

Université Lumière - Lyon 2  
Discipline : Sciences de Gestion  
Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université Lyon 2  
Par  
**Géraldine PRUNET ep. DREVET**

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital  
pour concilier objectifs de soins et  
objectifs socio-économiques.**

Soutenue le 21 juin 1999  
Directeur de thèse : Mme Véronique ZARDET



# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS .</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE 0 INTRODUCTION GENERALE .</b>	<b>3</b>
0.1. L'évolution du cadre institutionnel et structurel des hôpitaux . .	3
0.2. Finalité de la recherche .	4
0.3. Hypothèses de la recherche .	7
0.3.1. Typologie des hypothèses <sup>8</sup> .	7
0.3.2. Hypothèses Centrales de notre recherche .	8
0.3.3. Corps d'hypothèses sous-jacentes .	9
0.4. Le choix méthodologique de notre recherche et fil conducteur de la thèse . .	11
0.4.1. Le choix méthodologique . .	11
0.4.2. Le fil conducteur .	14
<b>PARTIE 1 L'EVOLUTION DU SYSTEME HOSPITALIER EN FRANCE . .</b>	<b>15</b>
Chapitre 1 - La configuration structurelle hospitalière . .	16
1.1. Le cadre de réflexion sur les organisations .	17
1.2.L'hôpital:une configuration structurelle multiforme . .	36
Chapitre 2 – La mission du service public hospitalier . .	41
2.1. La mission institutionnelle . .	42
2.2. Des missions professionnelles complémentaires . .	49
En conclusion .	68
Chapitre 3 : La méthodologie de production des données .	69
3.1. Le diagnostic comme première opération d'« objectivation » de la polyvalence .	70
3.2. Le choix d'une étude exploratoire par questionnaire, comme seconde opération d'« objectivation » de la polyvalence .	78
3.3. Le point de vue spécifique de l'intervenant - chercheur, comme opération de « subjectivation » . .	95
<b>Partie 2 La polyvalence à l'hôpital : illusion ou réalité .</b>	<b>99</b>

<sup>8</sup> (H) SAVALL, (V) ZARDET "Guide Méthodologique d'élaboration de la thèse", chapitres 221, 222, ISEOR 1984, copyright.

Chapitre 4 - Monographie relative à la mise en oeuvre de la polyvalence, dans un établissement hospitalier public .	100
4.1. Présentation de l'établissement - support <sup>156</sup> .	100
4.2. Synthèse des entretiens relatifs à l'exercice de la polyvalence .	108
4.3. Les effets de la présentation des résultats des entretiens auprès des cadres . .	134
Chapitre 5 – Enquête exploratoire relative à l'exercice de la polyvalence paramédicale en CHU et CHG <sup>170</sup> . .	136
5.1. Présentation des établissements enquêtés .	136
5.2 Synthèse des résultats concernant les infirmières .	145
5.3. Synthèse des résultats concernant les manipulateurs en radiologie <sup>178</sup> . .	190
5.4. Point de vue des responsables : cadres soignants, médecins, directeurs <sup>183</sup> . .	219
<b>PARTIE 3 une polyvalence ciblée et structurée comme réponse organisationnelle a des intérêts partagés . .</b>	<b>225</b>
Chapitre 6 – Analyse des résultats expérimentaux . .	226
6.1. Mise en oeuvre stratégique : la polyvalence au coeur d'une politique institutionnelle déterminée par l'accroissement général des contraintes écono-miques et financières .	226
6.2. Organisation du travail et gestion du temps : la polyvalence, une approche organisationnelle discréditée . .	229
6.3. Conditions de travail . .	231
6.4. Communication – Coordination – Concertation .	232
6.5. Formation .	234
Chapitre 7 - La polyvalence : un concept pluridimensionnel . .	236
7.1. Les références théoriques et pratiques .	236
7.2. Notre représentation de la polyvalence .	259
Chapitre 8 – La polyvalence : quelles incidences sur les pratiques opérationnelles de gestion des ressources humaines ? .	287
8.1. Les cadres de santé : une mission managériale à reconnaître .	288

<sup>156</sup> cf. livret d'accueil de l'établissement support

<sup>170</sup> CHU : Centre Hospitalier Universitaire (dans le langage courant) CHG : Centre Hospitalier Général (dans le langage courant)

<sup>178</sup> L'intégralité des résultats se trouve en annexe 25 et 26

<sup>183</sup> L'intégralité des analyses figure en annexe n° 27

8.2. L'approche compétences : un acte de management au quotidien . .	289
8.3. L'hôpital, une organisation « formante » <sup>288</sup> source de pluricom pétence .	305
8.4. La pluricom pétence, un enjeu de la formation professionnelle continue .	309
<b>CONCLUSION GENERALE .</b>	<b>317</b>
1. Les résultats de la recherche .	317
2. Les limites de la recherche .	323
Limites méthodologiques . .	323
Limites bibliographiques .	323
Limites temporelles et spatiales . .	323
3. Les perspectives de la recherche .	324
4. La validation de nos hypothèses . .	326
4.1. Validation de l'hypothèse centrale .	326
4.2. Validation du corps d'hypothèses . .	327
<b>BIBLIOGRAPHIE . .</b>	<b>333</b>
OUVRAGES .	333
REVUES .	339
DOCUMENTS DIVERS . .	341
<b>ANNEXES .</b>	<b>345</b>

<sup>288</sup> Cf. ALLAFORT (M). Document CISTE, novembre 1992



---

## REMERCIEMENTS

Nos remerciements vont, tout d'abord à :

**Monsieur le Professeur Henri SAVALL**, pour nous avoir encouragée et stimulée dans la réalisation de nos travaux de recherche. Nous sommes particulièrement reconnaissante de l'expérience et de la connaissance qu'il nous a transmises au cours de ces dernières années et pour la patience et la disponibilité dont il a fait preuve à notre égard.

**Madame le Professeur Véronique ZARDET**, qui a bien voulu diriger ce travail et, de ce fait, a par son assistance méthodologique activement contribué à sa réalisation. Qu'elle trouve ici l'expression de notre profonde gratitude pour ses conseils et son exigence qui ont guidé notre réflexion.

**Monsieur le Professeur Jean-Paul AURAY**, pour avoir accepté de participer à notre jury de soutenance et d'assumer la lourde tâche de pré-rapporteur.

**Monsieur le Professeur Georges TREPO**, pour l'honneur qu'il nous fait de participer à notre jury et d'être pré-rapporteur.

**Monsieur Arnaud BERNADET**, Directeur du Personnel et des Affaires Sociales des Hospices Civils de Lyon, pour avoir accepté d'apporter son point de vue et son témoignage de praticien au sein de notre jury.

**L'ensemble des intervenants** qui nous ont permis d'élargir notre culture et plus particulièrement notre réflexion sur la recherche en sciences de gestion.

**Toutes les personnes** qui ont contribué à l'élaboration de notre thèse : Médecins, Directeurs, Infirmières Générales, Surveillantes Chefs, Surveillantes, Equipes de soins et de radiologie qui, dans les différents établissements, m'ont accordé de leur temps et apporté leur précieuse contribution à la constitution des matériaux expérimentaux, notamment **Martine PRUNET** et **Nelly MASLARD** pour la qualité de leur accueil et leur active participation à notre enquête.

Nous témoignons également notre reconnaissance à :

**Monsieur Bernard ROUSSET**, Secrétaire Général des Hospices Civils de Lyon,

**Madame Véronique RICHARD-GRESLE**, Directeur du Service de Formation des Hospices Civils de Lyon,

**Monsieur Daniel BONJEAN**, Directeur Adjoint du Personnel et des Affaires Sociales des Hospices Civils de Lyon,

pour l'intérêt porté à notre travail de recherche.

**Mes collègues** du service de Formation Continue et tout particulièrement **Marie-Claude FLORET** pour son soutien amical et ses judicieux conseils tout au long de notre parcours universitaire.

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

---



# PARTIE 0 INTRODUCTION GENERALE

## 0.1. L'évolution du cadre institutionnel et structurel des hôpitaux

L'ensemble des organisations qu'elles soient des entreprises industrielles, des sociétés de services, des administrations, connaissent une profonde obligation de changement et d'adaptation.

Dans le domaine sanitaire, les réformes engagées concernent principalement trois domaines :

. la responsabilisation : tous les personnels doivent participer à l'organisation de l'hôpital, c'est désormais à travers un contrat entre l'hôpital et les pouvoirs publics que seront définis les objectifs et les moyens des établissements de santé,

. la qualité : un système d'accréditation est créé et les établissements doivent s'engager dans une procédure d'accréditation de leurs activités,

l'ouverture et l'insertion de l'hôpital sur son environnement, y compris vers la médecine de ville en créant des réseaux de soins avec les praticiens libéraux.

Il s'agit donc de concilier l'accès à des soins de qualité, le professionnalisme des acteurs de santé et la maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

Les ordonnances du 24 avril 1996<sup>1</sup>, comme déjà la loi du 31 juillet 1991<sup>2</sup> portant réforme hospitalière, sont porteuses d'une logique par laquelle les différents partenaires hospitaliers sont impliqués dans une dynamique de projets : projet d'établissement, projet de service, projet de soins infirmiers...

Selon B.DUBOIS<sup>3</sup>, « ***l'hôpital est une entreprise. En effet son budget lui permet de réaliser des achats, de fabriquer, de stocker des produits, de gérer du personnel et de distribuer produits et services.*** »

L'évolution de sa clientèle, l'émergence du consumérisme, la forte poussée de l'innovation scientifique et technique imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière. L'analyse stratégique est l'outil d'optimisation du budget qui est un compromis entre les besoins de financement des hôpitaux et la limitation des ressources financières des tiers-payants, en particulier la sécurité sociale.

Michel CREMADEZ<sup>4</sup> a la conviction qu'adapter l'hôpital à un contexte socio-économique plus contraignant sans dénaturer sa spécificité organisationnelle et culturelle exige aujourd'hui de passer de l'administration au management stratégique.

Seule une réflexion stratégique quant à la nature et à la valeur des services proposés aux usagers permet aux projets de fonder la solidarité entre les différents acteurs de l'hôpital.

## **0.2. Finalité de la recherche**

Quel que soit le marché sur lequel elles évoluent, les entreprises ont comme mission première de mieux servir le client, tout en faisant face aux variations d'activité.

L'hôpital s'inscrit aujourd'hui dans cette même logique concurrentielle.

**De notre point de vue, la polyvalence peut constituer une réponse pour aller vers plus de flexibilité et rendre ainsi l'organisation plus réactive.**

---

<sup>1</sup> Voir annexe n° 1

<sup>2</sup> Voir annexe n° 2

<sup>3</sup> Cf. B. DUBOIS : « Le Marketing Management Hospitalier » Ed.Berger - Levraut - 1987, 378 pages Cf. B.DUBOIS : « Le Marketing Stratégique Hospitalier » Gestions Hospitalières n° 255, Avril 1986, p 279-283

<sup>4</sup> Cf. M.CREMADEZ, en collaboration avec François GRATEAU : « Le management Stratégique Hospitalier », Interéditions, 1992, 319 pages

Cependant, le développement nécessaire de la mobilité, au travers de la polyvalence, est-il conciliable avec un impératif de « qualité » de la prestation-clientèle et un impératif de « compétence » des professionnels ?

Par ailleurs, **de quoi parle t-on lorsque l'on parle de « polyvalence » ?** C'est ce que notre recherche va tenter de mettre en lumière.

La qualité des soins dépend des choix effectués en matière de gestion des ressources humaines.

Le développement d'une « certaine polyvalence », portée par une politique de ressources humaines en adéquation avec la mission de soins, d'enseignement et de recherche du service public hospitalier, nous semble pouvoir être source de bénéfices partagés :

bénéfice pour le patient de par l'assurance d'une continuité des soins dans un contexte de sécurité et de qualité

bénéfice pour le personnel de par le développement de compétences individuelles et collectives, favorisant l'équilibrage des charges de travail, l'autonomie et la responsabilisation des acteurs dans la pratique quotidienne

bénéfice pour l'institution de par la possibilité de mieux concilier les objectifs économiques, les exigences des patients de même que les projets personnels et professionnels des agents.

Ceci tendrait à dire que performance économique n'est pas antinomique avec performance sociale. Elles se développent conjointement et s'alimentent mutuellement. L'avenir est au socio-économique<sup>5</sup>.

***« Tout investissement sur l'homme a un taux de retour étonnant, pourvu que cet investissement soit fait dans la vérité... La rentabilité d'une entreprise est fondamentale, elle est la garantie de la pérennité, mais cette rentabilité sera d'autant plus forte que l'enjeu humain sera reconnu »<sup>6</sup>***

**Quelle polyvalence développer pour qu'elle confère à l'hôpital une réelle capacité d'adaptation aux fluctuations de la charge en soins et qu'elle ne provoque pas d'effets dysfonctionnels indirects ?**

En effet, le double objectif actuel d'améliorer les états de santé de la population et parallèlement, de réduire les coûts de la santé publique pour la collectivité (ré)interroge

---

<sup>5</sup> Notre thèse a été réalisée dans l'environnement de l'ISEOR travaillant sur la performance socio-économique depuis 1976 et plus particulièrement à l'hôpital depuis 1980 (Directeur : Henri SAVALL)

<sup>6</sup> (H) TULOUP : « Polyvalence, flexibilité du temps de travail, emploi : quelle compatibilité ? » Intervention à la manifestation de l'Institute for International Research (IIR) intitulée « Développer la polyvalence pour gagner en flexibilité », les 28 et 29 janvier 1997, Paris

les structures organisationnelles hospitalières en place. Le service hospitalier constitue l'unité élémentaire de l'hôpital. Son fonctionnement est de "nature autarcique". Les relations de travail sont très interindividuelles, au sein d'une équipe constituée de "spécialistes", soucieux de préserver leur autonomie.

Les pressions de l'environnement externe, notamment en termes d'exigences de qualité et de rapidité de la part de la clientèle hospitalière, en termes également d'exigences économiques et financières de la tutelle, font évoluer l'institution hospitalière. Les hôpitaux se voient dorénavant assigner une mission collective de qualité et de rentabilité.

La polyvalence apparaît alors comme un levier possible de flexibilité et d'adaptabilité. Mais utilisée très souvent pour pallier l'absentéisme imprévisible, les personnels la redoutent et la contestent, car ils ne sont pas préparés.

Aussi comment passer d'une logique d'opposition à une logique de coopération ? Comment favoriser la contribution individuelle à la performance collective ? Quelles méthodes de management promouvoir pour impliquer les personnels dans l'évolution du service public hospitalier ? Comment développer simultanément la compétence, la polyvalence et la mobilité ? Comment créer une relation de confiance dans un environnement incertain ? En quoi les nouvelles missions de l'encadrement de proximité transforment-elles son rôle ?

Notre recherche s'attachera à donner un éclairage sur l'exercice de la polyvalence en secteur soignant et médicotechnique à l'hôpital public, notamment au travers de ses représentations, des formes d'organisation du travail sous-jacentes, de ses impacts et des ses perspectives d'évolution.

Nous avons fait le choix de traiter de la **polyvalence "intramétier"** et non **"intermétiers"**, compte tenu du cloisonnement des services hospitaliers et, de ce fait, de la difficulté à promouvoir une logique transversale d'actions au sein d'un même groupe professionnel.

Les métiers soignants hospitaliers ont une **formation initiale polyvalente**. **L'exercice** professionnel, en revanche, est le plus souvent **spécialisé**. L'exemple qui suit va éclairer notre propos.

L'étudiante infirmière acquiert, au cours de ses trois années de formation, des savoirs sur l'ensemble des pathologies traitées par la médecine et des savoirs-faire sur un large éventail de techniques de soins à mettre consécutivement en oeuvre. Lorsqu'elle obtient son diplôme d'Etat, elle est en mesure de travailler au sein de n'importe quel service de médecine, de chirurgie, de réanimation... Cela ne veut pas dire, pour autant, qu'il n'y a pas une période d'apprentissage à l'arrivée, variable en fonction de la complexité des techniques et des traitements à opérer. **Les services hospitaliers étant répartis par domaines d'activité** (médecine, chirurgie, réanimation...) et **par disciplines médicales** (urologie, cardiologie, neurologie...), la nouvelle infirmière va, de fait, développer une expertise particulière, dès ses débuts professionnels.

