnel hospitalier avec absence de rappel « involontaire » de l'ancienne appellation.

Mais la **nécessité de s'affirmer pour les infirmiers** est soulignée et aussi de se faire reconnaître : *« Avoir un projet de soins et une politique de soins solides pour éviter que les soins infirmiers et le rôle infirmier ne soient complètement dilués et perdent leur identité mais au contraire soient positionnés comme de véritables pivots de l'activité de soins »* [hôpital B]

✓UNE CONNAISSANCE et UNE INFORMATION GLOBALE

L'existence d'un **dossier de présentation** de la nouvelle direction, de ses missions et des personnels rattachés et des différents modes de fonctionnement a été réalisé par les quatre anciennes directions de service de soins infirmiers.

L'information de la création au sein des hôpitaux a été globale :

- Par note de service [4]
- Par information en réunion d'encadrement [4]
- Par diffusion du nouvel organigramme [3]

Les instances – Commission médicale, Comité technique d'établissement, Conseil d'administration ont été informées directement en séance par présentation orale [3] et écrites [4].

L'information externe en direction des structures de tutelle [3] est étendue aux différentes structures sociales et médico-sociales proches [2] .

Les partenaires extérieurs de l'ancienne direction des soins infirmiers ont été informés [4] .

La **dénomination de la commission de la nouvelle direction** se calque sur son appellation dans les 4 hôpitaux : cette cohérence aide à intégrer cette nouvelle appellation.

✓NOUVEAUX DOMAINES d'INTERVENTION et NOUVEAUX MODES DE GESTION

Les **nouveaux domaines d'intervention** sont :

- Organisation des soins dans les services et plateaux médico-techniques [4]
- Evolution et suivi des plateaux techniques [4]
- Uniformisation des processus de sélection de l'encadrement [3]
- Prise en charge globale du patient : Examens de laboratoire et radiologiques, Actes de kinésithérapie, diététique [3]
- Meilleure implication dans la prise en charge sociale des patients [2]
- Organisation et fonctionnement de la Maternité [2]
- Amélioration du contrôle des règles d'hygiène sur l'ensemble de l'établissement [1]

La **traduction de cette évolution** par de nouveaux modes de fonctionnement avec les autres partenaires hospitaliers est signalée :

- Mode de fonctionnement identique pour l'ensemble de la direction des soins avec les autres directions [3]
- Choix des cadres médico-techniques avec l'infirmier général [4]

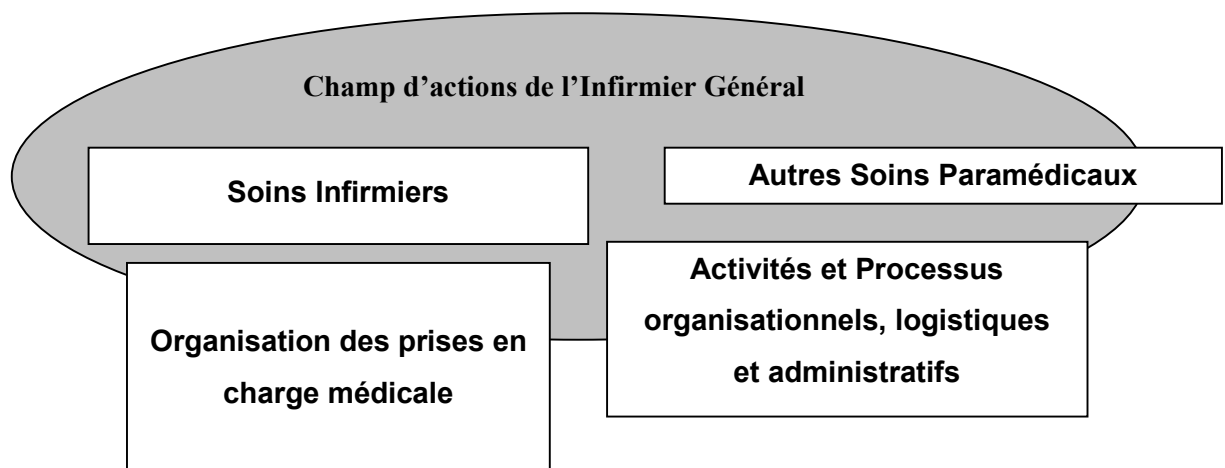
- Composition et fonctionnement de la commission de soins [4]
- Réunions de cadres paramédicaux avec présence très régulière des « nouveaux » [2], ceux-ci étant favorables à la mise en place de la nouvelle direction et présence considérée comme régulière [2]

L'homogénéisation **interne des procédures et fonctionnement** :

Pas de différence de fonctionnement interne au niveau de la nouvelle direction entre les nouveaux et anciens membres originaires de l'ancienne direction du service de soins infirmiers

La **visualisation du champ d'actions** de la nouvelle direction :

Les infirmiers généraux à partir d'un schéma proposé ont validé différentes intégrations dans leur champ d'actions et leur domaine de responsabilité.



Ce schéma est validé pour :

- les soins infirmiers – complètement intégrés - [4]
- les autres soins paramédicaux intégrés majoritairement [3]
- les processus et activités organisationnels, logistiques et administratifs
 - intégrés assez largement [1], [hôpital A]
 - partiellement [1]
 - très partiellement [1]
 - pas [1]
 - mais totalement l'aspect social [2]

- l'organisation des prises en charge médicale
 - organisation au quotidien
 - assez satisfaisante et en évolution [1],
 - très partiellement [2]
 - pas [1]
 - selon le problème, contact préalable avec le président de la commission médicale [3]
 - participation importante pour évolutions, modifications des structures médicales [4]

Seul l'infirmier général [hôpital A] gère l'organisation soins des sages femmes, ce qui s'explique, les cadres sages femmes relèvent directement de lui.

L'activité sage femme n'est pas prise en compte par les infirmiers généraux [hôpitaux C et D].

L'absence de coordonnateur médico-technique est commune aux quatre établissements. Seul un établissement [hôpital A] a au sein des laboratoires un coordonnateur, responsable qualité et organisation, de grade ingénieur. Des liens fonctionnels existent et sont a-hiérarchique.

✓ IMPACT et EVALUATION sur SOINS et ORGANISATION

L'intitulé du projet a plus changé que le projet lui-même.

L'intitulé du projet de soins et de la commission dans les 4 hôpitaux a évolué avec la création de la nouvelle direction et tient compte de son nouvel intitulé.

- [hôpital A,D] - Projet de soins
- [hôpital C] - Projet de soins paramédicaux
- [hôpital D] – Volet paramédical du projet de soins

Une cohérence s'est mise en place entre les intitulés de la direction, du projet de soins et de la commission.

« Pas de changement, car déjà les paramédicaux étaient inclus » [hôpital B], peu de changement pour les trois autres hôpitaux.

Le **rapport d'activités** prend en compte la présence de nouvelles unités ou services par un « *volet* » pour chaque unité [hôpital A] ou l'intégration des rapports de service au sein du rapport global [hôpitaux B,C,D].