Il en est de même pour tous les métiers paramédicaux.

C'est pourquoi la polyvalence "intramétier" nous a paru constituer un axe de

recherche intéressant. La promouvoir constitue déjà un défi important, car elle ne s'inscrit pas spontanément dans la culture hospitalière des professionnels paramédicaux et médicaux.

La polyvalence "intermétiers" ne nous semble pas d'actualité, les métiers paramédicaux n'étant pas interchangeable. Elle constitue, de notre point de vue, une "polyvalence extensive" non envisageable sur le terrain, dans l'état actuel des formations paramédicales.

La polyvalence "intramétier" sera ainsi explorée auprès de deux publics soignants : les infirmiers<sup>7</sup> et les manipulateurs en radiologie. Ces deux professions ont des lieux d'exercice différent, des pratiques différentes, des cultures différentes. Nous éviterons ainsi une vision "monochrome" de la polyvalence.

### 0.3. Hypothèses de la recherche

La recherche que nous avons conduite, sur la problématique de la polyvalence au sens large, a une vocation descriptive et explicative des situations de polyvalence ou non polyvalence à l'hôpital, et ce, dans un but transformatif.

Cette problématique est, notamment, managériale. Aussi doter les cadres d'outils de pilotage devrait leur permettre d'accompagner au mieux le changement et d'animer la polyvalence et la polycompétence.

#### 0.3.1. Typologie des hypothèses<sup>8</sup>

Notre recherche au sein des organisations hospitalières, quinze établissements, CHU et CHG confondus, s'est construite à partir des trois catégories d'hypothèses à valider:

des hypothèses descriptives : elles sont des représentations du réel observé par l'intervenant - chercheur. Ce dernier opère une sélection des informations relatives au champ étudié, en fonction de sa problématique et de son objet. (« Que constate t-on ? »)

des hypothèses explicatives : elles constituent des facteurs explicatifs des descriptions relatées et reflètent, en quelque sorte, la raison d'être des représentations qui y sont liées. (« Pourquoi ce constat ? »)

<sup>7</sup> la profession infirmière étant très majoritairement féminine, nous utiliserons ce terme au féminin, ce qui ne sera pas le cas pour les manipulateurs en radiologie. En effet, la population féminine n'y est pas fortement majoritaire. Il est ainsi d'usage de nommer cette profession au masculin.

<sup>8</sup> (H) SAVALL, (V) ZARDET "Guide Méthodologique d'élaboration de la thèse", chapitres 221, 222, ISEOR 1984, copyright.

des hypothèses prescriptives : elles correspondent à des propositions « d'outils de remédiation » visant à rendre plus efficace le fonctionnement observé, notamment par la réduction des dysfonctionnements mis en exergue. (« Comment y remédier ? »)

Ces trois types d'hypothèses composent le soubassement du travail scientifique, à savoir un travail d'investigation, de démonstration et de validation. Elles sont rattachées à une hypothèse centrale maximale et une hypothèse centrale minimale, fédératrices de l'ensemble. La bonne connaissance du terrain, dans un premier temps et le diagnostic dans un second temps en ont permis la formalisation et la structuration.

### 0.3.2. Hypothèses Centrales de notre recherche

---

#### Hypothèse Centrale Minimale

Elle correspond **"à ce que l'on propose de montrer et d'étayer au minimum. On peut la vérifier dans quelques cas."**<sup>9</sup>

Dans le contexte actuel d'obligation de soins optimaux et de rationalisation économique du secteur hospitalier public, une polyvalence ciblée et structurée constitue un des moyens de contribuer à l'oeuvre collective de l'activité hospitalière, tout en améliorant la qualité des prestations attendues et le professionnalisme des soignants, grâce à une logique constructive de bénéfices partagés :

**bénéfice pour le personnel et l'institution** : développement des compétences individuelles et collectives, équilibrage des charges de travail et atteinte des objectifs économiques.

**bénéfice pour le patient** : assurance d'une continuité des soins dans un contexte de sécurité et de qualité

#### Hypothèse Centrale Maximale

Elle correspond à **"l'ambition idéale du chercheur et conduit à la généralisation. Elle est vraie dans tous les cas."**<sup>10</sup>

Dans le contexte actuel d'obligation de soins optimaux et de rationalisation

<sup>9</sup> (H) SAVALL "Guide méthodologique d'élaboration de la thèse" Chapitre 221 "Délimitation du champ de la thèse" Une pratique polyvalente (notre recherche consistera à la définir) nous semble, en revanche, pouvoir répondre aux points cités ci-dessus (non satisfaits par une pratique spécialisée).

<sup>10</sup> (H) SAVALL "Guide méthodologique d'élaboration de la thèse" Chapitre 221 "Délimitation du champ de la thèse" Une pratique polyvalente (notre recherche consistera à la définir) nous semble, en revanche, pouvoir répondre aux points cités ci-dessus (non satisfaits par une pratique spécialisée).

économique du secteur hospitalier public, une polyvalence ciblée et structurée constitue le principal moyen de contribuer à l'oeuvre collective de l'activité hospitalière, tout en améliorant la qualité des prestations attendues et le professionnalisme des soignants, grâce à une logique constructive de bénéfices partagés :

**bénéfice pour le personnel et l'institution** : développement des compétences individuelles et collectives, équilibrage des charges de travail, maîtrise des dépenses de santé par efficience du système de production des soins.

**bénéfice pour le patient** : assurance d'une continuité des soins dans un contexte de sécurité et de qualité intégrale

### 0.3.3. Corps d'hypothèses sous-jacentes

---

L'éclatement de la médecine en de nombreuses spécialités est une réalité. Cette spécialisation médicale induit une division du travail soignant par acte technique. A notre sens, la pratique trop parcellaire du métier soignant ne permet pas :

la globalité, voire la cohérence, de la prestation des soins

l'intérêt de l'exercice d'un champ professionnel plus large

l'enrichissement des activités de soins

la flexibilité dans l'organisation du travail

une mobilité temporelle et spatiale du personnel

le décroisement face aux corporatismes

la régulation des dépenses de santé.

Afin d'orienter notre travail de recherche, nous avons décliné notre hypothèse centrale en hypothèses sous-jacentes. Ce corps d'hypothèses est à la fois **"un outil de construction et de conduite du processus de recherche, et un outil de structuration de la pensée"**.<sup>11</sup>

**Les hypothèses retenues** <sup>12</sup>, sont classées selon quatre thèmes révélateurs de

---

<sup>11</sup> (H) SAVALL "Guide méthodologique d'élaboration de la thèse", chapitre 222 "Méthodes et outils de construction du noyau dur de la thèse"

**la problématique :**

la multiplicité des acteurs hospitaliers, en lien avec l'évolution des missions de l'hôpital : les métiers hospitaliers se sont diversifiés dans un objectif de professionnalisation des soins. Malgré leur complémentarité, se sont développés des corporatismes, à l'origine de cloisonnements supplémentaires. Chaque métier est devenu expert, au sein de son secteur d'activités. Chaque secteur professionnel est, ainsi, devenu un milieu clos, favorisant les relations interindividuelles "affectivées" et parallèlement une réticence à "s'ouvrir aux autres". ***"Par delà la culture affective, on note tout d'abord une faible homogénéité professionnelle des personnels. Les différentes catégories de membres de l'hôpital, voient les choses à leur manière. Elles ont des logiques professionnelles différentes. Leurs façons différentes de voir les amènent à se suspecter mutuellement et à avoir peu de communication"***<sup>13</sup> La multiplicité des acteurs hospitaliers a induit une "logique de chapelles" altérant l'action transversale et collective de soins, nécessaire à l'exercice de la mission du service public hospitalier. La mise en convergence des objectifs des acteurs hospitaliers constitue un premier pas vers l'harmonisation des pratiques.

Les impacts d'une structure organisationnelle complexe et cloisonnée : la limitation du champ d'activité professionnelle, comme moyen d'affirmer sa compétence spécifique peut entraîner, a contrario, une perte de qualification globale. Le cloisonnement des secteurs engendre, par ailleurs, une désynchronisation de la prestation de soins holistiques et un déséquilibre des charges de travail entre les équipes. Le cadre de proximité joue, à ce titre, un rôle déterminant dans l'organisation du travail et, de ce fait, dans la cohérence et la qualité des soins dispensés à la clientèle.

La polyvalence, un manque d'attraction endémique : les réticences et résistances à la polyvalence sont dues aux images négatives qu'elle revêt et à l'insuffisance de travail managérial sur les compétences qu'elle nécessite, pour maintenir à la fois le professionnalisme des soignants et la qualité de la prestation de soins.

Un certain nombre de facteurs sont, de plus, à prendre en compte pour mettre en oeuvre une organisation flexible (organisationnels, humains...)

La polyvalence, une forme d'organisation du travail concourant à dessiner une fonction professionnelle élargie et enrichie, dépassant le cadre des postes conventionnels. Une polyvalence, managée, maîtrisée et intégrée dans la compétence professionnelle ne suscite pas d'opposition. En effet, une polyvalence ciblée en fonction de la mission de soins à assumer et conçue en partenariat avec les acteurs concernés, est source de **bénéfices partagés (patients, personnels, institution)**. La logique compétence favorise la mobilité intra et interservices des personnels et permet l'enrichissement du travail, dans

<sup>12</sup> voir annexe II - 3 le corps d'hypothèse sous-jacentes

<sup>13</sup> (J) HART, (A) MUCCHIELLI "Soigner l'hôpital –Diagnostics de crise et traitements de choc" Editions Lamarre, 1994, 189 pages, p 30



un esprit de collaboration des différents acteurs de soins autour d'une finalité unique : la qualité du service rendu au malade. La compétence des personnels passant par la compétence des cadres de proximité, il est important de doter ces derniers d'outils de pilotage afin qu'ils puissent accompagner les changements et manager la polyvalence de leurs équipes.

Le corps d'hypothèses relatives à ces quatre thèmes se trouve en annexe 3. Elles ont guidé notre recherche et alimenté la réflexion correspondante.

## 0.4. Le choix méthodologique de notre recherche et fil conducteur de la thèse

### 0.4.1. Le choix méthodologique

**« Toute méthode d'analyse et d'interprétation de la réalité hospitalière doit respecter la complexité et la diversité considérable des cultures, des modes de fonctionnement et des problèmes à résoudre, sous peine de passer à côté des problèmes fondamentaux et d'imposer des changements intellectuellement séduisants, mais sans grand rapport avec le problèmes réels »<sup>14</sup>.**

Compte-tenu de la complexité de l'organisation hospitalière, de la difficulté à y introduire des changements et du manque de recul des acteurs hospitaliers sur leurs propres situations, **nous avons préféré des hypothèses inductives aux hypothèses déductives et privilégié l'étude clinique comme source de connaissance.**

**l'hypothèse inductive** repose essentiellement sur " l'observation des faits et leurs inter-relations. Elle trouve sa source dans l'expérience, l'intuition, le raisonnement du chercheur. Par sa vérification, il peut dégager des phénomènes généralisables qui seront la source de théories ou lois."<sup>15</sup> Le fait que nous soyons un professionnel hospitalier a, par ailleurs, influencé ce choix, compte tenu de notre connaissance du terrain.

**l'hypothèse déductive** est quant à elle « caractérisée par son approche qui fait d'emblée appel aux lois et théories pour expliquer le cas particulier. Cette hypothèse peut être déduite de théories connues déjà formulées ou de travaux reconnus ayant une certaine notoriété. Sa vérification permet de théoriser le cas particulier et d'enrichir la théorie générale.

<sup>14</sup> (F) GONNET « Conclusions et recommandations pour la mise en place du dispositif miroir à l'hôpital ». Rapport d'évaluation sur une expérience de changement menée dans deux hôpitaux à la demande de la Direction des Hôpitaux, Février 1987, p 3

<sup>15</sup> (M) FORMARIER "La méthode" – La recherche en soins infirmiers, n° 2, oct-nov 1985, p 62

En fait le caractère de l'hypothèse est rarement aussi net : si l'on en croit (R). RUDNER, non seulement la déduction n'est pas restreinte à l'inférence du général au particulier, mais aussi l'induction - qui comprend la sélection des hypothèses - implique fréquemment, comme une de ses étapes, de faire une déduction.<sup>16</sup>

Cette vision dynamique et constructive de l'entreprise est la base de l'analyse socio-économique.

Notre démarche consiste en une **recherche-intervention** s'inscrivant dans la logique de la recherche-intervention proposée et pratiquée par l'équipe de l'ISEOR<sup>17</sup>. Cette dernière consiste en une approche plutôt **constructiviste** qui permet la mise en exergue de la **connaissance cachée**, favorisant :

- la (ré)interprétation des contextes, des règles et des conventions organisationnelles, par rapport à des buts, et pas seulement pour comprendre leurs causes

- les démarches anticipatrices à conduire comme effets tactiques

- le repérage des évolutions possibles, en construisant l'action à partir des propos des acteurs eux-mêmes.

La recherche-intervention pour aboutir à l'implantation d'un management stimulant propose une méthodologie de résolution de problèmes comportant quatre étapes :

- le diagnostic

- le projet de recherche de solutions

- la mise en oeuvre des actions d'amélioration

- l'évaluation des performances

Notre recherche s'appuie sur les deux premières étapes, tout du moins dans sa formalisation, les deux étapes suivantes en constituant les principales perspectives d'évolution.

Elle prend en compte :

- le réalisme politique en lien avec la multiplicité d'acteurs

---

<sup>16</sup> (M) FORMARIER « La méthode » - La recherche en soins infirmiers, n° 2, oct-nov 1985, p 62

<sup>17</sup> voir en annexe n° 30 Les grands axes de l'analyse socio-économique (H.SAVALL, V.ZARDET ISEOR)

le jeu conflit-coopération inhérent à toute entreprise

le jeu des croyances

les apprentissages collectifs

l'identification des pôles de compétences

afin de constituer un modèle descriptif et explicatif du fonctionnement de l'hôpital et afin d'identifier les actions correctives et transformatives du changement attendu et nécessaire. Elle apportera aussi aux établissements hospitaliers des résultats tangibles et des réponses concrètes.

**C'est pourquoi nous avons fait le choix de ne pas partir d'un modèle conceptuel prédéterminé mais de construire notre connaissance par le biais d'une recherche inductive, qui considère les acteurs sources de la connaissance.**

Pour cela, nous avons dans un premier temps réalisé une **étude monographique** au sein d'un établissement hospitalier, intégrant la polyvalence comme réponse organisationnelle à la mission collective de soins. Le diagnostic a permis de faire un bilan de la situation actuelle afin de cerner comment se traduit opérationnellement la polyvalence au quotidien, comment elle est vécue par les acteurs concernés, les représentations qui y sont liées, de même que les freins et facteurs la favorisant. La direction et ses collaborateurs, le corps médical, les cadres soignants et plusieurs équipes de soins ont pu exprimer leurs points de vue au cours des entretiens individuels et/ou collectifs (51 personnes interviewées). L'analyse des contenus nous a permis d'objectiver la polyvalence et par ailleurs nous a incité à réaliser une enquête par questionnaire, en complémentarité.

Dans une seconde étape, **l'étude exploratoire par questionnaire** a été construite à partir du matériau obtenu lors du diagnostic. Quinze hôpitaux de CHU et CHG ont été consultés. Les publics infirmiers et manipulateurs en radiologie ont constitué notre échantillonnage. 442 personnes sur 867 ont bien voulu nous retourner le questionnaire dûment rempli. Des responsables médicaux, administratifs et paramédicaux ayant accepté la diffusion des questionnaires ont, par ailleurs, alimenté notre réflexion grâce à des **entretiens individuels spécifiques** (54 personnes au total).

Notre choix méthodologique de production de données s'est appuyé sur notre volonté de clarifier les modes d'exercice de la polyvalence en milieu hospitalier ainsi que leurs impacts, dans une perspective de **conceptualisation** que nous espérons, porteuse de sens.

Notre approche, étant de nature constructiviste, cette conceptualisation n'arrive que dans un second temps.

Elle sera complétée de **recommandations en matière de gestion de ressources humaines**, notamment par l'apport d'outils de pilotage, constituant une aide à la mise en

oeuvre de la polyvalence.

#### 0.4.2. Le fil conducteur

---

Cette thèse est structurée en trois grandes parties, subdivisées chacune en chapitres :

La **partie 1** brosse le **contexte** dans lequel s'enracine la problématique de la « polyvalence », à savoir un contexte structurel, socio-économique, et institutionnel, de même que son impact sur l'exercice professionnel des hospitaliers. La méthodologie de production des données clôt cette première partie.

La **partie 2** est consacrée aux résultats de la **recherche de terrain**. Elle vise à montrer, à partir des résultats expérimentaux, que l'on peut analyser l'efficacité socio-économique des modes de gestion des ressources humaines, en termes d'adéquation des compétences et des charges de travail au regard des attentes légitimes des patients. Comme nous l'avons vu, une monographie approfondie suivie d'une étude exploratoire complémentaire, par questionnaire ont été réalisées. Les infirmier(e)s, manipulateurs en radiologie ainsi que leurs responsables médicaux, administratifs et soignants ont constitué le public de référence, pour tenter de mettre en exergue les messages dominants relatifs à l'exercice de la polyvalence intramétier en milieu hospitalier.

La **partie 3** vise, quant à elle, à dégager « des phénomènes généralisables ». Ils constitueront la source d'un essai de **conceptualisation** de notre vision de la polyvalence, ainsi que de ses processus mobilisateurs, par le biais, notamment, d'une approche diachronique et synchronique.

**C'est pourquoi, la réflexion théorique, issue de la recherche-intervention, n'arrive qu'en troisième partie. Elle s'est construite au cours de l'action et ne la précède donc pas.**

Nous allons, à présent, aborder la première partie de notre thèse.

# PARTIE 1 L'EVOLUTION DU SYSTEME HOSPITALIER EN FRANCE

***" L'hôpital est un théâtre, le théâtre de la vie, de la mort et de la souffrance, mais aussi celui de l'espoir de guérison. Le médecin, l'infirmière et tous ceux qui les entourent sur la scène hospitalière y jouent les premiers rôles devant le public des malades, de leurs familles, du public en général "***<sup>18</sup> Les dernières décennies ont vu naître une large diversité de catégories professionnelles hospitalières, témoignant des mutations passées et actuelles. Les exigences sans cesse renouvelées d'offre de soins en adéquation avec le contexte social, économique, culturel et politique qui est le nôtre, nous invitent à réinterroger le fonctionnement hospitalier d'aujourd'hui.

La notion même " d'hôpital " est difficile à cerner, dans la mesure où ce terme a recouvert, au cours des siècles, différentes significations.

" Hospes " en latin, a donné en français, hôte, hôpital, hospitalisé, hospice.

Selon J. Imbert<sup>19</sup>, il désigne au départ une maison destinée à recevoir tous les malheureux touchés par l'âge (enfants abandonnés ou vieillards pauvres), par la maladie

<sup>18</sup> MAILLARD (C) : " Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours : comment la santé est devenue une affaire d'état ". Avant-propos. Edition Dunod, Bordas, Paris, 1986, 200 pages. Cf. VARILLE (M) " Les Hospices Civils de Lyon " (542-1952), Lyon, Audin, 1953.

ou les infirmités. Les voyageurs et les pèlerins y sont également reçus.

Sous la monarchie absolue, les établissements dans lesquels sont enfermés, sur ordre de la police, les mendiants, les vagabonds et les femmes de mauvaise vie, sont appelés " hôpitaux généraux ". Au cours de la révolution française, le terme " hôpital " renvoie à établissement de mauvaise réputation, il sera ainsi remplacé par le mot " hospice ".

Au XIX<sup>e</sup> siècle, on revient à l'utilisation du terme " hôpital " pour désigner le lieu de dispensation des soins, la médecine évoluant. Le terme " hospice " demeure usité parallèlement et évoque les établissements recueillant les enfants abandonnés, les vieillards valides et les infirmes. Ce n'est qu'au XX<sup>e</sup> siècle qu'apparaissent les " asiles ", " centres de soins ", " maisons de retraite ", etc.

Cette évolution sémantique témoigne parallèlement de l'évolution hospitalière. Nous vous proposons une synthèse en annexe<sup>3</sup>, construite selon les grandes dates qui ont jalonné son cours. Ce découpage chronologique, habituellement retenu par les historiens, permet de mieux circonscrire le cheminement des établissements de soins, au travers des événements politiques, économiques, sociaux et religieux de notre pays. TENON ne disait-il pas à la fin de l'Ancien Régime " Les hôpitaux sont, en quelque sorte, la mesure de la civilisation d'un peuple ".

Approcher l'hôpital contemporain, institution en perpétuel devenir, nécessite, à une époque où la prise en charge de la santé fait l'objet de débats réitérés sur toutes les scènes politiques, une explication sur son **organisation**, ses **missions**, et ses **acteurs**.

A partir d'une réflexion sur les organisations en général, nous essaierons de cerner la configuration structurelle hospitalière, en particulier. Puis nous évoquerons les principales missions du service public hospitalier, à savoir la mission institutionnelle et, en complémentarité, les diverses missions professionnelles. Enfin, nous expliciterons en quoi a consisté notre méthodologie de production des données, dans un objectif de construction de la connaissance sur la polyvalence, ses modes d'exercice et ses effets.

## Chapitre 1 - La configuration structurelle hospitalière

Ce premier chapitre a comme objet de saisir les principaux éléments de l'organisation hospitalière, afin de mieux en appréhender le fonctionnement.

Sachant que le financement des hôpitaux dépend des mécanismes collectifs qui assurent le paiement des dépenses de santé, sans cesse croissantes, on ne peut occulter les contraintes de plus en plus fortes imposées par ces organismes. Il devient donc essentiel de comprendre les principales règles de fonctionnement des établissements hospitaliers avant d'imaginer la nature des évolutions qui accompagneront leur mutation.

---

<sup>19</sup> IMBERT (J) (sous la direction de) Mollat (M), Gutton (JP), Raynaud (P), Veyret (L) : " Histoire des hôpitaux en France ", Collection Privat, Toulouse, 1982, 559 pages. Cf. MOLLAT (M) " Les pauvres au Moyen Age " Paris, Hachette, 1978. <sup>3</sup> Annexe 7

Si toutes les organisations ont besoin d'une structure, peut-être existe-t-il une forme de structure optimale qui serait l'essence de l'organisation ? L'observation des situations de travail à l'hôpital confirme l'existence d'un travail complexe, dispersé, divisé, physiquement et mentalement lourd pour les acteurs.

Sans avoir l'ambition de définir la bonne structure ou le modèle de référence requis, par opposition aux modèles existants ou ayant existé, il apparaît toutefois opportun de resituer les insuffisances actuelles par rapport aux grands courants de pensée qui ont contribué à l'avènement de l'organisation.

### 1.1. Le cadre de réflexion sur les organisations

---

Les organisations sont un élément familier de notre environnement quotidien. Nous y associons spontanément les termes « secteur d'activités », « activités », « structures », « mission », « fonction », « poste »... qu'il s'agisse d'entreprises, d'administrations, de sociétés de service ou de bien d'autres organisations. Les succès et les difficultés qu'elles rencontrent font l'objet de toutes les critiques. Les composantes du fonctionnement des organisations sont ainsi disséquées, observées, analysées et normalisées.

La sociologie des organisations rend compte des transformations qui se sont opérées en s'interrogeant sur leurs origines, leurs modalités de fonctionnement et les impacts corrélés.

L'organisation regroupe un certain nombre de personnes indépendantes qui travaillent ensemble pour atteindre des buts communs. Le management en est l'organe moteur. De la qualité du management vont dépendre le degré de réalisation des objectifs de l'organisation et son adaptation au monde extérieur. Selon J.P. GRUERE<sup>20</sup>, l'organisation peut être vue par un économiste comme un rassemblement de ressources humaines et matérielles, de travail et de capital. Pour le sociologue M. CROZIER<sup>21</sup>, elle est une réponse à l'action collective. Elle n'est pas une donnée naturelle mais une construction modulable, plus ou moins précaire, à la fois dépendante et indépendante des individus qui la composent. Comme tout système vivant, elle évolue au gré des influences externes et internes. Il y a « phénomène organisationnel » dès lors qu'un individu unit ses efforts d'une manière formelle à ceux d'un certain nombre d'autres personnes pour atteindre un objectif. Outre le cas des entreprises, c'est aussi celui d'une multitude d'institutions : parmi elles, les hôpitaux.

Afin de mieux cerner le fonctionnement de l'hôpital, au travers des situations de travail présentées, une confrontation entre théorie et pratique courante se révèle être source d'enrichissement. C'est pourquoi nous allons retracer l'évolution des théories de l'organisation et repérer dans un deuxième temps en quoi elles influencent le système

---

<sup>20</sup> GRUERE (JP), AUBERT (N), JABES (J), LAROCHE (H), MICHEL (S) : " Management : aspects humains et organisationnels ". PUF, 1991, 655 pages, p. 11 à 42

<sup>21</sup> CROZIER (M), FRIEDBERG (E) : " L'acteur et le système ". Paris, Le Seuil, 1977, 435 pages BALLE (C) : " Sociologie des organisations ". Que Sais-je, Paris, PUF, 1990, 127 pages

hospitalier contemporain.

### 1.1.1. L'évolution des théories de l'organisation

En référence à l'analyse de W.R. SCOTT<sup>22</sup>, J.P. GUERE retient deux axes bipolaires orthogonaux, permettant de situer les différents modes d'organisation du travail et les courants théoriques qui s'y rattachent.

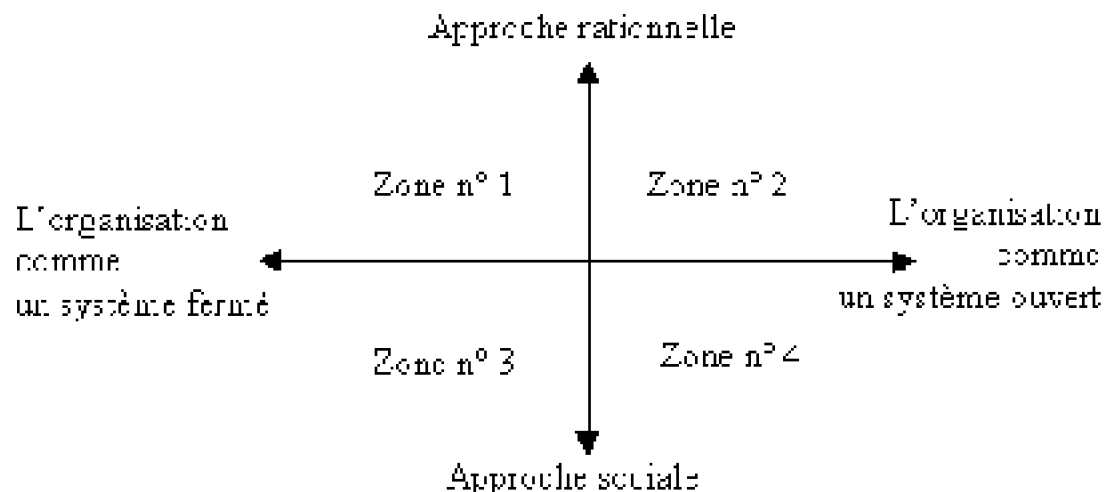


Figure 1 : Cadre de réflexion sur les organisations

23

L'axe vertical fait apparaître deux dimensions fondamentales du management, qui bien qu'exclusives, sont situées dans un rapport d'interdépendance. Il appartient aux cadres d'intégrer les termes de cette alternative dans la gestion quotidienne. **« Il s'agira par exemple de savoir comment, avec un personnel motivé et mobilisé, assurer toutes les activités pour obtenir économiquement plus avec autant d'efforts, ou économiquement autant avec moins d'efforts »**<sup>24</sup>.

Qu'en est-il à l'hôpital ? Jusqu'à la dernière décennie, l'approche sociale était prépondérante, la dynamique des ressources humaines prédominant par la recherche d'un consensus productif de soins, au travers des satisfactions et de la motivation du personnel. Puis, l'approche rationnelle, centrée sur les résultats techniques et économiques, s'est faite de plus en plus pressante, imposant l'existence d'objectifs clairs à atteindre dans un but d'efficacité et d'équilibre budgétaire.

· **L'axe horizontal** évoque la fermeture et l'ouverture du système que représente toute organisation, et pose la problématique du courant systémique. Le système fermé,

<sup>22</sup> SCOTT (WR) : " Organizations : rational, natural and open systems ".Englewood Cliffs, Prentice Hall, International Editions, 1981.

<sup>23</sup> Extrait de (JP) GRUERE : « Management : aspects humains et organisationnels ». Op cit., p. 15

<sup>24</sup> GRUERE (JP) : " Management : aspects humains et organisationnels ". Op. Cit., p. 15



centré uniquement sur la gestion des variables internes et de leurs interrelations, reflète l'état d'esprit qui régnait avant les années 60, à savoir la non-priorité des variables « environnement », « concurrence » ou « marché ». L'organisation semblait être indépendante et autosuffisante.

La prise en compte progressive d'éléments extérieurs (économiques, politiques, culturels, sociaux, technologiques, juridiques) comme influençant les mécanismes internes et, de ce fait, le destin des entreprises, a fait évoluer l'organisation vers un système dit « ouvert ».

L'hôpital se situe pleinement dans cette évolution, car au coeur d'un système complexe aux multiples interdépendances : les autorités de tutelle, les établissements de soins partenaires, les fournisseurs, les industriels, la clientèle...

Ces deux axes font ressortir quatre zones permettant de suivre chronologiquement les tendances dominantes dans l'évolution des théories de l'organisation.

*Figure 2 : Evolution des théories de l'organisation*

25

#### **1.1.1.1. 1900 - 1930 Ere du management directif : organiser pour produire efficacement**

Elle fait référence à l'école, dite classique, des pionniers des théories de l'organisation : WEBER, FAYOL et TAYLOR. H. LAROCHE<sup>26</sup> a su répreciser de manière synthétique en quoi ces précurseurs ont été les principaux contributeurs dans ce domaine. Les grands axes de leur conception respective de l'organisation sont repris entre autres dans les **extraits** suivants :

##### **1.1.1.1.1. La théorie Weberienne : la théorie de la bureaucratie<sup>27</sup>**

Né en 1864 et de nationalité allemande, Max WEBER est un érudit, qui pendant la première guerre mondiale, est nommé directeur des hôpitaux militaires de Heidelberg, et après la guerre accepte une chaire d'économie à Munich.

Max WEBER remet en cause l'autorité traditionnelle et charismatique, et propose un modèle d'organisation qui s'appuie sur des procédures explicites de fonctionnement pour rationaliser la notion d'autorité.

La meilleure forme de l'organisation humaine est, selon lui, le modèle « bureaucratique ». Il souligne l'importance primordiale de la règle comme référence commune et incontestable pour l'ensemble des travailleurs. L'ordre est régi par la règle. Si

<sup>25</sup> Source (JP) GRUERE : « Management : aspects humains et organisationnels ». Op. Cit., p. 17

<sup>26</sup> LAROCHE (H) : " Management : aspects humains et organisationnels ". Op cit., p. 468 à 471.

<sup>27</sup> WEBER (M) : " Economie et société ". Paris, 1922, réédité, Plon, 1971 CROZIER (M) : " Le phénomène bureaucratique ". Paris, Seuil, 1963

l'on parvient à maîtriser un ensemble fini de règles et de techniques concernant la composition des tâches, la capacité maximale de contrôle, la cohérence de l'autorité et des responsabilités, on peut espérer résoudre les problèmes essentiels posés aux dirigeants.