Résultats de la participation des cadres paramédicaux aux réunions et groupes de travail

La participation est facilitée et très régulière et est différemment qualifiée :

- [hôpital A] – « Facilitation pour l'organisation de groupes de travail associant soignants infirmiers et soignants paramédicaux avec des répercussions sur les relations quotidiennes – moins de conflits »
- [hôpital B] – « Habitudes de travail en commun qui se répercutent sur les fonctionnements inter unités »
- [hôpital C] - « Sentiment d'appartenance à une prise en charge globale du patient en travaillant ensemble »
- [hôpital D] - « Dialogue régulier dans les réunions (entre eux), compréhension de l'activité et meilleure connaissance des difficultés au quotidien »

Les résultats de la participation des cadres paramédicaux sont reconnus comme s'inscrivant dans une dynamique commune avec amélioration des fonctionnements au quotidien. Effectivement ce résultat peut être attendu en faisant se rencontrer et travailler des individus ensemble hors problème de gestion au quotidien et en dehors de leur unité.

L'organisation des soins est systématiquement **affectée** par ce changement :

- [hôpital A] - « positionnement plus facile des cadres avec l'infirmier général dans l'organisation des activités soins inter unités »
- [hôpital B] - « concrétisation de fonctionnement antérieur, affirmation plus forte par rapport à certains »
- [hôpital C] - « Les autres paramédicaux se sentent plus concernés par la prise en charge et le fonctionnement de l'établissement »

Des **modifications du dossier de soins** sont diverses et réalisées :

- Participation à la mise en place [3]
- Fonctionnement au quotidien facilité avec modes opérationnels pour tous les soignants [2] – [hôpitaux A et B]
- Intégration des fiches kinésithérapeute [2] et diététicien [2]

L'**impact** de cette nouvelle organisation sur le **séjour du patient** en terme de prises en charge coordonnées et structurées entre les différents intervenants est réel et positif pour les 4 hôpitaux. **Mais peu évalué** réellement au quotidien.

Une **évaluation des nouveaux modes de fonctionnement** est partiellement réalisée sauf totalement absente pour un établissement :

- Analyse des questionnaires de sortie [2]
- Recueil d'informations auprès de la commission de conciliation[2]
- Enquête globale clientèle par appel téléphonique [2]
- Enquête de qualité dans certains secteurs[2]
- Analyse de dysfonctionnements en groupe de travail avec les cadres ou mixte (médecin, paramédical et infirmier) [1]

Ce changement est auto-évalué par les infirmiers généraux de façon positive :

« Ce mode d'organisation est supérieur au plan de la transversalité des tâches et des missions. Il permet des meilleures prestations aux malades beaucoup plus cohérentes et globales mais renforce également la position de notre direction au sein de l'établissement par rapport aux autres directions et surtout au corps médical ». [hôpital A]

✓ IMPLICATION et MOTIVATION des ACTEURS et PERSONNELS

Si l'ensemble des cadres paramédicaux et administratifs – cadres de proximité ou supérieurs - sont invités à toutes les réunions, leur présence est régulière sauf pour un établissement [hôpital D] où les paramédicaux avaient manifesté quelques craintes lors de la création.

Cet hôpital dit la difficulté de reconnaissance de la direction des affaires paramédicales par tous les personnels paramédicaux. Au sein des autres établissements, absence de ce problème.

La modification de la commission de soins infirmiers en nouvelle commission se traduit majoritairement par une modification du règlement intérieur [3] qui permet :

- des représentants des secteurs de kinésithérapie, laboratoire, - radiologie, des psychologues, de diététique, du service social , des sages femmes, des secrétaires médicales et d'administratifs. avec un même mode de désignation [hôpitaux A et B]

- l'intégration de 4 cadres paramédicaux [hôpital D]
- la création d'un collège médico-techniques [hôpital C]

L'infirmier général est invité systématiquement et participe aux conseils de service des secteurs médico-techniques.

Par contre, une mode de fonctionnement invitant au conseil de service l'encadrement de l'unité avec laquelle ce service « travaille beaucoup » est habituel seulement pour deux hôpitaux

✓ DEVENIR et PERENISATION

La mise en place de cette nouvelle direction serait identique pour trois établissements, un seul reverrait les définitions et le dimensionnement de sa direction des affaires paramédicales, un autre proposerait d'intégrer d'autres paramédicaux ou des personnels administratifs en lien avec les activités des unités de soins.

Les modalités de mise en place devraient intégrer plus d'information et de communication.

Le dossier de création devrait mieux définir les missions et actions relevant de la nouvelle direction[2], les modes d'intégration de certains personnels [2], les moyens de gestion [2] et les fonctionnements au quotidien [2].

Un problème de responsabilité se pose en terme de définition du lien hiérarchique particulièrement avec des paramédicaux qui intègrent non volontairement la nouvelle direction et qui ont un comportement « *fuyant* » [hôpital D].

L'infirmier général – « l'individu » – apparaît comme l'élément fort pour mettre en place et conforter avec succès de nouvelles organisations soignantes mais aussi managériales.

3 - CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Un triumvirat pour un projet

Le directeur et le président de la commission médicale sont les acteurs clefs avec l'infirmier général du projet de création de cette nouvelle direction.

Un triumvirat se dessine, au sens où Guy Vallet²⁰ le décrit, réunissant le chef d'établissement, le président de la commission médicale d'établissement et l'infirmier général. L'hôpital réussirait à concilier ces trois « logiques » : médicale, administrative et soignante autour d'un projet et d'une ambition qualitative de prise en charge et d'une **nouvelle organisation « managériale » pluri-professionnelle des soins.**

Une autre hypothèse de notre étude se confirmerait avec ces relations de travail qui permettent un positionnement différent de l'infirmier général dans l'institution.

Nécessité de pérenniser une organisation porteuse d'avenir :

Confirmation partielle de cette hypothèse de notre travail.

Effectivement cette nouvelle direction permet d'allier implication centrée sur le Patient et participation institutionnelle et donne une cohérence de gestion à l'ensemble des professionnels infirmiers et paramédicaux. Mais cette organisation s'inscrit-elle réellement dans le temps ou n'est-elle que le résultat de la volonté conjuguée de quelques acteurs, en particulier de l'infirmier général ?

Est démontrée la nécessité de développer une stratégie d'ancrage de cette nouvelle direction dans l'organisation hospitalière. En lien avec cette stratégie de consolidation, l'infirmier général doit définir un processus d'évaluation permettant la démonstration de l'intérêt de cette organisation.

²⁰ Vallet Guy, Responsabilité et missions de l'infirmier général, Objectifs soins N° 28 Décembre 1994

Evaluation des effets du changement

A notre première question : Une direction des soins paramédicaux participe à l'amélioration des prises en charge et des soins, nous pouvons répondre « Oui, mais cette direction peut encore faire mieux ...». Dans un contexte d'évaluation de la qualité et d'accréditation, nous constatons que les performances générées par cette nouvelle direction sont peu ou pas assez évaluées ou bénéficient d'un questionnement pas suffisamment en lien avec les fonctionnements.

Une organisation au service d'une ambition

Ce projet global d'organisation et de mutation nécessite de développer autour du projet de soins et/ou paramédical des projets complémentaires de structuration, d'organisation et de fonctionnement de sa nouvelle direction pour l'infirmier général.

Cette étude a pu apporter la preuve que les ex services de soins infirmiers s'organisaient, se modifiaient et réussissaient à intégrer d'autres professionnels soignants complémentaires. Les outils et les modes de travail se transforment, deviennent plus opérants pour améliorer information et communication.

En début de la conclusion de notre enquête, nous développons l'idée d'une nécessaire collaboration entre directeur, président de la commission médicale et infirmier général. Ce constat ne peut faire oublier que l'hôpital est une collectivité de professionnels.

La participation et l'implication des personnels infirmiers et paramédicaux concourent à la réussite du fonctionnement de la direction des soins paramédicaux. L'infirmier général, lors de la création de cette nouvelle direction avec des changements organisationnels doit être conscient des difficultés inhérentes à toute mutation.

PROPOSITION D'UN PLAN D' ACTIONS

La construction de ce plan d'actions pour une **direction du possible** repose sur une double considération : le Patient et l'Agent hospitalier paramédical :

- Le Patient, positionné au centre des projets et préoccupations de tous et de chacun, quel que soit son métier hospitalier,
- Le personnel hospitalier qui doit pouvoir se situer comme acteur au sein de son institution. L'intérêt de son implication et de sa participation dans les évolutions de l'hôpital ne sont plus à démontrer.

Ce plan se décline en plusieurs axes qui prennent en compte la problématique initiale à savoir l'ouverture du service de soins infirmiers vers les paramédicaux non infirmiers et les questions soulevées par le nouveau positionnement institutionnel de l'infirmier général.

Il s'inscrit dans le domaine du possible en lien avec une volonté de mettre en place une nouvelle organisation pour les personnels paramédicaux qui soit capable de conjuguer projets et gestion, proche du quotidien mais aussi évaluation.

Axes d'un plan d'actions pour une direction des soins paramédicaux :

- **Réflexions prospectives**
- **Projets et nouvelle direction**
- **Politique volontariste et mobilisatrice**
- **Une organisation au quotidien.**
- **Evaluation de la nouvelle direction**

Ces propositions émanent de l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire de fin d'études. Elles demandent à s'enrichir de celles d'autres acteurs hospitaliers et de mon expérience à venir.

1 - REFLEXIONS PROSPECTIVES

Avant tout processus de changement, l'infirmier général doit évaluer la réactivité de son environnement de travail, particulièrement lors d'un changement important pour la direction qui le concerne en premier.

Succès et réussite se partagent, mais l'échec risque de s'assumer seul !

Même s'il l'initie, ce changement s'inscrit dans une politique générale de management de l'établissement conduite, par le chef d'Etablissement.

D'autres Acteurs principaux seront aussi concernés et participeront à ce changement organisationnel.

1.1 PREREQUIS POUR LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

✓ Nécessité d'une évaluation préalable au changement

Ce changement organisationnel important pour réussir doit s'inscrire dans un environnement hospitalier favorable. La mise en place d'une direction des soins paramédicaux repose principalement sur l'ex direction du service de soins infirmiers. Réussir l'intégration de nouveaux personnels et une prise en charge extensive de l'organisation soignante ne peut se faire avec succès qu'à partir d'une direction qui a fait ses preuves. Créer une nouvelle direction plus importante dans un contexte peu positif risquerait d'être une fuite en avant.

Il est nécessaire de stabiliser et rendre opérant l'existant avant tout projet d'évolutions.

✓ Direction du service de soins infirmiers et plus value institutionnelle pour ses cadres

L'intégration de nouveaux membres paramédicaux doit hors amélioration des prises en charge, être source future d'avantages personnels et professionnels pour ses nouveaux membres. On ne peut imaginer réussir l'arrivée de cadres paramédicaux dans une direction qui ne leur apporterait pas quelques avantages en terme d'information, de considération,

Un positionnement clair de l'encadrement infirmier est nécessaire. Sa situation au sein de l'ex service de soins infirmiers doit être suffisamment « solide » pour lui permettre d'intégrer réellement de nouveaux cadres paramédicaux. Cette intégration réussie de l'encadrement des unités médico-techniques et/ou sociales portera effets sur les modes de fonctionnement et l'implication des équipes pour des projets globaux.

✓ Une progressive sensibilisation à cette évolution

Ce changement est en lien avec une démarche antérieure de dialogue et de partenariat avec les secteurs paramédicaux. L'ordre établi et négocié aime peu les ruptures fortes mais privilégie les évolutions progressives et participatives.

Cette évolution s'inscrit pour réussir dans un contexte futur de mise en place, pourquoi pas souhaité par les nouveaux membres, et, participe à une clarification des positions et des responsabilités de chacun.

Une démarche préalable de participation et d'intéressement des cadres paramédicaux au fonctionnement du service de soins infirmiers est un minimum requis pour réaliser ce changement.

La participation antérieure des paramédicaux à la commission du service de soins infirmiers doit être considérée comme un élément facilitant.

✓ **Le facteur temps**

Nous devons envisager de mettre en place une nouvelle direction des soins paramédicaux en tenant compte du facteur temps, dans ses aspects positifs comme dans ses aspects négatifs.

La construction d'une nouvelle direction nécessite progressivité et négociations. Ce mode de fonctionnement demande du temps et de l'énergie pour piloter ce changement. Mais le temps a tendance à éroder les volontés. Aussi l'infirmier général doit conjuguer progressivité et maintien de l'objectif fixé.

En lien avec ces difficultés et cette réorganisation institutionnelle, il doit s'engager en terme de durée de présence institutionnelle et ne pas faire défaut au cours du pilotage de cette opération, par un changement d'hôpital.

1.2 PLACE ET ROLE DES ACTEURS

✓ **Le chef d'établissement : Volonté et soutien, gage de réussite**

Si l'infirmier général a l'initiative de l'évolution de sa direction, le chef d'établissement définit la politique de management de l'hôpital. Avec cet acte influant sur le management de l'établissement, nous affirmons que la création de cette direction doit relever d'une double volonté : du chef d'établissement et de l'infirmier général.

Le réel soutien du directeur est absolument nécessaire dans les phases de mise en place et de consolidation de la direction des soins paramédicaux.

✓ **Un nouvel organigramme pour l'équipe de direction**

La décision de créer une direction des soins paramédicaux nécessite un aménagement de l'organigramme de l'équipe de direction. Le positionnement et les modes de relations de l'infirmier général au sein de cette équipe doivent être pris en compte. La constitution d'une direction des soins paramédicaux peut être considérée comme « un super ministère » par certains.

Les domaines de compétences devront être redéfinis avec précision pour faire apparaître les complémentarités et les limites de responsabilité de chacun.

Les relations avec la direction des ressources humaines doivent être abordées concrètement. Les zones d'intervention antérieures et futures peuvent se chevaucher. Des procédures de gestion devront être redéfinies.

✓ Le corps médical : Implication du président et du Bureau de la commission médicale d'établissement

Qui peut définir exactement les limites du domaine de l'organisation des soins médicaux de celles de l'organisation des soins non médicaux ?

Des interactions constantes se créent pour réaliser les prises en charge des Patients. L'extension du domaine de responsabilité de l'infirmier général doit être expliquée en amont de la création de la nouvelle direction.

L'aire de responsabilité de l'infirmier général s'étend mais ne se densifie pas à l'ensemble des soins, en particulier médical.