**« Bien qu'il y ait des organisations depuis fort longtemps, le développement de structures formelles sophistiquées est un phénomène récent, qui accompagne l'importance croissante des organisations dans la société. Analysant les sociétés occidentales au début du XX<sup>e</sup> siècle, le sociologue/historien/philosophe Max WEBER constate l'envahissement de la société par des organisations de plus en plus grandes, constituant des appareils administratifs puissants et élaborés. Etudiant l'administration publique prussienne, il distingue, dans l'organisation de l'Etat, des traits spécifiques qu'il oppose aux caractéristiques des organisations traditionnelles :**

. **une division du travail fixée et officialisée : les tâches des membres de l'organisation sont affectées de manière stable et explicite, et non en fonction du bon vouloir du chef ou des qualités personnelles des hommes en charge ;**

. **une hiérarchie clairement définie : les postes ou fonctions sont organisés selon une pyramide où les responsabilités et les pouvoirs sont clairement définis à chaque niveau ; les relations hiérarchiques ne laissent aucune place (en principe) aux liens de personne à personne (tels que filiation, loyauté, vassalité) ;**

. **un système de règles abstraites, stables et explicites : les actions obéissent à des règles qui s'appliquent de manière systématique, en vertu de critères généraux : il n'y a pas en principe de décisions arbitraires, résultant d'une volonté particulière ; l'action est donc contrôlable et prévisible;**

. **une séparation des droits personnels et des droits officiels : le membre de l'organisation agit en tant que membre de l'organisation et non en tant que personne particulière, les moyens qu'il utilise sont les moyens de l'organisation et non les siens propres ;**

. **une sélection du personnel sur le critère des qualifications techniques : il n'y a pas de lien personnel entre le chef et les membres, et la rétribution se fait sous forme de salaires, et non de droits acquis (ou héréditaires, a fortiori) ;**

. **une carrière progressant en fonction de critères objectifs, et non selon le bon vouloir du chef.**

**Ces traits caractéristiques, qui semblent aujourd'hui évidents, dessinent un modèle (un idéal type, dans le vocabulaire weberien) de l'organisation moderne, que**

**WEBER** nomme *bureaucratie*. La *bureaucratie* est une forme particulière d'organisation qui repose sur des principes de droit et de rationalité. Pour **WEBER**, la *bureaucratie* est la forme d'organisation adaptée à une société dont les fondements ne sont plus ni le Sacré, ni la Tradition, mais la Loi, alliée à la Raison scientifique. Ses caractéristiques garantissent son efficacité dans cette société. L'analyse de **WEBER** dépasse largement les problèmes de structure organisationnelle, dont il se souciait fort peu. Elle a été reprise tardivement par les théoriciens des organisations qui y ont trouvé un modèle de référence : la structure de l'organisation moderne serait caractérisée par :

• *la spécialisation des tâches (division systématique du travail) ;*

• *la standardisation des tâches (règles explicites et stables) ;*

• *la formalisation des tâches (définition officielle, écrite) ;*

• *la centralisation de l'autorité (pyramide hiérarchique) ;*

• *l'impersonnalisation des relations (internes et externes).*

*Certes, toutes les organisations n'ont pas ces caractéristiques ; mais elles définissent le modèle de la « bonne » structure vers lequel il convient de tendre, puisqu'elle garantit la rationalité de l'action et donc l'efficacité »<sup>28</sup>.*

La *bureaucratie* est la forme la plus typique de la domination légale. Celle-ci obéit aux principes suivants :

• *« L'existence de services définis et donc de compétences rigoureusement déterminées par les lois ou règlements, de sorte que les fonctions sont nettement divisées et distribuées, ainsi que les pouvoirs de décision nécessaires à l'accomplissement des tâches correspondantes.*

• *La protection des fonctionnaires dans l'exercice de leurs fonctions, en vertu d'un statut (inamovibilité des juges par exemple). En général, on devient fonctionnaire pour toute la vie, de sorte que le service de l'Etat devient une profession principale et non une occupation secondaire, à côté d'un autre métier.*

• *La hiérarchie des fonctions, ce qui veut dire que le système administratif est fortement structuré en services subalternes et en postes de direction, avec possibilité de faire appel de l'instance inférieure à l'instance supérieure ; en*

---

<sup>28</sup> LAROCHE (H) : " Management : aspects humains et organisationnels ". Op cit., p. 468-469

***général, cette structure est monocratique et non collégiale, et manifeste une tendance vers la plus grande centralisation.***

***Le recrutement se fait sur concours, examens ou diplômes, ce qui exige des candidats une formation spécialisée. En général, le fonctionnaire est nommé (rarement élu) sur la base de la libre sélection et de l'engagement contractuel.***

***La rémunération régulière du fonctionnaire sous la forme d'un salaire fixe et d'une retraite lorsqu'il quitte le service de l'Etat. Les traitements sont hiérarchisés en fonction de la hiérarchie interne de l'administration et de l'importance des responsabilités.***

***Le droit qu'a l'autorité de contrôler le travail de ses subordonnés, éventuellement par l'institution d'une commission de discipline.***

***La possibilité d'avancement des fonctionnaires sur la base de critères objectifs et non suivant la discrétion de l'autorité.***

***La séparation complète entre la fonction et l'homme qui l'occupe, car aucun fonctionnaire ne saurait être propriétaire de sa charge ou des moyens de l'administration ».***

L'influence wéberienne demeure aujourd'hui dans nos institutions publiques, notamment hospitalières. Les conditions d'exercice des professions hospitalières reposent toujours sur ce même caractère normatif, basé sur la rationalisation des activités sociales. Son expérience de directeur d'hôpital n'y est sans doute pas étrangère.

#### **1.1.1.1.2. La théorie de FAYOL : le rôle directif de la hiérarchie<sup>29</sup>**

Né en 1841, FAYOL, industriel français, énonce les principes administratifs sur lesquels doit se fonder toute gestion efficace des organisations. Il préconise, en s'inspirant de conceptions militaires, un processus purement directif de gestion des hommes, partant du sommet de la hiérarchie pour aboutir à la base. Toute organisation est régie par l'autorité et la discipline. Elle sera d'autant mieux administrée qu'il y aura une unité de commandement et un principe équitable de rémunération du personnel. D'un côté, les dirigeants dont l'autorité naturelle s'impose, de l'autre les exécutants, dont l'intérêt bien compris est d'accepter la règle du jeu. La rationalité des principes administratifs doit s'imposer à tous.

***« FAYOL établit l'importance d'une fonction trop négligée au profit des fonctions techniques ou financières : la fonction administrative, composante capitale de l'activité des responsables, chefs et directeurs, dans les organisations. Il définit***

<sup>29</sup> cf FAYOL (H) : " Administration Industrielle et Générale ". Paris, 1916, réédité par Dunod, 1979.

**les missions de l'administrateur (nous dirions aujourd'hui : le manager) : planifier, organiser, commander, coordonner, contrôler. Ce manager, ce chef, il en fait le centre de l'organisation, non comme détenteur d'un pouvoir arbitraire, mais comme élément d'une hiérarchie dont il précise les règles de fonctionnement. Tout d'abord, l'autorité du chef ne vaut rien sans une responsabilité correspondante. Comme la division du travail est poussée, le chef est affecté à un domaine bien délimité : le principe d'unité de commandement veut qu'un agent ne reçoive ses ordres que d'un seul chef, et le principe d'unité de direction énonce qu'un ensemble d'opérations visant le même but doit être dirigé par un seul et même chef. Mais ces chefs sont liés entre eux par une hiérarchie pyramidale : leur action doit respecter le principe de la centralisation de l'autorité, et les communications doivent suivre la voie hiérarchique. Toutefois, pour accélérer l'action et faciliter les communications, une certaine décentralisation est possible. Les communications directes de subordonné à subordonné sont envisageables sous certaines conditions qui respectent le principe hiérarchique : il faut que le ou les chefs des subordonnés en question aient donné leur accord de principe à cette communication directe, et qu'ils soient informés de son contenu et de ses résultats. Cette décentralisation doit être prudente, et s'adapter aux circonstances locales. Pour FAYOL, le chef est l'instrument principal de coordination et d'intégration. Il faut donc accorder une attention toute spéciale à ce qui conditionne son efficacité. En particulier, se pose le problème du nombre de subordonnés qu'un chef peut efficacement commander (en fait, non seulement commander, mais aussi planifier, organiser, coordonner et contrôler)»<sup>30</sup>.**

Ce problème de l'éventail de contrôle optimal générera de nombreuses controverses et des calculs compliqués de la part de nombre de disciples. On verra plus loin que ce problème ne peut recevoir de réponse universelle. Reste, et c'est ce que les théoriciens classiques avaient compris, qu'il doit être posé.

#### **1.1.1.1.3. La doctrine taylorienne : la standardisation<sup>31</sup>**

Né en 1856 près de Philadelphie aux Etats-Unis, TAYLOR a su développer un cursus professionnel très diversifié, et pas seulement dans le milieu industriel. En effet, la nature de ses activités, ainsi que leur polyvalence ont une connotation très actuelle : il a été ouvrier, technicien, cadre, théoricien social, consultant, expert auprès du gouvernement, tantôt simultanément, tantôt alternativement. Cette variété des expériences professionnelles alimente sa théorie tout au long de sa vie.

Il crée « l'organisation scientifique du travail » en réfléchissant sur le contexte industriel nord-américain au début du siècle. La position de TAYLOR à l'égard du travail ouvrier, ses attaques contre la flânerie et le collectivisme, ses conceptions de la parcellisation, de la mécanisation et du contrôle des tâches sont autant de facteurs qui ont stigmatisé sa contribution à l'étude des organisations.

<sup>30</sup> LAROCHE (H) : " Management : aspects humains et organisationnels ". Op cit., p. 468 à 470

<sup>31</sup> TAYLOR (F) : " La direction scientifique des entreprises ". Paris, Dunod, 1975.

L'organisation-type qu'il propose institue **une division verticale du travail**. Elle différencie formellement les tâches confiées aux dirigeants (coordination, expertise, détermination des conditions de travail) et dévolues aux exécutants, ainsi que les missions spécifiques des différentes fonctions de l'entreprise. Sa célèbre maxime « the right man at the right place » concernant la sélection des hommes, de même que « the one best way » prônant la meilleure technique ou méthode pour accomplir sa tâche illustrent sa théorie de la standardisation.

Cette organisation centralisée, pyramidale et scalaire, s'inscrit dans un rapport a priori « gagnant-gagnant », devant aboutir à une maximisation de l'efficacité de l'organisation.

**« A la différence de FAYOL, F. W. TAYLOR est très conscient des limites du pouvoir du chef. Il constate que dans l'industrie, la division poussée du travail ne suffit pas à assurer une productivité optimale ; les contremaîtres ont beaucoup de mal à obtenir des efforts de leurs ouvriers et sont largement incapables de contrôler leur productivité réelle. TAYLOR identifie précisément la cause de cette carence : si le contrôle précis du travail est impossible, c'est parce que ce travail est mal connu par la hiérarchie. Seuls les ouvriers le connaissent par leur apprentissage sur le tas et la transmission par imitation de tours de main et de savoir-faire non explicités. Le contrôle du travail exige donc au préalable la connaissance précise du travail, la définition de méthodes explicites pour effectuer les tâches, et l'application stricte et pointilleuse de ces méthodes par les ouvriers. Au chef se substitue, dans une large part, l'expert, qui définit et met en place les méthodes de travail. L'expert standardise les méthodes de travail. Par cette standardisation, il permet à la fois une meilleure division du travail et un contrôle précis sur le travail effectué. Ce contrôle est double : a priori, l'ouvrier est censé appliquer les méthodes ; a posteriori, la standardisation permet la réalisation de mesures précises et leur confrontation à des normes de productivité. Plus de contrôle, donc plus de coordination : la standardisation prévient l'apparition des problèmes de coordination. Les méthodes standardisées tiennent compte des interdépendances liées à la division du travail, elles anticipent sur les problèmes qu'elles peuvent poser. La structure de l'organisation s'enrichit d'un élément nouveau : la standardisation. Aux ordres s'ajoutent les règles, à la hiérarchie s'ajoute le corps des experts. L'état-major, ou « staff », ensemble des spécialistes qui définissent les méthodes de travail, s'ajoute au « line », la hiérarchie classique qui, investie de l'autorité formelle directe sur les opérateurs, conduit directement les opérations. L'importance relative du staff et du line et les relations entre les deux sont l'objet de nombreuses discussions. TAYLOR accorde une place prédominante aux experts et est prêt à sacrifier le principe de l'unité de commandement pour placer un opérateur donné sous l'influence de plusieurs experts de spécialités différentes. D'autres veulent maintenir l'intégrité de la hiérarchie. Mais le principe est acquis : l'expert a fait son entrée dans l'organisation et une place particulière lui est réservée dans la structure pour qu'il puisse exercer sa mission standardisatrice »<sup>32</sup>.**

La place de la doctrine taylorienne dans la réflexion sur les organisations a été

---

<sup>32</sup> LAROCHE (H) : " Management : aspects humains et organisationnels ". Op cit., p. 471

définitivement établie, à partir du moment où elle a été retenue comme une théorie classique de l'organisation. A ce titre, les idées de TAYLOR demandaient à être connues, discutées et leur mise en cause constituait un dépassement légitime.

Ces trois théoriciens ont minimisé l'influence des forces de l'environnement, les phénomènes de pouvoir, les phénomènes de groupe et d'une façon générale les phénomènes informels liés à l'apparition des phénomènes formels.

### **1.1.1.2. 1930-1960 L'école des Relations Humaines : motiver l'individu**

La logique du système fermé prédomine encore tant bien que mal, en passant toutefois d'une approche rationnelle à une approche sociale.

L'école des Relations Humaines prend son essor et apporte une réponse à l'insatisfaction exprimée par certains ouvriers à la chaîne, soumis aux dures contraintes du système taylorien. La crise économique de 1929 contribue à modifier certaines perspectives théoriques en remettant en cause les postulats de rationalité totale, compte tenu des nouvelles réalités sociales, économiques et politiques.

Une étude menée dans une usine d'Hawthorne à Chicago, par Elton MAYO<sup>33</sup> et ses collègues, met en relief l'influence des « attitudes » et des « relations » sur la qualité du travail. En effet, outre le système formel d'organisation du travail, coexiste un système informel, constitué par la nature des communications entre les membres de l'établissement.

L'organisation est donc à la fois formelle et informelle, technique, humaine, sociale et idéologique. Au sein de cette organisation à plusieurs facettes, l'homme se révèle avoir des motivations complexes, et de ce fait, ne réagit pas uniquement à l'appât du gain. Les motivations intrinsèques peuvent le conduire à des performances quantitatives et qualitatives supérieures à celles obtenues dans un système répressif. C'est l'époque où MASLOW<sup>34</sup> représente, sous forme de pyramide, la hiérarchisation des besoins humains.