Le président de la commission médicale est un acteur clef de l'acceptation de cette nouvelle direction. L'infirmier général en lien avec lui doit ensuite présenter, au bureau de la Commission médicale, sa nouvelle direction, son organisation et son projet de fonctionnement.

✓ Les Partenaires sociaux

Une information préalable et anticipée des différents partenaires doit être réalisée en fonction de l'accueil possible réservé à cette création. Le projet de nouvelle direction pour exister et s'affirmer est présenté aux instances. Cette réorganisation, source potentielle d'incertitudes peut faire l'objet d'interrogations de la part des représentants du personnel, lors de son passage devant les instances.

2 - PROJETS ET NOUVELLE DIRECTION

La mise en place de cette nouvelle direction n'est pas une finalité mais au contraire un moyen pour une ambition collective de dispense de soins adaptés, coordonnés et de qualité.

Cette évolution a pour pivot le projet de soins paramédicaux. Pour être crédible et s'appliquer, la direction des soins paramédicaux doit définir un projet organisationnel et de fonctionnement ainsi qu'un mode de management de ses agents.

2.1 LE PROJET DE SOINS PARAMEDICAUX

Ce projet mobilise la plus grande part de la « main d'œuvre » hospitalière, il est un acte politique important mais aussi un outil fondamental au service du quotidien pour le Patient.

Il doit avoir pour ambition d'établir un double lien vertical et horizontal entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, selon Henry Mintzberg. Au sein de ce centre opérationnel composé de différentes unités : unités de soins, de diagnostic, doivent se développer des relations inter et intra structures mais aussi interprofessionnelles.

Cette diversité de partenaires peut être vécue comme la principale richesse d'un collectif. Le projet doit réussir à faire travailler ensemble, à mobiliser les compétences pour innover. Cet état de travail collectif constitue un gage de pérennité des actions inscrites dans le projet de soins paramédicaux.

Ce projet construit et mis en application isolément perd tout intérêt. Il doit s'inscrire en interrelation dans un ensemble de projets : Etablissement, médical, social,...

2.2 LE PROJET ORGANISATIONNEL ET DE FONCTIONNEMENT

Ce projet d'organisation et de fonctionnement de la direction des soins paramédicaux, connu de tous, gage l'avenir.

Ce projet doit :

- Fixer les missions et objectifs de cette nouvelle direction en lien avec le projet de soins paramédicaux,
- Définir les professionnels rattachés hiérarchiquement à cette direction, en cohérence avec l'objet de la création de celle-ci,
- Définir l'organigramme de la direction des soins paramédicaux,
- Déterminer son fonctionnement et les outils mis en place,
- Intégrer les nouveaux professionnels soignants dans la commission de soins paramédicaux,
- Clarifier les fonctionnements et les relations avec les autres professionnels de soins qui n'ont pas intégré cette nouvelle direction.

→ Les paramédicaux qui intègrent cette direction doivent être en lien direct avec les objectifs de création de cette nouvelle direction.

Il nous paraît important de préciser la corrélation entre les missions imparties à cette nouvelle direction et les professionnels paramédicaux intégrant celle-ci. Le service de soins infirmiers est déjà en terme d'effectif, la structure la plus importante de l'hôpital. Rien ne sert de rechercher un effet de nombre mais au contraire un effet de cohérence et de cohésion.

→ L'organigramme de la direction des soins paramédicaux doit prendre en compte ces nouveaux professionnels. Si une réunion de l'encadrement supérieur de cette direction existe, il nous paraît nécessaire de prévoir un moyen d'intégrer à ces temps de travail, des cadres médico-techniques, social et administratif, en fonction des professionnels concernés.

→ La commission de soins appelés paramédicaux doit définir les modalités d'intégration des nouveaux professionnels comme membre à part entière dans un contexte le plus réglementaire possible.

→ La relation infirmier général et sage femme, si elle ne peut être de nature hiérarchique, doit pouvoir se développer sereinement en terme de cohérence des prises en charge et de qualité, dans le respect des spécificités professionnelles de chacun.

2.3 UN PROJET DE MANAGEMENT PARTICIPATIF

Ce projet de gestion des équipes et de leur encadrement défini au sein de la nouvelle direction avec l'encadrement et après avoir été validé par le chef d'établissement doit être présenté et discuté en équipe de direction. Il doit déterminer de nouveau fonctionnement au sein de la nouvelle direction qui ne seront pas sans influence sur l'ensemble des relations de l'hôpital.

Dans un contexte de création de cette nouvelle direction, le management participatif doit permettre que nos actes de gestion soient en accord notre projet fédérateur, source d'interactions et notre ambition pour les soins dispensés.

Ce mode de gestion est à mettre en relation avec la conception des soins définis et s'applique dans la relation soignant-soigné et consiste à rendre le patient co-acteur de sa santé.

C'est un état d'esprit à faire partager : Faire confiance et susciter la confiance, créer et faciliter l'établissement de liens, intégrer les différences et donner du sens et être pédagogue.

Mais la gestion participative ne s'inscrit pas un processus d'autogestion ou de non décision. L'hôpital est une organisation hiérarchisée avec des acteurs au pouvoir décisionnel.

2.4 ACCOMPAGNEMENT POUR UNE MOBILISATION DES CADRES

La cohérence de fonctionnement institutionnel des cadres doit être recherchée tant globalement au sein de la direction des soins paramédicaux que chacun dans sa propre unité. Même si la mise en place d'outils communs participe à cette volonté, un plan d'accompagnement des cadres doit être réalisé.

Une organisation différente avec l'arrivée de nouveaux cadres peut entraîner une perte de repères pour les anciens membres de la direction des soins infirmiers. De même pour les cadres qui intègrent cette nouvelle direction, une attention particulière doit démontrer la capacité de l'infirmier général à prendre en compte ces « nouveaux arrivants ».

La formation continue nous paraît être un outil facilitant un processus d'intégration et de sécurisation. Une formation au management participatif devrait permettre au sein de la direction des soins paramédicaux et des unités de soins, de donner cohérence et sécurité institutionnelle.

3 - POLITIQUE VOLONTARISTE ET MOBILISATRICE

3.1 UN PLAN PROGRAMME DE MISE EN PLACE

La constitution d'une nouvelle direction professionnelle soignante avec l'intégration de professionnels de santé d'origine différente nécessite l'élaboration d'un programme de mise en place intégrant les travaux à réaliser dans les différentes phases de la procédure de constitution de la direction des soins paramédicaux. Il doit préciser les actions de communication et d'information.

Echéancier et check list, il est garant du bon déroulement du scénario originel.

3.2 AFFIRMATION ET CONTINUITÉ DANS LES CHOIX

Tout changement induit de l'insécurité et de ce fait des résistances voir des réactions de défense qui peuvent chercher à remettre en cause les évolutions. Mais tout changement doit normalement être le résultat d'une réflexion préalable correspondant à une nécessité d'adaptation ou d'amélioration.

Aussi l'affirmation et la continuité d'un projet global comme la création d'une direction des soins paramédicaux est nécessaire et doit être institutionnellement visible. Si tel n'était pas le cas, ce projet pourrait être remis en cause, mais aussi la crédibilité de certains décideurs hospitaliers.

De plus les structures organisationnelles de l'hôpital sont amenées à se modifier dans un environnement évoluant. Tout changement dans l'avenir deviendrait sujet à caution et susceptible d'être remis en question.

3.3 VALIDATION INTERNE ET EXTERNE

Si une pré-validation de la création de cette nouvelle direction est souhaitable, une validation définitive est indispensable par les différentes instances de l'établissement, gage d'une légitimité interne.

De plus, elle permet une expression des partenaires sociaux et en retour information et connaissances. Une information externe doit être faite aux structures de tutelle mais aussi étendue à d'autres partenaires externes : Instituts et centres de formation, centre communal d'action sociale,

3.4 CONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE DU CHANGEMENT

En complément de l'information des instances, une communication à différents niveaux doit permettre à l'ensemble des personnels hospitaliers d'être informé de la création de cette nouvelle direction.

✓ Les **personnels de la direction des soins paramédicaux** doivent bénéficier d'actions spécifiques de communication. Leurs implication et participation sont recherchées. Ils doivent pouvoir comprendre les raisons de cette création, les objectifs fixés à cette nouvelle direction et les futurs modes de fonctionnement. Les nouveaux personnels et les personnels de l'ancienne direction des soins infirmiers peuvent avoir un sentiment d'insécurité et perte de repères établis en intégrant une « grande » direction ou avec l'arrivée de nouveaux « venus ».

✓ Les **autres personnels hospitaliers** doivent avoir aussi une information. Si pour l'encadrement et les principaux décideurs, la création de cette nouvelle direction fait partie de leur fonctionnement, voir de leurs préoccupations, nous pensons qu'il peut ne pas en être de même pour certains personnels hospitaliers.

Renforcer la cohérence et améliorer la cohésion sont en partie les raisons d'être de la direction des soins paramédicaux. Ces objectifs peuvent s'appliquer à tout agent hospitalier dans son contexte de travail et doivent être développés.

✓ La **matérialisation institutionnelle** de la direction des soins paramédicaux doit être totale. L'ensemble des documents de l'institution doit inscrire ce changement (Documents de travail, dossiers, livrets d'accueil, courriers, ...). La signalisation interne doit prendre en compte cette modification.

L'infirmier général doit veiller à l'utilisation conforme de l'intitulé de sa direction. Il doit chercher à « graver » dans l'expression quotidienne collective et spontanée, ce nouveau libellé - *direction des soins paramédicaux*.

✓ Les Conseils de service

Le conseil de service est un moyen pour l'infirmier général de communiquer sur ses projets et objectifs mais aussi de connaître une autre réalité des unités.

La participation de l'infirmier général aux différents conseils de service de l'établissement peut en fonction de l'établissement, représenté un investissement en temps important. Mais il doit privilégier certaines réunions en fonction de la stratégie d'implantation de sa nouvelle direction. En particulier, il peut assister aux conseils des unités médico-techniques.

Il doit chercher la possibilité de participation croisée des cadres des unités en fonction de relations de travail privilégiées compte tenu des spécificités. Cette structure d'expression peut permettre un meilleur fonctionnement entre unités et professionnels.

4 - UNE ORGANISATION AU QUOTIDIEN

L'organisation au quotidien s'inscrit dans une stratégie d'application d'objectifs. Pour mettre en application cette ambition de fédérer et de donner plus de cohérence à l'action de chacun, il est nécessaire et obligatoire de mettre en place des procédures et des outils de gestion, nouveaux ou ayant l'objet d'une validation.

4.1 DES PROCEDURES INTERNES DE GESTION

La définition de procédures de gestion au sein de la direction des soins paramédicaux est l'instrument indispensable à la pérennisation de cette nouvelle direction.

En fonction de l'objet, elles doivent être élaborées en concertation avec les autres directions fonctionnelles de l'établissement.

L'intégration de nouvelles unités et de leur encadrement dans la zone de responsabilité de l'infirmier général nécessite une harmonisation des fonctionnements et la mise en place d'outils identiques de gestion. Dans un premier temps, un bilan de l'existant nous paraît nécessaire pour ensuite définir ou valider les outils et supports existants ou à créer.

La gestion des personnels paramédicaux est l'exemple type de la mise en place de cette harmonisation et des liens avec une autre direction fonctionnelle, la direction des ressources humaines

4.2 DES TRAVAUX COMMUNS POUR L'ENCADREMENT

Ces travaux communs se situent dans le contexte de réunions de travail de l'encadrement de la direction des soins paramédicaux. Une forte approche incitative de la part de l'infirmier général permettra de créer des liens professionnels. Ces relations peuvent exister de façon incertaine au quotidien en travaillant au sein de son unité.

Ces réunions peuvent être de deux types :

- Réunions d'encadrement de type information - communication,
- Réunions de travail avec objectifs et thèmes plus ciblés,
- Groupes de travail institutionnalisés.

Avec ces deux derniers modes de travail en groupe de l'encadrement, l'infirmier général recherche certes un résultat, une production. Mais il doit aussi veiller à encourager les relations interprofessionnelles de son encadrement et la mise en place ou l'affirmation de modes de fonctionnement faisant appel à plus de cohésion.

4.3 DES OUTILS FEDERATEURS

La présentation de quelques exemples vont nous permettre d'illustrer la nécessité d'une approche globale des prises en charge et d'une bonne coordination des soins.

✓ Le dossier du patient

« *Le contenu du dossier patient permet d'assurer la coordination de la prise en charge entre professionnels et entre secteurs d'activités* ». Ainsi est posé par le manuel d'accréditation, l'obligation d'homogénéité et de cohérence des dossiers médical, de soins et administratif.

Sa construction, sa mise en place et son utilisation doivent être pensées dans une dimension globale qui dépasse le contexte de l'unité de soins ainsi qu'un groupe de professionnels.

Une connaissance des activités et des fonctionnements des « autres » est une étape préalable.

Une formalisation des activités et une standardisation des procédures et de leur transcription doivent être réalisées en amont de cette mise en place du dossier patient.

L'utilisation de l'informatique pour le dossier aide à une cohérence du suivi des patients. Il est un outil institutionnel commun qui permet une globalisation des éléments d'information et de suivi du patient. Le dossier du patient passe de l'espace « unité » à celui de l'hôpital « ensemble ».

✓ L'informatique

Outil de gestion, de plus en plus présent dans le monde hospitalier, il nécessite une approche de l'ensemble de l'organisation pour réussir son développement. Il impose aux différents professionnels hospitaliers à définir ensemble leurs besoins, les interfaces nécessaires et les applications.

Une démarche d'informatisation sert la promotion de la coordination des acteurs soignants et autres. La performance d'un réseau informatique peut se mesurer dans les possibilités des interfaces qu'il permet de créer et dans l'envie et le degré d'utilisation des acteurs hospitaliers.

Faire un parallèle entre interfaces informatiques et interrelations entre services permet de mesurer la portée politique institutionnelle de la mise en place réussie d'un réseau informatique. Il témoigne des capacités de partager l'information, d'admettre et de reconnaître l'importance de l'« autre » comme acteur, aussi, dans la prise en charge du patient.

✓ Le plan de formation continue

Si la formation est un moyen pour l'encadrement de progresser et d'évoluer vers un décloisonnement et une vision plus globale de ses actes de gestion et d'encadrement, il est aussi le moyen privilégié pour réussir la transversalité.