---

<sup>33</sup> MAYO (E) : " The social problems of an industrial civilisation ". London, Routledge and Kegan Paul, 1949

<sup>34</sup> MASLOW (AH) : " A theory of human motivation ". Psychological Review, vol 50, 1943

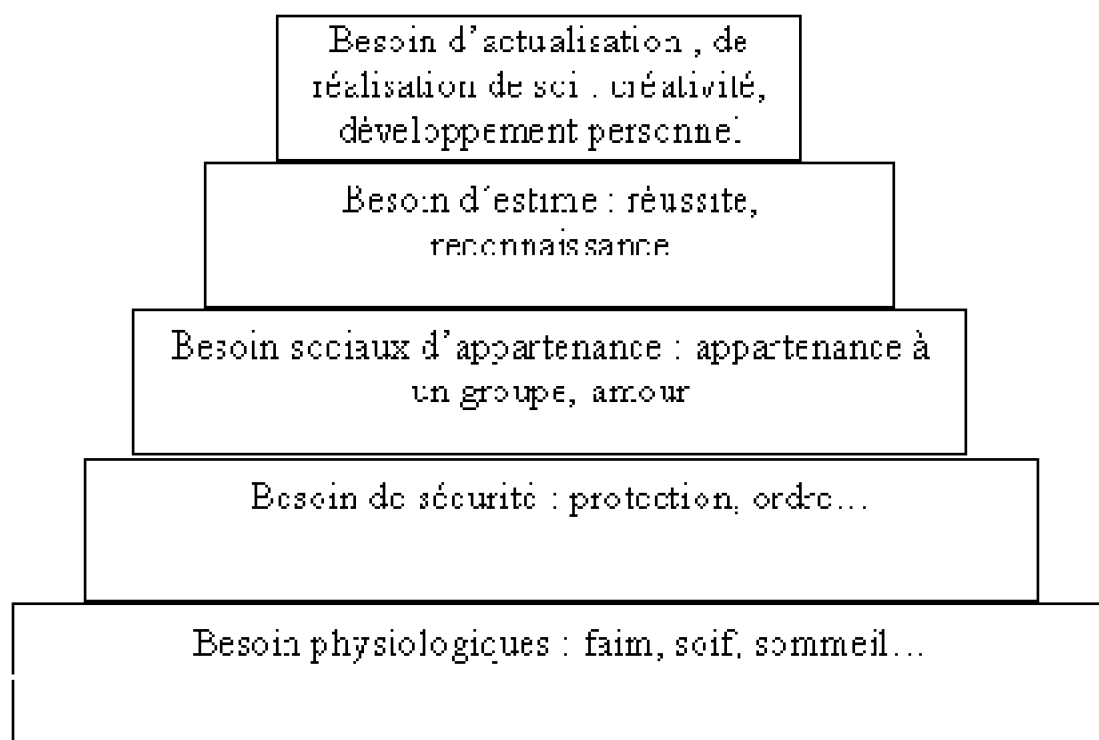


Figure 3 : La Pyramide de MASLOW

35

Les professions paramédicales, dont la mission première est de répondre aux besoins des patients, ont toutes été formées à ce modèle théorique, car il constitue une référence dans l'élaboration des conceptions de soins.

En ce qui concerne les professionnels des hôpitaux publics, on observe que les trois premières marches » de la pyramide sont globalement satisfaites, en revanche les besoins d'estime et de réalisation de soi restent à combler. La grève des infirmières dans les années 1989-90 nous l'ont démontré. MASLOW apporte une nouvelle tonalité au fonctionnement des organisations. En donnant plus de responsabilités, plus d'autonomie aux salariés, on accroît leur motivation.

Frédéric HERZBERG<sup>36</sup>, économiste américain et professeur de psychologie industrielle, complète la théorie de MASLOW et repère les facteurs source de satisfaction et d'insatisfaction. Il distingue ainsi deux grands types de facteurs<sup>37</sup> :

Les facteurs « d'hygiène » ou de conditionnement provoquent de l'insatisfaction quand

<sup>35</sup> (Source MASLOW (AH) « A theory of human motivation »

<sup>36</sup> cf HERZBERG (F) : " Le travail humain et la nature de l'homme ". Paris, 1966

<sup>37</sup> MICHEL (S) : " Motivation, satisfaction et implication " dans " Management : aspects humains et organisationnels ". Op. Cité, p. 175 à 181



ils ne sont pas pris en considération, mais ne provoquent pas pour autant la satisfaction quand ils le sont. Ils constituent la base de la bonne santé des relations humaines dans l'entreprise. Il s'agit des relations avec les supérieurs ou les subordonnés, des avantages sociaux et du salaire, des conditions matérielles du travail, du statut,

Les facteurs « moteurs » quant à eux, ne provoquent pas d'insatisfaction lorsqu'ils ne sont pas pris en compte, mais utilisés à bon escient, ils déclenchent de la satisfaction. Il s'agit des possibilités de carrière, de la responsabilité, de la bonne appréciation des performances, du sentiment de pouvoir se réaliser et surtout du contenu même de la tâche.

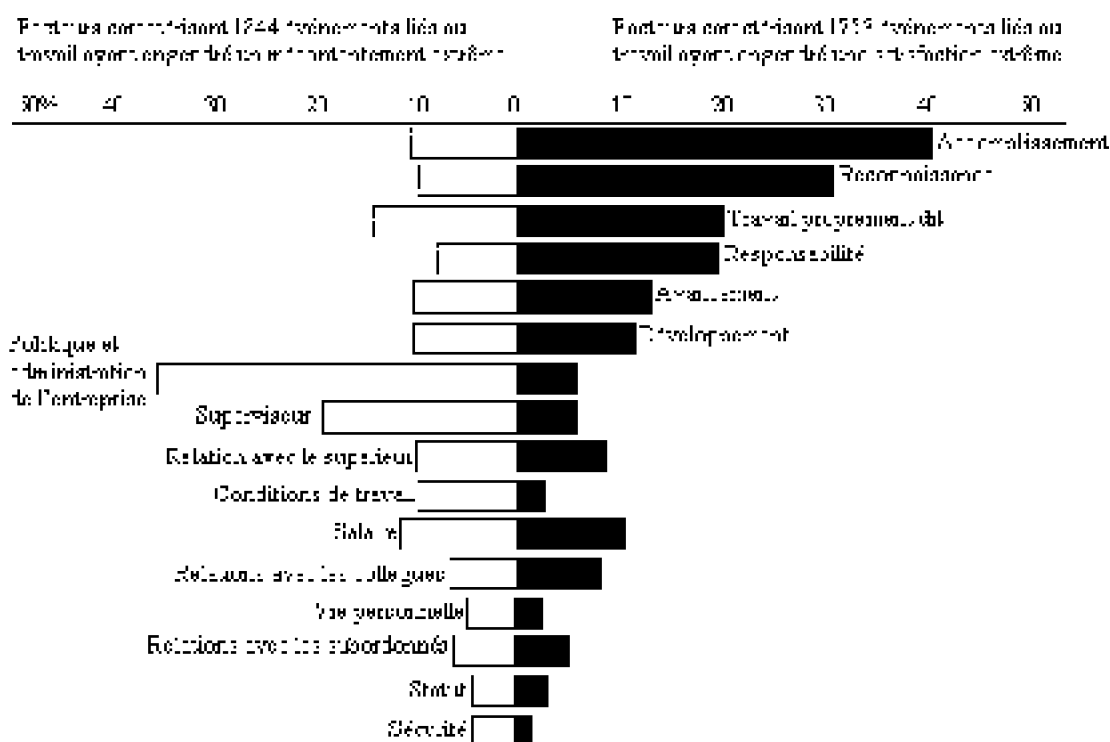


Figure 4 : Facteurs influant sur le comportement de travail selon HERZBERG<sup>38</sup>

39

Globalement, les facteurs d'hygiène correspondent aux besoins des deux premiers niveaux de la pyramide de MASLOW (physiologique et sécurité) alors que les facteurs moteurs ont des points communs avec les trois niveaux supérieurs de cette même pyramide. Ce schéma démontre qu'il ne suffit pas de réduire des facteurs source d'insatisfaction, au sein de l'entreprise, mais surtout qu'il est nécessaire de jouer sur les facteurs sources de satisfaction pour obtenir une performance économique et sociale profitable à tous.

<sup>38</sup> GRUERE (JP) : " Management : aspects humains et organisationnels ". Op cité, p. 177

<sup>39</sup> Source GRUERE (JP) « Management, aspects humains et organisationnels » op cité, p 177

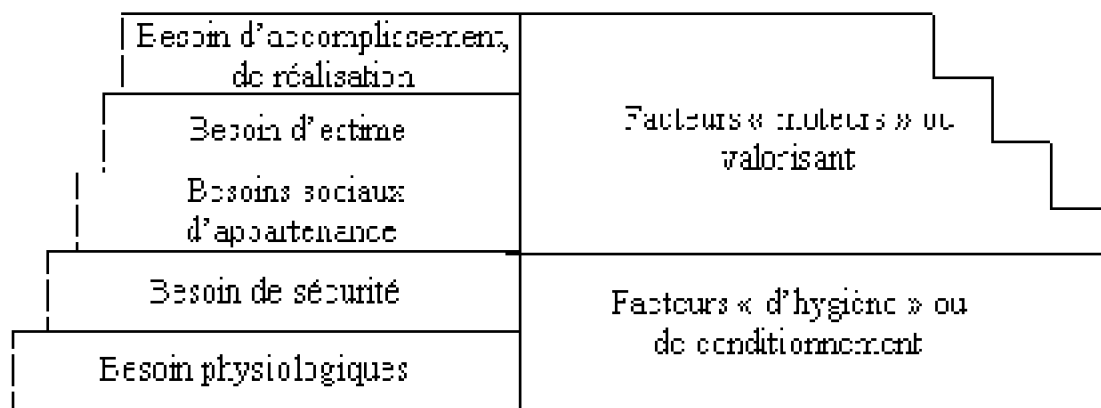


Figure 5 MASLOW comparé à HERZBERG

40

HERZBERG considère donc que le contenu de la tâche est un facteur motivant. L'enrichissement des tâches permettra aux salariés d'être plus responsables, plus autonomes et plus efficaces. Pour ce faire, conception et exécution forment des activités indissociables à l'inverse du processus de taylorisation. L'enrichissement des tâches est un sous-ensemble de l'élargissement des tâches, facteur de polyvalence.

Les hiérarchisations de besoins, réalisées par MASLOW et HERZBERG ont eu et ont encore des retombées positives dans les organisations, bien qu'ayant fait l'objet de controverses par leurs successeurs, PORTER notamment dans les années 1968. En effet, une hiérarchisation universaliste reste contestable, car il existe des différences individuelles liées à l'histoire personnelle, des différences culturelles et des différences de contexte organisationnel, induisant des niveaux de besoins, de nature et d'ordre différents.

Le courant des relations humaines est le courant de la dynamique des groupes, façonnant l'influence des structures informelles sur les structures formelles de même que l'influence de la motivation de l'homme au travail sur la productivité et l'efficacité de l'organisation. Malgré ses apports, il a été partiellement discrédité par son « psychologisme », qui tend à réduire les problèmes organisationnels à des problèmes psychologiques individuels, les composantes sociologiques et politiques n'étant pas prises en compte. Il a contribué à une certaine humanisation des milieux professionnels sans toutefois remettre en cause l'essentiel des postulats tayloriens.

Selon JP GRUERE<sup>41</sup> : « **Les travaux d'Herbert SIMON<sup>42</sup>, sur la prise de décision, ont été utilisés rétrospectivement pour tenter de réconcilier la rationalité promue par l'OST et le monde affectif mis en avant par l'Ecole des relations humaines. SIMON conteste en effet la notion de rationalité absolue ou illimitée. Il lui préfère la notion de rationalité limitée et partagée. Limitée, car personne ne peut tout**

<sup>40</sup> Source : (JP) GRUERE et (J) JABES : « Traité des organisations », Paris, PUF, 1982, p. 25

<sup>41</sup> GRUERE (JP) : "Introduction " de " Management : aspects humains et organisationnels". Op cité, p. 22

<sup>42</sup> SIMON (H) et MARCH (JG) : " Les organisations ". Paris, Dunod, 1964

*connaître, a fortiori, dans le domaine du management, et chacun reste centré sur son rôle organisationnel et ses prérogatives. Partagée en ce sens que toute décision concerne l'ensemble du système. Elle n'est pas l'apanage des seuls dirigeants dans la mesure où elle concerne chaque membre impliqué dans l'organisation. Le rôle du manager aux prises avec plusieurs logiques (administrative, commerciale, financière de production), c'est de trouver le plus souvent une « solution satisfaisante », et de tenter de l'optimiser. Le passage entre la zone « deux » du schéma (système fermé - approche sociale), et la zone « trois » (système ouvert - approche rationnelle) peut faire figure à première vue, de régression sociale en ce sens que la théorie reprend les hypothèses mécaniques au sujet de l'individu. Mais elle peut aussi représenter un progrès dans la mesure où les théories en viennent à considérer l'organisation comme modelée et façonnée par des forces exogènes et non plus uniquement endogènes. La perception des théoriciens et des managers a pris du champ. Des pans entiers de la réalité restés dans l'ombre sont reconnus, récupérés et intégrés dans leur nouvelle façon d'envisager l'organisation et son fonctionnement ».*

### **1.1.1.3. 1960- 1970 Le courant de la contingence et de la planification : adapter la structure**

A partir des années 60, et plus particulièrement aux Etats-Unis, l'organisation est considérée comme un système ouvert sur l'environnement, donc soumis aux aléas et aux incertitudes liés à cet environnement. Il n'y a donc plus d'organisation idéale. Ce système ouvert s'inscrit toutefois dans une approche rationnelle de l'organisation.

Cette dernière est composée d'individus rationnels qui prennent des décisions. Les individus, ou décideurs, ne possèdent cependant pas tous les éléments d'information qui feraient de cette prise de décision un acte entièrement rationnel. Ils opèrent des choix en fonction de leur perception, de leur position, de leur programme d'action. Dans un ensemble complexe, ils réduisent l'incertitude en simplifiant les données du problème à résoudre. C'est en ce sens que la rationalité de la décision est limitée.

Il s'agit pour les managers d'adapter la structure aux contraintes de l'environnement. La survie et le développement des organisations dépendent de forces exogènes qu'il convient de repérer avec soin.

P. LAWRENCE et J. LORSCH<sup>43</sup> observèrent que les entreprises, leaders des secteurs stables, conservaient une forme d'organisation simple et fonctionnelle. En revanche, les leaders de secteurs à évolution rapide adoptaient des structures plus décentralisées. L'efficacité de toute entreprise dépend ainsi de la congruence des structures et des procédures avec les contraintes de l'environnement.

La bonne organisation est celle qui sait s'adapter à son environnement. Le processus d'adaptation en est le centre. Les comportements entre les personnes sont marqués par les rapports à l'extérieur, et font l'objet d'ajustements constants. Selon les cas, l'allié devient opposant ou conflictuel, puis de nouveau coopérant... Les rapports interindividuels

<sup>43</sup> LAWRENCE (PR), LORSCH (JW) : " Adapter les structures de l'entreprise ". Paris, Ed. D'Organisation, 1973

ne sont pas de l'ordre de la psychologie. Les enjeux des relations règnent autour des incertitudes, ce qui s'oppose au formel.

L'adaptation de la structure à son environnement constitue la pièce maîtresse de la « théorie de la contingence » initiée par LAWRENCE et LORSCH.

La structure, dépendante de l'environnement, conditionne la performance. On distinguera quatre principaux facteurs de contingence :

· l'âge et la taille de l'organisation ;

· le système technique utilisé par l'organisation ;

· l'environnement de marché dans lequel elle est placée ;

· l'environnement culturel national dans lequel elle baigne.

Les mécanismes de coordination constituent un ensemble de solutions structurelles qui seront mobilisées en fonction du caractère spécifique des problèmes de coordination rencontrés. Le choix de ces mécanismes se fait en prenant en compte les facteurs de contingence pré-cités.

Il est intéressant de voir qu'à cette période, les relations de coordination influent sur le paramétrage des postes de travail. L'organisation doit spécifier à ses membres la nature de leur travail, de leurs tâches, de leurs fonctions. Cette spécification sera plus ou moins précise selon le degré de spécialisation des postes.

La spécialisation découle directement de la nature et du degré de la division du travail. Elle prend deux formes distinctes.

La spécialisation horizontale résulte de la fragmentation d'opérations complexes en série d'opérations élémentaires. La fabrication d'automobiles est toujours conçue comme telle (l'assemblage des portes, le montage des sièges, se font sur des postes de travail différents).

La spécialisation verticale résulte, quant à elle, de la séparation entre la conception des tâches et leur réalisation. C'est, comme nous l'avons vu et comme chacun sait, celle prônée par TAYLOR. L'exécution des tâches n'appelle dans ce cas aucune initiative de la part de l'exécutant. La spécialisation verticale définit le degré de contrôle de l'opérateur sur la manière d'effectuer son travail.

A l'intérieur d'une organisation, la spécialisation dans ses deux dimensions, varie fortement d'une partie de l'organisation à l'autre, et diminue en fonction du niveau hiérarchique. Il ne faut toutefois pas confondre degré de spécialisation et présence de spécialistes, qui peuvent travailler sur des postes très largement définis au sein d'équipes pluridisciplinaires et sur des missions multiples ou changeantes.

**La formalisation** vient expliciter le contenu du travail, qu'il soit spécialisé ou non

(description de postes, règlements, manuels de procédures). Elle est très nettement liée à la taille de l'organisation. Plus cette dernière est grande, moins la mémoire des hommes suffit !

**La formation** internalise les exigences de l'organisation, en agissant sur les comportements à acquérir, et confère plus d'autonomie à la personne devenue plus compétente. Une formation et une formalisation poussées, sous-tendues par des règles précises, peuvent encourager la polyvalence des opérateurs, en principe du moins, et augmenter leur capacité d'action, et ce, en fonction des contraintes environnementales.

La mise en application de la théorie de la contingence présente cependant le risque d'hypertrophier l'incidence de l'environnement et de le promouvoir en déterminisme absolu.

### **1.1.1.4. 1970 à nos jours - L'ère du management participatif : mobiliser par la culture**

A partir des années 70, l'organisation est reconnue comme un système ouvert et la place des hommes dans l'entreprise est reconsidérée. C'est à cette période que Michel CROZIER véhicule le courant stratégique et systémique<sup>44</sup>, dépassant les visions partielles de la réalité observées au travers des courants précédents. En effet, le courant de l'OST a ignoré la place de l'affectif et le poids des individus dans l'organisation. Celui des relations humaines a fait comme si les individus évoluaient dans un champ neutre, et a placé l'organisation comme une simple contrainte extérieure aux individus et sans interaction sur leurs comportements. Quant au courant de la contingence, il focalise son énergie, sa réflexion et son action sur l'environnement.

Pour l'analyse stratégique, l'acteur et le système sont en permanente interaction. Il n'y a plus deux pôles séparés avec prééminence de l'un ou de l'autre, mais deux pôles en constante interaction.

Selon M. CROZIER et E. FRIEDBERG, l'organisation n'est pas un phénomène naturel qui s'imposerait de l'extérieur aux hommes en vertu de lois générales. L'organisation n'existe pas indépendamment des acteurs qui la construisent en permanence, à travers leurs stratégies et leurs relations de pouvoir faites de conflits et de négociations. Il ne peut exister de modèle d'organisation idéal, mais des systèmes d'action concrets par lesquels les acteurs gèrent leur coopération tout en s'évertuant à préserver leur marge de liberté, et ce en fonction d'une règle du jeu tacite. Ce concept de jeu est utile comme modèle d'intégration entre deux orientations contradictoires, non réconciliées, celle de la stratégie égoïste de l'acteur et celle de la cohérence finalisée du système.

C'est à partir de ce moment-là que toute entreprise a dû se battre pour survivre, parce que la nature de l'environnement est devenue très complexe et soumise à des rapports de force de plus en plus rudes.

J.P. GRUERE confirme qu'à ce stade, « l'acteur social complexe » va supplanter

---

<sup>44</sup> CROZIER (M), FRIEDBERG (E) : " L'acteur et le système ". Paris, Le Seuil, 1977.

l'agent rationnel. Cet acteur social va être sollicité tel qu'il est avec ses forces, ses faiblesses, ses limites, ses contraintes et ses absurdités éventuelles. L'entreprise agitée par des forces extérieures est en constante évolution.

La compétition économique mondiale voue les entreprises au culte de l'excellence. Pour ce faire, la mobilisation de tous exige un engagement consenti de la part du personnel, des valeurs communes et des objectifs à atteindre partagés.

**« Le modèle de l'efficacité japonaise décrit par OUCHI hante les esprits des managers américains. La pratique du consensus, inscrite dans la culture nipponne, constitue un avantage décisif dans la compétition économique au niveau du globe. L'engouement pour la « culture » comme variable décisive du fonctionnement des organisations, provient sans doute des difficultés économiques rencontrées ces dernières années. Les solutions technologiques, économiques et structurelles se révèlent impuissantes ou insuffisantes pour sauver les entreprises en difficulté. La culture fait figure de facteur explicatif des dysfonctionnements. Elle fait aussi office de réserve de productivité mobilisable. Elle joue un rôle dynamique important parce qu'elle constitue un ensemble de connaissances et d'informations stockées sous des formes diverses, et dont se servent les membres de l'organisation pour résoudre à leur façon les problèmes qui se posent à eux. Ces réserves en stock leur permettent d'affronter plus sereinement les aléas et l'incertitude, et d'en apprivoiser les formes. « Pas de panique face au désordre », c'est la façon dont WEICK encourage les managers à un certain stoïcisme. A ses yeux, l'ambivalence à court terme peut garantir l'adaptation à long terme, et à tout prendre, l'action chaotique est préférable à une inaction ordonnée. « L'adhocratie », concept utilisé par TOFFLER, est une des réponses structurelles aux situations complexes et incertaines abordées dans cette zone n°4. Elle produit plus de démocratie interne et de participation et moins de bureaucratie, mais exige des membres de l'organisation une grande tolérance à l'ambiguïté et une interdépendance poussée. Si elle ne convient pas aux activités simples, elle peut faire merveille pour affronter les turbulences d'un environnement hautement incertain et soumis à des changements multiples (High-Tech). Le management participatif est une issue actuelle aux problèmes de qualité et de compétitivité que rencontrent les organisations soumises à la concurrence. Pour SAINSAULIEU, une gestion démocratique impose aux ensembles organisés une nouvelle régulation culturelle fondée sur la reconnaissance et la confrontation continue d'un plus grand nombre d'acteurs au travail. L'organisation est un lieu d'apprentissage culturel dont l'enjeu psychologique est l'accès à l'identité pour ses membres. L'image qu'ils ont d'eux-mêmes va dépendre de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance sociale qui leur est réservée. La mobilisation par la culture puise en partie ses ressources dans ce phénomène identificatoire »<sup>45</sup>.**

---

<sup>45</sup> GRUERE (JP) : " Introduction " de " Management : aspects humains et organisationnels". Op cité, p. 26 et 27 cf OUCHI (W) : " Théorie Z ", Paris, InterEditions, 1982 cf OUCHI (W) : " M. Un nouvel esprit d'entreprise ", Paris, InterEditions, 1985 cf WEICK (KE) : " The social psychology of organizing ". Addison Wesley, 1969 cf TOFFLER (A) : " Le choc du futur ". Paris, Ed. Denoël, 1971 cf SAINSAULIEU (R) : " L'identité au travail ". Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1977

### 1.1.2. Les configurations structurelles d'organisation définies par Henry MINTZBERG<sup>46</sup>

H. MINTZBERG inscrit ses travaux dans le courant anglo-saxon de la contingence et insiste sur le processus d'adaptation de l'entreprise à son environnement. Il décrit cinq configurations structurelles d'organisation, caractérisées chacune par la domination de l'un des cinq mécanismes de coordination.

Pour ce faire, il identifie les cinq parties de base d'une organisation :

*Figure 6 : Les cinq parties de base d'une organisation, selon Mintzberg*

47

Ces parties de base fonctionnent selon des logiques différentes. La prédominance de l'une de ces parties préfigurerait un type d'organisation structurelle.

*Figure 7 : Les Configurations structurelles (selon H.MINTZBERG)*

48

#### Le sommet stratégique

Il est constitué des dirigeants, dont le rôle est de définir la stratégie de l'entreprise, de veiller à son application et de s'assurer de son efficacité. Sa tendance sera à la centralisation pour contrôler l'ensemble de l'organisation. Sa prédominance signe **une structure simple**, de **supervision directe**, dans laquelle la division du travail et la formalisation sont peu importantes. La différenciation est faible. Le sommet hiérarchique et le centre opérationnel fonctionnent, sans intermédiaires et en simultané. MINTZBERG qualifie cette structure d'entrepreneuriale, car représentative des petites entreprises de commerce, de l'artisanat...

#### Le centre opérationnel

C'est l'ensemble des acteurs « opérateurs » qui effectuent le travail découlant directement de la mission de l'organisation. Il cherche à préserver son autonomie, et de ce fait, à se soustraire à la supervision directe de la hiérarchie. Son moyen d'action consiste au renforcement de la professionnalisation pour garantir reconnaissance et autonomie dans le travail.

Son hypertrophie révèle une organisation professionnelle ou **bureaucratie professionnelle**. Cette structure est marquée par la problématique de l'expertise. Compétences et qualifications en sont les mots-clés. Les « professionnels » sont des

<sup>46</sup> MINTZBERG (H) : " Structure et dynamique des organisations ". Paris, Ed. D'Organisation, 1982

<sup>47</sup> Source (H) LAROCHE "Structure organisationnelle" in "Management, aspects humains et organisationnels" op.cité, p 499

<sup>48</sup> Source (H) LAROCHE "Structure organisationnelle" in "Management, aspects humains et organisationnels" op.cité, p 501

individus formés et spécialisés disposant d'un ensemble de connaissances, d'expériences et de règles d'action, leur donnant la capacité de traiter des problèmes complexes. La **standardisation des qualifications** confère aux opérateurs une grande autonomie dans le travail et le maintien d'une prise de distance par rapport à la ligne hiérarchique. Cependant, pour exercer leur professionnalisme, les opérateurs ont besoin d'un support logistique important. Pour MINTZBERG, c'est le cas de l'hôpital : il est nécessaire au personnel soignant, pour exercer son « art », d'être en relation permanente avec les services logistiques (entretien, restauration, gestion des malades...).

La séparation nette entre « professionnels » et acteurs des supports logistiques constitue une source de conflits plus ou moins latents. Cette différenciation peut se poursuivre entre les professionnels eux-mêmes, dans la mesure où ils tiennent à leurs spécialités respectives, y trouvant la reconnaissance qu'ils recherchent.

La nécessité d'une mission clairement identifiée et d'une coordination accrue sont indispensables à l'intégration, tant des personnels que des activités. L'environnement demeure toutefois stable, malgré sa complexité.

### **La ligne hiérarchique**

Elle sert à relier le centre opérationnel et le sommet stratégique, dans une logique de mise en oeuvre de la stratégie, imposant une pluralité de décisions à tous niveaux. Elle tend à favoriser l'existence d'unités distinctes et autonomes. Le renforcement de la ligne hiérarchique témoigne d'une **structure divisionnalisée**, caractérisée par un ensemble hétérogène de divisions, c'est-à-dire d'unités autonomes s'adressant à des marchés spécifiques, réunies sous l'autorité d'un siège. Ce dernier prend en charge la coordination, la planification et le contrôle des unités. La **standardisation des résultats** contrebalance le pouvoir accordé aux responsables d'unités. Centralisation stratégique et décentralisation opérationnelle répondent à l'hétérogénéité des environnements de marché. La concurrence entre divisions constitue le risque majeur. Les groupes multinationaux s'inscrivent souvent dans cette configuration.

### **La technostucture**

Elle a pour mission d'agir sur le travail des autres en définissant les méthodes et outils à employer, les changements attendus et les résultats à obtenir, les compétences à promouvoir et mettre en oeuvre. Elle est ainsi desservie par les services fonctionnels des entreprises, tels que les bureaux des méthodes, les bureaux de planification, les responsables qualité, les services de formation... Sa raison d'être réside dans le développement de la **standardisation des procédés de travail**.

Sa prédominance en fait une **bureaucratie mécaniste** comportant une division du travail poussée, un nombre important de niveaux hiérarchiques, une formalisation élevée. Elle est faite pour produire en masse et avec régularité, en fonction de règles précises, au sein d'un environnement homogène et relativement stable.

C'est l'organisation de TAYLOR. Les entreprises industrielles de masse ne sont cependant pas les seules à s'inscrire dans cette configuration. Les services publics n'y échappent pas, car soumis à des exigences de contrôle externe, ce qui induit normes,



règles et procédures.

### La fonction de support logistique

Elle correspond, en quelque sorte, aux fonctions des prestataires de services internes. La bonne marche d'une organisation dépend largement de sa logistique, qui contribue indirectement à la mission première de l'entreprise. Cette fonction est assurée au sein des services généraux (entretien, réfection...), des services administratifs de gestion du personnel (paie, avancement...), des services juridiques, etc.

Le support logistique ne peut, quant à lui, rechercher l'autonomie. Son pouvoir est proportionnel au degré de nécessité du service qu'il rend.

Une hypertrophie de cette fonction révèle une **organisation innovatrice ou adhocratique**, c'est-à-dire une structure étroitement adaptée à l'activité qui l'occupe à un moment donné. Elle se définit plus en fonction de projets qu'en fonction d'une hiérarchie stable ou d'un découpage en unités permanentes. La conduite de projets requiert des experts, des professionnels et une forte coordination avec les équipes. **L'ajustement mutuel** en constitue le noyau dur. La configuration adhocratique peut être temporaire ou locale. C'est dans tous les cas l'idéologie ou la culture commune qui, se substituant à la structure formelle, fédère l'ensemble des acteurs.

In fine, la structure organisationnelle sera le reflet des forces exercées par ces différentes parties. Il n'en existe pas d'optimale, car elle est toujours la résultante d'un compromis entre autonomie et coordination, initiative et contrôle, exigences externes et stabilité interne, projet individuel et projet collectif.

L'intérêt de cette typologie des « configurations structurelles » positionnées sur le schéma ci-après, est de donner des points de repère et de constituer un outil d'analyse permettant de cibler dans quelle structure s'inscrit l'institution hospitalière aujourd'hui (culture, jeux de pouvoir, comportements...).

Figure 8 : Les caractéristiques des configurations structurelles selon H. MINTZBERG

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

<b>Caractéristiques des configurations</b>	<b>Mécanisme de coordination</b>	<b>Partie clé de l'organisation</b>	<b>Facteurs de contingence les plus fréquents</b>
Structure simple	Supervision directe	Sommet stratégique	Jeunesse, petite taille, système technique simple, environnement de marché homogène
Bureaucratie mécaniste	Standardisation des procédés	Technostructure	Maturité, grande taille, système technique routinier, environnement de marché homogène et stable
Bureaucratie professionnelle	Standardisation des qualifications	Centre opérationnel	Maturité, système technique artisanal, marché homogène et stable
Structure divisionnalisée	Standardisation des résultats	Ligne hiérarchique	Maturité, grande taille, systèmes techniques multiples, marché hétérogène
Adhocratie	Ajustement mutuel	Support logistique et centre opérationnel	Jeunesse, taille moyenne, système technique « de pointe », marché changeant

49

## **1.2.L'hôpital:une configuration structurelle multiforme**

En France, la structure définit les modes de coordination, les caractéristiques des postes de travail, donc la cohérence interne et le rapport à l'environnement. Un million de personnes, dont sept cent cinquante mille dans le secteur public, soit environ cinq pour cent de la population active salariée, sont employées dans le secteur hospitalier. Les hôpitaux constituent le plus souvent le premier employeur de la ville. Dans la croissance des dépenses de santé, la charge financière de l'hospitalisation devient prépondérante. La gestion et l'organisation des établissements hospitaliers font l'objet de nombreux débats. En comprendre les principales règles de fonctionnement est essentiel pour anticiper et accompagner le changement attendu en termes de performances.

Dans les années 1980, on assiste à « l'avènement de l'hôpital-entreprise »<sup>50</sup>. On cherche à se fonder sur les savoir-faire de l'entreprise privée, revalorisés dans la société française de l'époque. L'hôpital est sous l'influence de ce nouveau modèle

<sup>49</sup> Source (H) LAROCHE "Structure organisationnelle" in "Management, aspects humains et organisationnels" op.cité, p 500

entrepreneurial. **« Il cesse de se concevoir comme l'intendance d'une juxtaposition de services, il s'affirme en tant qu'entité organique, dotée de directions volontaristes, de relations internes et externes identifiées. La situation de tension sur les moyens accélère sans doute cette évolution : en cas de menace, on resserre les rangs ».**

On assiste aujourd'hui à une consultation beaucoup plus importante des différents acteurs dans le choix des actions d'amélioration de la prestation client.. Face à la concurrence, la collaboration des acteurs locaux domine afin de garantir la bonne marche de l'établissement. Les clivages médecins – directeurs – soignants s'atténuent au profit d'une réflexion plus collective, traduite en orientations stratégiques, dans le projet d'établissement. les divergences de point de vue ont peu à peu évolué vers des différences d'opinion, qui, bien managées, favorisent l'émergence de projets communs co-construits.