En lien avec la direction des ressources humaines, le plan de formation doit chercher à développer des approches transversales de formation s'adressant à des groupes pluridisciplinaires.

✓ L'utilisation d'une méthode d'amélioration du service rendu

La direction des soins paramédicaux doit développer une stratégie d'amélioration de la qualité ou de résolution de problème qui prenne en compte sa pluridisciplinarité.

Aussi, l'infirmier général doit veiller à systématiser la participation des différents acteurs de sa direction.

Un exemple permettra de préciser ce mode de fonctionnement : Un problème de respect des horaires de brancardage de patients hospitalisés doit permettre de constituer un groupe d'étude représentatif des différents intervenants : Unités de soins, Radiologie, Bloc opératoire, toutes unités d'accueil temporaire de patients hospitalisés, service de brancardage.

Cette approche de résolution de problème valorise un travail collectif mais aussi dégage des solutions réalistes applicables. Sa réussite favorise l'engagement d'une démarche permanente de recherche d'amélioration.

La place et le rôle de l'encadrement dans cette manière de faire évoluer les pratiques sont majeurs. Les cadres par leur fonctionnement peuvent inciter ou au contraire limiter ce type de démarche.

5 - EVALUATION DE LA NOUVELLE DIRECTION

L'action propre de l'infirmier général peut être évaluée dans ses capacités d'améliorer la performance collective des différents acteurs de sa direction. Aussi, cette nouvelle direction doit faire l'objet d'un double processus d'évaluation comme **structure** et comme **moyen au service d'un projet**.

✓ L'évaluation de la structure

Cette première étape concerne la direction des soins paramédicaux et est nécessaire en période de transformation et de changement. Elle permet de vérifier l'atteinte d'objectifs considérés comme nécessaires lors de l'élaboration du projet.

La date de cette évaluation est fonction des modalités et des difficultés prévues lors de l'élaboration du projet. Mais pour tout changement, le temps est un facteur important, résultat d'une certaine inertie que connaît toute institution.

L'évaluation portera sur :

- Les projets organisationnels et de fonctionnement de la nouvelle direction et leur niveau de réalisation,
- Le respect du planning échancier de mise en place des changements et transformations.

✓ L'évaluation des effets de la nouvelle direction

L'évaluation des résultats induits par la création de cette nouvelle direction doit être une préoccupation de l'infirmier général. Elle doit lui permettre de conforter la nouvelle organisation et/ou de lui donner les moyens d'attirer l'attention de l'ensemble du personnel hospitalier sur des résultats satisfaisants ou à améliorer.

L'infirmier général dans l'élaboration de son projet de nouvelle direction doit définir des critères pertinents d'évaluation des résultats.

En collaboration avec tous les acteurs, il doit chercher à les faire valider et intégrer d'autres critères proposés. Ce mode d'évaluation peut être considéré comme une pré-étape d'auto-diagnostic.

Cette évaluation doit être développée en direction :

→ Du patient, des prestations dispensées :

Pour exemple : *Etudes des courriers et questionnaires de satisfaction des patients, des comptes rendus des réunions des commissions de conciliation, ...*

→ Des modes de fonctionnement internes

Pour exemple : *La coordination des services de radiologie et d'urgences, la place du diététicien dans les programmes de prévention et d'éducation du patient, ...*

→ Les relations avec les partenaires externes

Pour exemple : *L'organisation de la sortie des patients et la coordination unités d'hospitalisation, du service social et des structures de maintien à domicile, la prise en charge au sein des urgences de patients précaires socialement en lien avec les centres communaux d'action sociale,...*

→ L'implication et la participation des personnels, le décloisonnement

Pour exemple : *L'activité de la commission du service de soins paramédicaux, la participation à des groupes de travail pluridisciplinaire, l'émergence « spontanée » mais validée de nouvelles procédures et supports de gestion, la participation du corps médical et des autres directions aux projets de la direction des soins paramédicaux,...*

Dans un processus d'intégration de nouveaux acteurs au sein d'une direction, l'infirmier général doit définir une stratégie pour la conduite de l'évaluation et de ses modes opératoires. Toute évaluation génère des craintes particulièrement lors de changements organisationnels. La conduite de celle-ci doit s'inscrire dans un processus positif d'auto-évaluation, source de participation et de questionnements individuels et collectifs, facteur d'évolution.

CONCLUSION

L'évolution de l'hôpital, voulue par la société et activée par les patients doit être pensée et réfléchie globalement. Le résultat actuel peut être source de désorganisation et de majoration du système de défense des acteurs hospitaliers.

Cette situation peut générer concurrence et individualisme. Les cadres sont confrontés à ce phénomène. L'efficacité de l'encadrement de la direction des soins paramédicaux est liée à son engagement, à sa capacité à donner de la cohérence et du sens aux actions des personnels de l'unité. Mais aussi à donner de la cohésion aux actes réalisés par les différents professionnels au sein de l'unité ou hors de l'unité.

La création d'une direction des soins paramédicaux s'inscrit dans une approche ambitieuse de la prise en charge de tout patient hospitalisé ou consultant.

Définir le séjour hospitalier sous la forme d'une trajectoire nécessite de mettre en place une organisation qui réponde à cette vision spatiale de prise en charge : décroiser, faire interagir, créer des liens, sécuriser, reconnaître,...

L'infirmier général doit réussir son nouveau positionnement dans le jeu des acteurs pour mettre à sa place la nouvelle direction des soins paramédicaux.

Pour ainsi construire et pérenniser une direction centrée vers le patient en réussissant à conjuguer identité, professionnalisme soignant, cohérence et cohésion des prises en charge des patients dans un contexte d'efficacité et de rationalité.

L'infirmier général dans ses fonctions de direction doit privilégier les valeurs collectives et conjointement permettre aux qualités individuelles de chaque acteur de s'exprimer dans le respect de la diversité.

L'évaluation de son action résidera dans ses capacités d'améliorer la performance collective des différents acteurs de sa direction.

Développée au sein de la direction des soins paramédicaux, il doit privilégier cette approche au sein de l'équipe de direction et avec les autres acteurs de l'institution hospitalière.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

ALTER Norbert. , *Sociologie de l'entreprise et de l'innovation*, PUF, Paris, 1996

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, *L'Acteur et le Système, (les contraintes de l'action collective)*, Ed. du Seuil, Paris, 3^e ed., 1977

DUBOYS FRESNAY Catherine, PERRIN Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, P.U.F., Paris, 1996

KUTY Olgierd, *Innover à L'hôpital (Analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale)*, L'Harmattan, Paris, 1994

MINTZBERG Henry, *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, Paris, 1988

PERETZ Henri, *Les méthodes en sociologie (L'observation)*, Editions la Découverte, Paris, 1998

QUEIROZ de Jean, ZIOLKOVSKI Marek, *L'Interactionnisme symbolique*, P.U.R ,Rennes, 1994

STRAUSS Anselm, BASZANGER Isabelle dir., *La Trame de la Négociation (Sociologie qualitative et interactionnisme)*, L'Harmattan, Paris, 1992

STRAUSS Anselm, *Miroirs et masques (Une introduction à l'interactionnisme)*, Métailié, Paris, 1992

SPECTOR Céline, *Le Pouvoir*, Textes choisis, GF Flammarion, Paris, 1997

MEMOIRES :