En effet, le modèle organisationnel de « la bureaucratie professionnelle », promue par H. MINTZBERG, s'est peu à peu transformé. Ce modèle correspondait bien à l'hôpital des années 1970, évoluant dans un environnement stable, au sein duquel la dimension gestionnaire n'était pas une préoccupation essentielle, laissant ainsi à la logique professionnelle une influence prépondérante. Le corps médical et la direction administrative se partageaient le pouvoir, sachant que l'activité médicale prévalait sur la gestion administrative et financière de l'institution.

**« Mais, avec le début de la crise, le paysage va se transformer considérablement, les mutations structurantes qui président à l'évolution de l'hôpital sont de quatre sortes :**

**la contrainte économique et les nouvelles formes de régulation : à partir de 1983, le budget global se substitue au prix de journée et permet théoriquement d'instaurer un contrôle à priori sur les dépenses hospitalières. Ce nouveau mode de financement, en instituant une contrainte forte sur l'activité, a transformé significativement le fonctionnement de l'hôpital.**

**la transformation du corps médical : l'hôpital devient ainsi le seul lieu de travail d'une fraction de plus en plus large du corps médical hospitalier. Il n'est plus le simple prolongement d'une activité privée.**

**le renforcement du pouvoir des directeurs : dans le contexte actuel, le directeur d'hôpital se place dans une situation beaucoup plus proche de celle de manager d'entreprise que de celle de simple gestionnaire... en lien avec leurs nouvelles conditions de formation....**

<sup>50</sup> BAZY-MALAUURIE (C), BERTHOD-WURMSER (M) (collectif d'auteurs). Préface « L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins » coordonné par André-Pierre CONTANDRIOPOULOS et Yves SOUTEYRAND. Ministère du travail et des Affaires sociales, MIRE (Mission recherche), DH (Direction des hôpitaux), 1997, 301 pages, p. XIV.

***l'évolution des technologies : l'évolution de la technologie (technique et organisation) modifie sensiblement le fonctionnement interne et externe de l'hôpital. Elle contribue à son ouverture sur l'extérieur ».***<sup>51</sup>

D'après ces mêmes auteurs, le changement de modèle est en cours. Il prend en compte des éléments de différentes natures, à savoir la culture, la structure, les comportements et la stratégie. Ces éléments sont analysés selon l'ancien modèle et le modèle émergent, introduisant plus de coopération et de coordination au service d'objectifs communs contractualisés.

**Figure 9 : L'hôpital : un changement de modèle**

---

<sup>51</sup> CONTANDRIOPOULOS (A.P.), SOUTEYRAND (Y) (collectif d'auteurs) : « L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre » in « L'hôpital stratège », 1997, op cit., p. 3 à 18

	<b>Ancien modèle</b>	<b>Modèle émergent</b>
<b>I – Culture</b>	Hôpital, élément d'un système de soins pyramidal	Hôpital, acteur dans un réseau d'offre de soins
	Hôpital, juxtaposition d'ateliers médicaux	Hôpital, entreprise de production intégrée
	Hôpital à vocation médico-sociale	Hôpital à vocation technique
	Médecin « patron » de service	Médecin responsable d'un département spécialisé
	Directeur gestionnaire bureaucrate	Directeur chef d'entreprise
	Gestion de procédures	Gestion contractuelle sur la base d'objectifs
<b>II – Structure</b>	Architecture cloisonnée (structure pavillonnaire).	Architecture intégrée
	Service de taille importante, peu spécialisé, recouvrant des champs d'activité diversifiés.	Service de petite taille spécialisé, voire très spécialisé
	Corps médical à faible effectif ; double statut public/privé (temps partiel).	Corps médical à faible effectif ; statut de temps plein public
	Technologie uniforme, simple, stable	Technologie à obsolescence rapide, soit coûteuse et spécialisée, soit légère, peu invasive, mobile.
	Technologie propre à chaque atelier	Technologie partagée en interne et avec l'extérieur
	Financement à posteriori	Financement global et prospectif
	Absence de production d'informations médicales	Fort développement de l'information médicale intégrée à l'information de gestion
<b>III – Comportements</b>	Autonomie des services	Recouvrement des services réduit au minimum ; forte coordination interne.
	Prestations hospitalières fournies à l'occasion de séjours longs	Prestations coordonnées et programmées, en séjours courts ; une partie de l'activité se déroule à l'extérieur de l'hôpital.
	Médecins polyvalents travaillant de façon autonome	Médecins spécialisés travaillant en interdépendance.
	Médecins ignorant les contingences administratives et financières	Médecins soumis aux contraintes économiques et impliqués dans la gestion

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

	Ancien modèle	Modèle émergent
	Contrôle de l'activité médicale et planification à partir de données quantitatives sur les volumes	Contrôle de l'activité médicale et planification à partir de données médicalisées, rapportées à la population couverte par le système local de soins
IV – Stratégie	Stratégie autocentrée.	Stratégie active de maîtrise de l'environnement
	Stratégie axée sur les moyens	Stratégie axée sur les résultats
	La maternité et la prise en charge de l'urgence sont des fonctions qui légitiment l'hôpital	Le développement de la maternité et la gestion de « l'urgence » sont des moyens de renforcer la position locale de l'hôpital.

52

L'impact de la technologie, en tant qu'effet de champ structurant l'organisation de l'hôpital et les pratiques des professionnels, a rendu « l'acteur techniciste » et « la structure technicienne ». **« Les stratégies d'acteurs et les logiques qui les fondent permettent de lever le voile sur les déterminants des comportements locaux et contribuent ainsi à mieux comprendre les phénomènes étudiés, mais elles ne doivent pas masquer l'importance des mouvements d'ordre structurel qui façonnent les comportements professionnels à l'égard des technologies »**<sup>53</sup>

Quatre niveaux de déploiement structurel ont ainsi été mis en évidence :

• la diffusion et la distribution technologiques, qui ont largement modelé la configuration technique de l'organisation hospitalière ;

• les ajustements structurels, de par l'existence d'un lien tenu entre acquisition technologique et opportunité stratégique ;

• la « marchandisation » du produit de santé : la technologie a complètement transformé les méthodes diagnostiques. Autrefois basées sur le toucher et l'observation, elles requièrent aujourd'hui la puissance et la rapidité de techniques d'imagerie, aptes à détecter à l'intérieur du corps humain toute « anomalie » altérant la santé. A ce titre, l'image médicale est « une marchandise » produite par des machines, dont les coûts élevés imposent une activité rentable.

<sup>52</sup> Source CONTANDRIOPOULOS (A.P.), SOUTEYRAND (Y) "L'hôpital stratège", p.12

<sup>53</sup> CHANDERNAGOR (PH), CLAVERANNE (JP), KRICHEN (M) (collectif d'auteurs) : « Le statut des équipements hospitaliers » in « L'hôpital stratège ». op. cit., p. 257 à 267, p. 262

l'intégration du champ technique dans l'organisation hospitalière. Elle a modifié la nature des soins et, de ce fait, le travail des médecins et des soignants.

**« Dès le moment où l'objet technique de dernière génération s'introduit à l'hôpital, il rend encore plus prégnant « l'ordre technicien » dans l'organisation des soins. Acquis pour augmenter le degré de liberté du corps médical et réduire à la fois l'incertitude et l'anxiété, l'objet technique, en même temps qu'il ouvre le champ des possibles, asservit le réel au virtuel, modifiant de façon substantielle la nature des soins et les modes de faire des médecins et des soignants »**

Dans cet environnement concurrentiel, le mot d'ordre est à la complémentarité. Pour cela, l'hôpital doit différencier et adapter ses stratégies de développement en passant d'un fonctionnement autarcique à un fonctionnement centré sur la coopération intra et inter-hôpitaux.<sup>54</sup>

La mission du service public hospitalier sous-tend la nécessité de cette coopération. Elle s'appuie sur les qualités professionnelles et humaines des acteurs hospitaliers.

## Chapitre 2 – La mission du service public hospitalier

**" Le service public hospitalier<sup>55</sup> :**

***assure les examens de diagnostic, le traitement (notamment les soins d'urgence) des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui, et leur hébergement éventuel ;***

***participe à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche sur le plan médical, odontologique et pharmaceutique ;***

***concourt à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;***

***assure la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical ;***

***participe aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé dont la***

<sup>54</sup> cf. MOISDON (JC), TONNEAU (D) (collectif d'auteurs) : « Concurrence et complémentarité : stratégies de l'hôpital et de sa tutelle » in « L'hôpital stratège » Op cit., p. 21 à 45 cf. CLAVERANNE (JP), KRICHEN (M) (collectif d'auteurs) : « Démarche de projet et ambiguïté : le cas de la construction d'un syndicat interhospitalier » in « L'hôpital stratège » Op cit., p. 116 à 137

<sup>55</sup> voir en annexe 4 le statut de la fonction publique hospitalière

*coordination peut lui être confiée ;*

*concourt conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés à l'aide médicale urgente ;*

*assure les examens et soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires.*

**Se trouve notamment exclu des tâches du service public hospitalier, l'hébergement des personnes âgées, infirmes et grands infirmes, c'est-à-dire la mission incombant à la catégorie des " hospices et maisons de retraite " qui sont des établissements à caractère social et non sanitaire. Toutefois, les établissements publics de santé peuvent créer et gérer des établissements d'hébergement pour personnes âgées <sup>56</sup>.**

Les établissements assurant le service public ont ainsi le devoir :

d'assurer la continuité des soins 24 heures sur 24, sans interruption aucune ;

de respecter l'égalité des usagers par l'absence de discrimination entre les malades. Les établissements hospitaliers sont ouverts à tous. Pour ce faire, ils comportent des unités d'hospitalisation, de même que des unités de consultations et de soins externes.

Une des caractéristiques actuelles est le clivage entre le secteur social et le secteur sanitaire. L'activité de l'hôpital se renforce et s'élargit. La demande de la clientèle s'est, en effet, transformée. L'offre de santé doit être gratuite, de qualité, sécuritaire. Le principe de l'obligation de résultat s'affirme <sup>57</sup>.

Pour répondre à ces nouvelles exigences, les **emplois hospitaliers** se diversifient et se multiplient, dans un **contexte institutionnel réglementé** <sup>58</sup>.

## 2.1. La mission institutionnelle

---

La loi de 1970 portant réforme hospitalière a proclamé la scission entre le secteur sanitaire et social, l'hôpital ayant la seule responsabilité du sanitaire. En parallèle, le champ d'action de l'aide sociale ne cesse de croître et de se diversifier. L'interdépendance demeure toutefois. De ce fait, l'institution hospitalière, centrée sur le

<sup>56</sup> TORDEUX (J) : « Précis de législation hospitalière ». Ecole nationale de la santé publique, Rennes, Août 1994, 238 pages, p. 216

<sup>57</sup> Paragraphe 2.1

<sup>58</sup> Paragraphe 2.2



soin, est devenue la " clé de voûte " du système de santé car lieu privilégié de l'exercice de la médecine moderne.

### 2.1.1. La planification sanitaire (1991) <sup>59</sup>

La loi du 31 juillet 1991<sup>60</sup> et ses décrets d'application abrogent la précédente. Son objectif est d'encadrer l'accélération du changement par la mise en place, notamment, d'une carte sanitaire et d'un schéma d'organisation sanitaire. L'apparition de nouvelles instances en découle naturellement. Cette planification a pour objet " de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ". Sont ainsi mis en corrélation les besoins de la population, les données démographiques, les progrès des techniques médicales et l'offre de soins existante.

La carte sanitaire <sup>61</sup> détermine d'une part les limites des régions et des secteurs sanitaires et psychiatriques, d'autre part la nature et l'importance des installations et des activités de soin d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique, en fonction des besoins de la population.

Elle fixe six disciplines (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée) relatives aux activités de soins. Douze de ces dernières sont classées comme étant d'un coût élevé <sup>62</sup>.

Pour exercer ces diverses activités, la loi distingue les matériels lourds à but diagnostic et thérapeutique, et précise leurs conditions d'installation afin d'éviter l'excès d'actes médicaux susceptibles de grever le budget de l'état.

Le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) <sup>63</sup> *détermine la répartition géographique des installations et activités de soins sus définies afin d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Il est établi pour chaque région sanitaire, pour tout ou partie des installations ou activités.*

Des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent dans certains cas être établis également. La création, l'extension, la conversion totale ou partielle de tout établissement

<sup>59</sup> ROCHAIX (M) : « Les questions hospitalières : de la fin de l'Ancien Régime à nos jours ». op cité, p.305

<sup>60</sup> CONTRERAS (AM) et JEAN (Ph) : " La réforme hospitalière du 31 juillet 1991 : la planification sanitaire. Recueil de textes législatifs et réglementaires ". Document de synthèse, février 1992.

<sup>61</sup> Article 712.2

<sup>62</sup> Liste des 12 activités classées comme étant d'un coût élevé - transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse ; - traitement des grands brûlés ; - chirurgie cardiaque ; - neurochirurgie ; - accueil et traitement des urgences ; - réanimation ; - utilisation diagnostique et thérapeutique de radioéléments en sources non scellées ; - traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie ; - néonatalogie et réanimation néonatale ; - traitement de l'insuffisance rénale chronique ; - activités cliniques de procréation médicalement assistée et diagnostic prénatal ; - réadaptation fonctionnelle

<sup>63</sup> article 712.3

de santé sont soumises à l'autorisation du ministre chargé de la santé ou du représentant de l'Etat ; Il en est de même pour les installations et équipements en matériels lourds<sup>64</sup>.

*De nouvelles instances consultatives voient le jour tels que :*

Le comité national et les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS et CROSS)<sup>65</sup>, le collège national d'experts et les commissions régionales d'évaluation.

Un rapport est élaboré chaque année par les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie sur le montant total des dépenses des régimes d'assurance maladie dans la région pour l'année écoulée, sur les évolutions constatées et sur les évolutions prévisibles pour l'année suivante. Il est présenté au comité régional de l'organisation sanitaire et sociale.

Par ailleurs, les établissements de santé publics ou privés, " doivent développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade, afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité. L'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art "<sup>66</sup>

Une analyse des activités est de ce fait indispensable, et nécessite la mise en oeuvre de moyens cohérents (systèmes d'informations, méthodologies, expérimentations...).

*L'articulation avec la planification interne des établissements de santé<sup>67</sup> est mise en exergue*

Des contrats pluriannuels conclus entre les établissements de santé, publics ou privés, les organismes d'assurance maladie, le représentant de l'état, et le cas échéant des collectivités locales, permettent la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire. Ils fixent les obligations des établissements et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis. Ils sont conclus par les préfets de région, après avis des préfets de département concernés.

Un rapport sur les objectifs et prévisions d'activité<sup>68</sup>, ainsi que les moyens consentis, est présenté par le directeur au conseil d'administration qui délibère. Cette délibération et

---

<sup>64</sup> cf collectif d'auteurs : « Dossier : les nouveaux outils de planification sanitaire ». Actualité et dossier en santé publique, n° 11, juin 1995 Cf VIGOUROUX (C), conseiller d'état : « L'intervention publique dans le domaine de la santé : planification ,autorisation, schéma ». L'actualité juridique, droit administratif, 20 septembre 1995, pages 592 à 603

<sup>65</sup> Composition du CNOSS et du CROSS : un député, un sénateur, des représentants de l'état, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale, des représentants des institutions et établissements de santé ou sociaux, des représentants des usagers de ces établissements, des représentants des professions de santé, des personnalités qualifiées.

<sup>66</sup> article 710.14

<sup>67</sup> article 712.4

<sup>68</sup> Article 714.6

ce rapport sont transmis au représentant de l'état et aux organismes de sécurité sociale.

Le projet d'établissement<sup>69</sup> définit quant à lui, pour une durée de cinq ans, sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, du plan de formation, de la gestion et du système d'information. Il doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire.

Des rapports d'activité et d'évaluation, formalisés tous les deux ans, doivent préciser l'état d'avancement du projet d'établissement et comporter une évaluation de la qualité des soins<sup>70</sup>, en fonction des grands objectifs du dispositif de soins, promouvant l'adéquation des ressources et des besoins en termes de soins, dans un souci de qualité optimale.