MAGNIN Claudette, « L'interdisciplinarité, une plus value pour le Patient, une modalité de travail à développer », *Mémoire de fin d'étude - Formation des infirmiers généraux*, 1995

PAOLI Bernard, « Vers un infirmier général fédérateur des professionnels de soins non médicaux, Est-ce une évolution envisageable ? », *Mémoire de fin d'étude - Formation des infirmiers généraux*, 1996

HENRY Josiane, « Plus value de la transversalité dans le management des soins à l'hôpital », *Mémoire de fin d'étude - Formation des infirmiers généraux*, 1998

BELLET Bruno, « Et si le directeur devenait directeur des soins » *Mémoire de fin d'étude - Formation des infirmiers généraux*, 1999

DOCUMENTS et ARTICLES :

POUVOIRS ET DYNAMIQUE DES ORGANISATIONS (Etat des lieux et des savoirs et Vers un renouvellement des approches), Sciences de la Société, N° 38 et N° 39, P.U.M., Toulouse, 1996

MEDIATIONS ET NEGOCIATIONS (La résolution des conflits), Sciences Humaines , N° 84, Juin 1998

« *ETUDE SUR LES COORDONNATEURS DES PLATEAUX TECHNIQUES* », HABIB L., DEPORCQ B, DUBILLON J., FERREOL D. et RUELLE C. , AP-HP, 1993.

« *LES INFIRMIERS GENERAUX 2000, PROFIL et REPRESENTATIONS* », article coordonné par JOVIC Ljiljana et LEGOURD Bruno - Revue Soins Cadres N°35 –

« *APPROCHE INTERACTIONNISTE DANS LES FUSIONS HOSPITALIERES POUR UN APPRENTISSAGE ORGANISATIONNEL* », LEGOURD Bruno, Mémoire de DEA - Paris IX Dauphine, 1998

ANNEXES

N° 1

Nomenclature des emplois types de l'hôpital
Présentation des emplois types des services soignants

N° 2

Questionnaire – Dossier d'enquête

ANNEXE N° 1

Nomenclature des emplois types de l'hôpital Présentation des emplois type des services soignants

8 sous familles

43 emplois types

Education / Animation

Aide médico-psychologique
Animateur
Educateur chef
Educateur de jeunes enfants
Educateur spécialisé

Encadrement soignant

Surveillant chef
Surveillant

Service infirmier

Agent d'entretien des locaux de soins
Aide hôtelière
Aide-soignant
Auxiliaire puéricultrice
Brancardier
Conseiller hôtelier
Diététicien
Infirmier en soins généraux
Infirmier en soins psychiatrique
Infirmier de salle d'opération
Infirmier anesthésiste
Infirmier puériculteur
Intendante
Pédicure podologue

Service médical

Sage-femme

Secteur social

Assistant social

Assistant familial

Assistante maternelle

Permanencier

Secrétaire médicale

Rééducation

Ergothérapeute

Masseur Kinésithérapeute

Orthophoniste

Orthoptiste

Psychomotricien

Ecole

Agent d'internat-externat

Directeur d'école de base ou d'école de cadres

Enseignant d'école de base

Enseignant d'école de cadres

Médico-technique

Agent de stérilisation

Aide médico-technique

Assistant dentaire

Manipulateur en électroradiologie

Orthoprothésiste-applicateur

Préparateur en pharmacie

Technicien de laboratoire

ANNEXE N° 2

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE - RENNES

Filière Infirmiers Généraux

**DOSSIER d'ENQUETE
POUR le MEMOIRE de FIN d'ETUDE**

Bruno LEGOURD

Juin 2000

Mon mémoire de fin d'étude concerne les directions de soins ou de soins paramédicaux.

Actuellement infirmier général en formation à l'ENSP, ce dossier d'enquête doit me permettre de cerner :

- le contexte et les modalités de création de cette nouvelle direction,
- ses domaines d'intervention,
- l'articulation des prises en charge des patients entre les différents acteurs,
- la mise en place de nouveaux modes de gestion,
- l'implication et la motivation des personnels,
- le recueil d'autres informations sur ce changement, dues à votre connaissance de ce thème.

Ce dossier d'enquête s'organise autour de quatre axes principaux :

- Une nouvelle appellation : Comment et pourquoi ?
- Votre direction en qualification et en chiffres,
- Votre fonctionnement,
- Soins, Projet de soins et Commission de Soins,
- Et pour conclure !

Le temps de réponse à ce dossier est d'environ 50 minutes. Je vous remercie de bien vouloir m'aider dans ma recherche.

A - Une nouvelle appellation : Comment et pourquoi ?

1 - Pouvez vous préciser l'intitulé de votre direction fonctionnelle et sa date de mise en place ?

- Intitulé :

- Date :

2 – Qu'est ce qui vous a conduit à mettre en place cette nouvelle direction ?

-
-
-
-

3 - Pouvez citer les principaux acteurs hospitaliers de ce changement ?

-
-
-
-

4 - Quels nouveaux domaines d'intervention, ce changement a permis ?

-
-
-
-

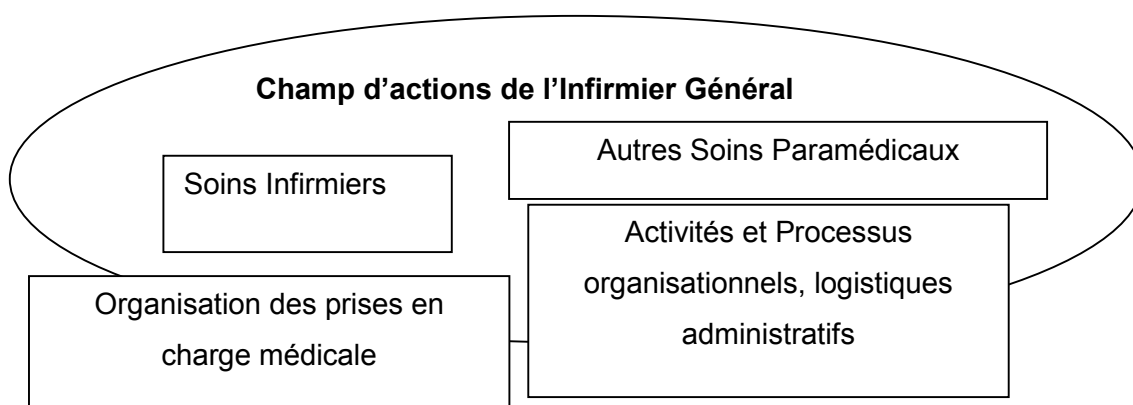
5 - Ce changement est-il survenu dans un contexte particulier pouvant être considéré comme "phénomène déclenchant" ? (exemples : audit, problèmes de responsabilité et de coordination, vacance de responsable, ...)

-
-
-

6 - Cette évolution s'est-elle traduite par de nouveaux modes de fonctionnement avec les autres partenaires hospitaliers ?

Modes de fonctionnement	Partenaires

7 - Pouvez vous valider ce schéma de changement ?



Ce schéma est à lire et valider de la façon suivante :

Le champ d'actions intègre :

- complètement les soins infirmiers : oui [] non []
- complètement les autres soins paramédicaux: oui [] non []
- partiellement les processus et activités organisationnels,
logistiques et administratifs : oui [] non []
- très partiellement l'organisation des prises en charge médicale : oui [] non []

Remarques :

-
-
-

8 - La nouvelle appellation de votre direction figure-t-elle sur :

- votre courrier : oui [] non []

- le fléchage interne à votre établissement : oui [] non []

- le livret d'accueil: oui [] non []

9 - Comment l'information interne de ce changement a-t-elle été réalisée au sein de votre établissement ?:

- par note de service : oui [] non []

- par information en réunion d'encadrement : oui [] non []

- les instances ont-elles été informées ? Comment ?

Instances	Oui	Non	Modes d'information
Commission médicale d'établissement			
Comité technique d'établissement			
Commission du service de soins infirmiers			
Conseil d'administration			
AUTRES			

10 - Ce changement a suscité des commentaires. Lesquels et par qui ?

Fonction ou groupe professionnel	Commentaires

11 – Vos interlocuteurs utilisent-ils la nouvelle dénomination de votre direction ?

oui [] non []

Si non, pouvez-vous les citer ?

- -
- -
- -

12 - Comment les membres de l'Equipe de direction ont-ils perçus ce changement ?

-
-
-
-

B - Votre direction en qualification et en chiffres:

13- Pouvez-vous indiquer les agents concernés par votre direction?

AGENTS	OUI	NON
Infirmier, Aide soignant, Agent des services hospitaliers		
Masseur Kinésithérapeute		
Manipulateur Radiologie		
Laborantin		
Diététicien		
Assistant social		
Préparateur en Pharmacie et aide		
Autres		

14 - Lors de la création de votre nouvelle direction, le fonctionnement avec la Direction des Ressources Humaines (D.R.H) en a-t-il été affecté ?

- oui [] non []

Si oui, sur quels domaines ou relations ?

-
-
-
-

15 – La D.R.H était - elle un acteur favorable lors de la création de cette direction ?

- oui [] non []

Sa position a-t-elle évolué ?

- oui [] non []

Si oui, pourquoi ?

16 - Pouvez-vous indiquer les effectif de votre direction :

Agents	Nombre
Cadres Supérieurs Infirmiers	
Cadres infirmiers	
Cadres Supérieurs Kinésithérapeutes	
Cadres Kinésithérapeutes	
Cadres Supérieurs manipulateurs en radiologie	
Cadres manipulateurs en radiologie	
Cadres Supérieurs Laborantins	
Cadres Laborantins	
Cadres Supérieurs Diététiciens	
Cadres Diététiciens	
Cadres Assistants Sociaux	
Cadres Préparateurs en pharmacie	
Cadres Administratifs	
Autres, précisez	

16 – L'activité des sages-femmes est-elle gérée par votre direction ?

- oui [] non []

Si oui, comment ?

Si non, pourquoi ?

17 - Un ou des coordinateurs médico-techniques sont-ils mis en fonction au sein de votre établissement ?

- oui [] non []

Si oui :

- Quelle est leur appartenance professionnelle ?

-

-

-

- Sont-ils positionnés en lien hiérarchique avec l'Infirmier(e) Général(e) ?

- oui [] non []

C - Votre fonctionnement:

17 - Si vous organisez régulièrement des réunions de cadres supérieurs, les nouveaux cadres supérieurs qui ont intégrés votre direction :

- Sont-ils invités à participer :

- oui [] non []

- Si oui, viennent-ils régulièrement?

Oui [] non []

- Si non, pour quelles raisons et quelles catégories professionnelles ?

-

-

-

-

18 - Lors des réunions d'encadrement de votre direction, l'ensemble des cadres des unités ou services qui ont intégré votre direction:

- Sont-ils invités à participer :
 - oui [] non []
- Si oui, viennent-ils régulièrement?
 - oui [] non []
- Si non, pour quelles raisons et quelles catégories professionnelles ?
 -
 -
 -
 -

19 - La mise en place de cette nouvelle direction a-t-elle soulevé un problème d'identité professionnelle pour certains paramédicaux ? Si oui, traduit sous quelles formes ?

Paramédicaux	Formes

20 – Existe-t-il une différence de fonctionnement interne au niveau de votre direction entre les nouveaux et anciens membres originaires de la DSSI ?

- oui [] non []

Si oui, pouvez-vous préciser avec qui et dans quels domaines ?

Personnels concernés	Domaines

21 - Votre rapport annuel d'activités prend-il en compte vos nouveaux domaines ?

- oui [] non []

Si oui, comment ?

-
-
-
-

22 - L'organisation de groupes de travail associant soignants infirmiers et soignants paramédicaux est-elle facilitée ?

oui [] non []

Si oui, pourquoi ?

-
-
-
-

D - Soins, Projet de soins et Commission de Soins

23 - Comment s'intitule votre projet de « soins » ?

-

24 - L'intitulé a-t-il évolué depuis le changement de votre direction ?

- oui [] non []

25 - Votre projet prend-il en compte les modifications apportées par votre nouvelle direction ?

- oui [] non []

26 - Quelle est la dénomination de la commission du service de soins ?

-

27 - L'intitulé a-t-il évolué depuis le changement de votre direction ?

- oui [] non []

28 - Sa composition prend-elle en compte les modifications de votre nouvelle direction ?

- oui [] non []

Si oui, comment ?

29 - L'organisation des soins a-t-elle été affectée par ce changement ?

- oui [] non []

Si oui, comment ?

30 - Le dossier de soins et son mode de gestion ont-ils été modifiés ?

- oui [] non []

Si oui, comment ?

31 - Cette nouvelle organisation a-t-elle eu un impact sur le séjour du patient en terme de prises en charge coordonnées et structurées entre les différents intervenants ?

- oui [] non []

32 - Une évaluation des nouveaux modes de fonctionnement a-t-elle été faite ?

- oui [] non []

Si oui, comment ?

Avec quels résultats ?

33 - Participez-vous au conseil de service des unités de soins "paramédicales"?

- oui [] non []

34 - Les cadres médico-techniques paramédicaux participent-ils au conseil de service d'unités de soins très demandeuses en actes de soins paramédicaux ?

- oui [] non []

Si oui, comment ?

E - et pour conclure !

35 - Après un certain temps d'expérience, mettriez-vous en place ce changement de façon identique

Si oui , pourquoi ?

Si non , vous modifiez certains éléments :

- les modalités de mise en place :

- l'information et la communication :

- la définition des missions et actions relevant de la nouvelle direction :

- l'intégration de certains personnels :

- les fonctionnements :

36 - La dimension personnelle de l'infirmier(e) Général(e) est-elle un facteur de réussite d'implantation ?

- oui [] non []

Si oui, quelles qualités vous semblent nécessaires ?

37 - Si vous quittez l'établissement, pensez vous que cette nouvelle organisation serait pérenne ?

- oui [] non []

Pourquoi ?

38 - Depuis quelle année êtes vous dans l'établissement en fonction d'infirmier(e) Général(e)

Année :

38 - Si vous avez des commentaires, des remarques ou des informations, je vous remercie de bien vouloir les porter ci-après.

Je vous remercie pour la disponibilité et le temps que vous ayez eu l'amabilité de me consacrer pour remplir ce dossier d'enquête et ainsi m'aider dans mon travail de recherche.