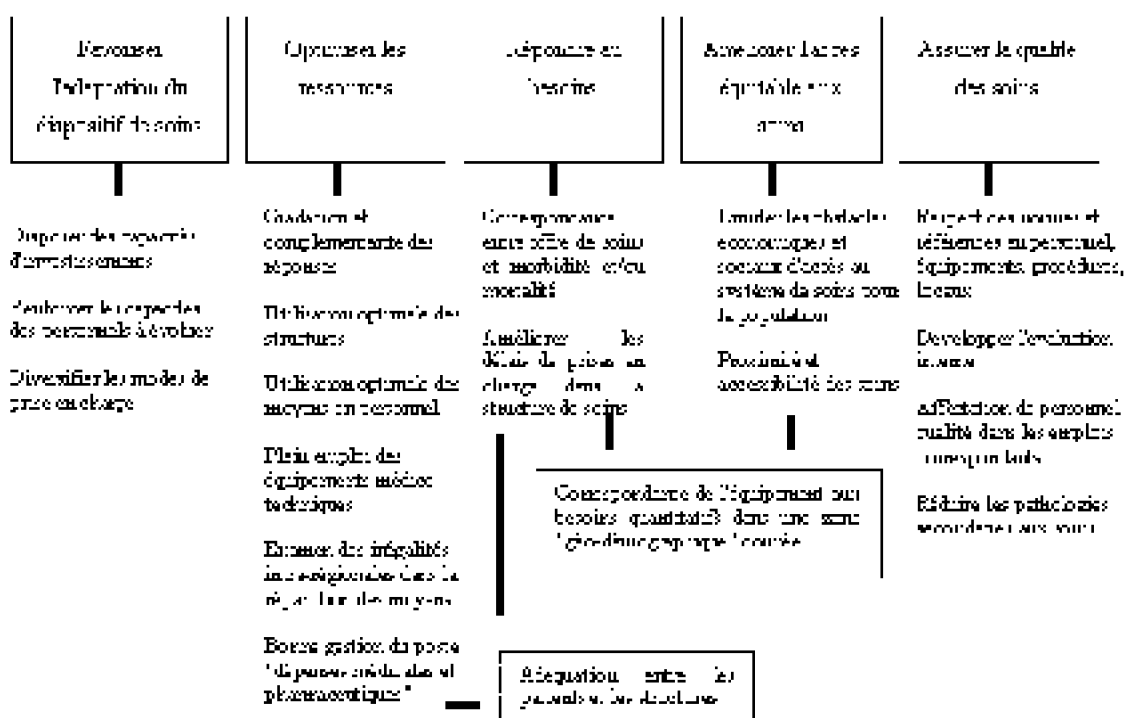


Figure 10 : Les grands objectifs du dispositif de soins

71

Une obligation de communication d'informations<sup>72</sup> est instituée entre les établissements de santé, l'autorité administrative et les organismes d'assurance maladie. La révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire dépend de la qualité et de la transparence de ces informations.

<sup>69</sup> Article 714.11

<sup>70</sup> Article 714.23

<sup>71</sup> Schéma extrait de la revue " Actualité et dossier en santé publique " N° 11, juin 1995, p. XVII

<sup>72</sup> Article 712.7

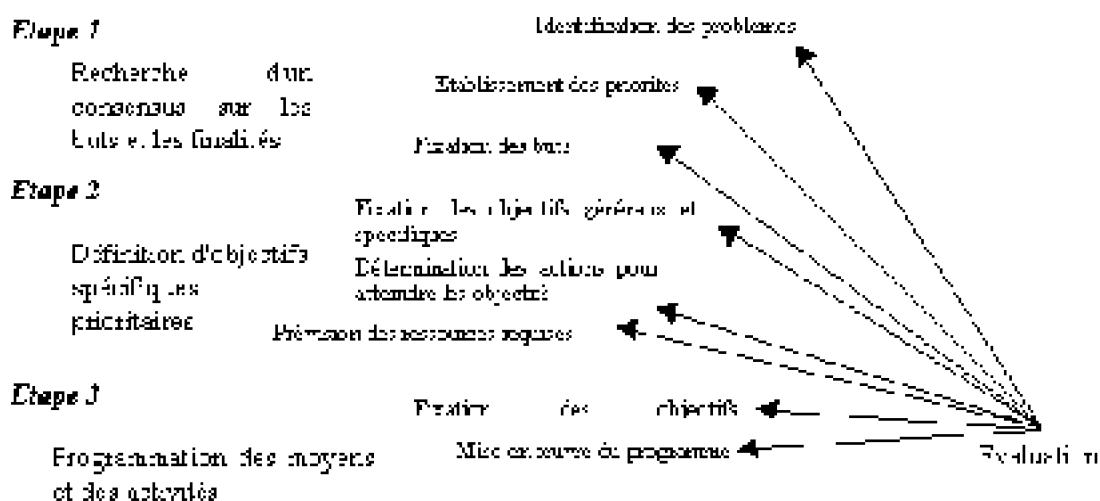
Une nouvelle organisation des structures de soins renforce les impératifs de communication, coordination, concertation.

**« L'unité de base est l'unité fonctionnelle. Le département devient un regroupement d'au moins trois unités fonctionnelles. Le chef de service est nommé par le ministre, le chef de département est nommé par le conseil d'administration après avis de la commission médicale d'établissement. Ces derniers assurent la conduite générale du service et organisent son fonctionnement technique. Ils sont assistés, selon les activités du service ou du département, par une sage-femme, un cadre paramédical ou médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leur compétence. Dans chaque service ou département est institué un conseil de service ou de département chargé notamment de participer à l'élaboration du projet de service. Les infirmières sont représentées au sein d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, dorénavant membre de l'équipe de direction. »<sup>73</sup>**

Cette loi du 31 juillet 1991 reste toutefois fidèle à l'esprit de celle de 1970. Elle comporte néanmoins des innovations importantes, notamment par le décloisonnement promu entre la médecine de ville et la médecine à l'hôpital, la médecine libérale et la médecine publique, la médecine lucrative et non lucrative.

L'établissement de Santé<sup>74</sup> est le pivot du système. Le contrôle de l'offre de soins est renforcé et centralisé par le biais de la planification et des autorisations. La contractualisation est clairement affirmée, comme moteur de synchronisation et d'efficience.

Le processus de planification est un processus gestionnaire, un processus d'aide à la décision, également un processus de concertation sociale. Il se décompose en trois étapes clés, visant l'efficacité des actions mises en oeuvre.



<sup>73</sup> Collectif d'auteurs : " La réforme hospitalière expliquée aux médecins ". Le quotidien du médecin n° 4742, lundi 6 mai 1991.

<sup>74</sup> Voir en annexe 5 : l'organisation administrative d'un établissement hospitalier

Figure 11 : Le processus de planification

75

### 2.1.2. L'ordonnance sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée (1996)

**" L'ordonnance du 24 avril 1996<sup>76</sup> généralise à l'ensemble du système hospitalier la logique d'entreprise appliquée jusqu'à ce jour à des établissements considérés isolément... Elle s'ouvre sur un rappel des droits des malades, précisant que la qualité de la prise en charge des patients constitue pour les établissements de santé un objectif essentiel "<sup>77</sup>.**

L'évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour et la prise en compte des résultats dans un souci d'amélioration permanent, constituent un axe majeur de cette réforme. Un livret d'accueil et la charte du patient hospitalisé doivent être remis à chaque patient. Une commission de conciliation est instituée dans chaque établissement de santé. Elle est chargée d'assister et d'orienter toute personne s'estimant victime d'un préjudice. Son rôle de médiation est à ce titre intéressant.

**L'obligation d'accréditation**, ou procédure externe d'évaluation, incombe dorénavant à tout établissement de santé. **" Cette procédure, conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement "**<sup>78</sup>. Cette procédure est engagée sur l'initiative de l'établissement ou par défaut, par l'agence régionale de l'hospitalisation (voir ci-après). L'ANAES est un établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et administré par **un conseil d'administration**. Ce dernier est composé à 70% de représentants des professionnels hospitaliers. Le conseil d'administration, son président et son directeur, sont assistés d'un **conseil scientifique**, qui veille à la cohérence de la politique scientifique de l'agence, et d'un **collège de l'accréditation** travaillant en étroite collaboration avec un **réseau d'experts**. Au titre de sa double mission d'évaluation et d'accréditation, l'ANAES élabore et diffuse des méthodes et référentiels aptes à favoriser l'amélioration des pratiques professionnelles. Elle veille de surcroît à la cohérence de ces dernières et notamment à la collaboration des professionnels de santé.

Il est créé une nouvelle catégorie de groupements d'intérêt public dénommés

<sup>75</sup> Schéma extrait de la revue " Actualité et dossier en santé publique " op cit, p. III

<sup>76</sup> Annexe 1

<sup>77</sup> Annexe 6 : « Spécial Réforme Hospitalière : l'ordonnance sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée ». Décision Santé n° 94, I à IV (Synthèse)

<sup>78</sup> Article 710.5

**agences régionales de l'hospitalisation**, personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière, constituées entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie. Placées sous la tutelle des ministres chargés de la Santé et de la sécurité sociale, elles ont pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre des soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. **Le directeur de l'agence** est nommé par décret, en conseil des ministres, et préside la **commission exécutive de l'agence**, composée à parité de représentants de l'Etat désignés par le ministère et de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie.011

**Les missions de l'agence régionale** sont diverses à savoir : la mise en oeuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins, les décisions relatives au budget des établissements financés par dotation globale (le directeur fixe les budgets et arrête les tarifs l'hospitalisation), les autorisations, contrats pluriannuels et orientations.

Demeurent du ressort du représentant de l'Etat les fonctions relatives au contrôle des marchés des établissements publics de santé, le renouvellement des nominations des praticiens exerçant à temps partiel, à l'issue de chaque période quinquennale d'exercice et l'approbation du contrat d'activité libérale notamment.

**Des contrats pluriannuels** d'objectifs et de moyens doivent être conclus entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé. Leur durée ne peut être inférieure à trois ans, ni supérieure à cinq ans. **" Ils déterminent les orientations stratégiques des établissements et leurs conditions de mise en oeuvre. Ils ont pour objet de favoriser la réalisation du projet médical et du projet d'établissements approuvé. A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération "**. Les éléments financiers qui y sont liés, tant en fonctionnement qu'en investissement sont bien évidemment prévus.

**La contractualisation interne** à l'établissement est également recommandée. Les équipes médicales et paramédicales peuvent proposer aux directeurs d'établissement la création de centres de responsabilité et inversement. L'avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement est nécessaire. Le directeur désigne le responsable du centre de responsabilité après proposition des structures médicales. Un contrat, formalisé entre le directeur et le responsable, définit les objectifs, moyens, indicateurs de suivi et modalités de mise en oeuvre par le responsable du centre.

**Le financement des établissements de santé se trouve également modifié par l'ordonnance :**

Les établissements financés par dotation globale ont leur montant arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, donc à partir de la dotation régionale fixée par le ministre de la santé et de la sécurité sociale. Les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), en lien avec les priorités de la politique de santé et le contenu du projet d'établissement, influent sur le montant du budget à allouer.

L'hospitalisation privée fait l'objet " d'un contrat tripartite national, conclu pour cinq ans, entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une au moins des organisations syndicales membres du comité professionnel national de l'hospitalisation privée ". L'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement ou structure.

Les établissements relevant du régime du prix de journée : l'ordonnance vise " à mettre fin au régime de financement par prix de journée préfectoral de diverses catégories d'établissements privés, dans un but de simplification et d'harmonisation. Ces établissements sont tenus d'opter pour le régime de la dotation globale ou pour celui de l'hospitalisation privée ".

**Organisation et coopération intra et inter établissements de Santé** sont aussi promues pour satisfaire les besoins de la population. Les établissements de santé peuvent mettre en oeuvre des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins ou pathologies. Ces réseaux doivent être agréés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. La mise en commun de moyens médico-techniques, médicaux et non-médicaux dans le domaine des soins peut se faire par le biais de groupements de coopération sanitaire (établissements publics et privés). L'autorisation d'équipement matériel lourd sera facilitée et profitera ainsi à la population. La réforme élaborée vise à couvrir le territoire national d'une trame hospitalière régulièrement répartie, tendant à réduire les inégalités. Le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation constitue un maillon important de la chaîne de décisions et de contrôle du système de santé. La nécessaire participation de tous les acteurs hospitaliers est une réalité, qui influera sur la gestion des ressources humaines du XXIème siècle.

## 2.2. Des missions professionnelles complémentaires

---

### 2.2.1. La diversité des emplois hospitaliers

Les emplois hospitaliers<sup>79</sup> sont répartis en 7 grandes catégories :

---

<sup>79</sup> ACCART (JP), PASTY (N) : " Les métiers de l'hôpital ". Ed. Berger-Levrault, Paris, 1994, 490 pages. Cf BERTHELEMY (J), KLEMAN (F) : " Les métiers de la santé ". Paris, Bayard, 1991, 249 pages.

## Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

Ecoles	Emplois enseignants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Docteurs à temps ou à temps partiel pour professions paramédicales et de sage-femme</li> <li>• Maîtres de conférences (universitaires) de la faculté ou de écoles préparant aux professions paramédicales et de sage-femme.</li> </ul>
	Emplois de direction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Directeur général de l'école</li> <li>• Directeur général</li> </ul>
Administratif	Emplois administratifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnels administratifs</li> <li>• Personnels administratifs d'accueil</li> <li>• Personnels de l'informatique et de la documentation</li> </ul>
	Emplois médicaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin</li> <li>• Médecin de laboratoire</li> <li>• Odontologue</li> <li>• Pharmacien</li> <li>• Sage-femme</li> <li>• Psychologue clinicien</li> </ul>
Soins	Emplois des professions de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnels de soins infirmiers</li> <li>• Personnels de rééducation</li> <li>• Personnels de l'apport-logement médical</li> <li>• Personnels infirmier-techniques</li> <li>• Autres personnels soignants</li> </ul>
	Emplois du secteur social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadre infirmier</li> <li>• Assistant de soins sociaux</li> <li>• Educateur de jeunes enfants</li> <li>• Educateur spécialisé</li> <li>• Moniteur-éducateur</li> </ul>
Technique	Emplois des services techniques et généraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnels techniques</li> <li>• Personnels divers</li> <li>• Conducteurs ambulanciers</li> </ul>

Afin de mieux appréhender le contexte de notre recherche, il nous a paru important de resituer très succinctement les principaux emplois hospitaliers. Chacun sait combien l'ensemble des personnels constitue, à leur niveau, un maillon de la chaîne des soins.

### 2.2.1.1. Les emplois de direction

Ils se sont construits au fil du temps. L'évolution de la profession de **directeur d'hôpital** tient à l'histoire des hôpitaux.<sup>80</sup>

J.P. ACCART et N. PASTY évoquent quatre phénomènes irréversibles ayant eu un impact sur cette profession :

**" -011le développement rapide des progrès scientifiques et des techniques médicales qui implique une nécessaire concentration des moyens, une coordination des efforts et une meilleure répartition des équipements ;**

<sup>80</sup> Voir annexe n° 7 "Données historiques et sociologiques"



l'interdépendance des problèmes sociaux et des problèmes des établissements de santé ;

l'intégration de l'activité des établissements de santé dans l'économie générale : leur activité doit donc être considérée comme essentiellement productrice puisqu'elle participe à la défense du patrimoine national de santé ;

enfin, les établissements publics de santé jouent un rôle capital sur le plan économique, compte tenu de leur importance comme employeurs et comme consommateurs de matériels et de denrées <sup>81</sup>.

**Le directeur assure la gestion et la conduite générale de l'établissement.** Il l'administre sous l'autorité du conseil d'administration. C'est à ce titre qu'il soumet le projet d'établissement, en cohérence avec la politique définie par l'assemblée susnommée. Sa compétence est générale et s'exerce dans tous les domaines touchant à l'aménagement et au fonctionnement de l'ensemble des services. Le directeur représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile. " Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles professionnelles ou déontologiques des professionnels de santé, dans le respect des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et dans le respect de l'indépendance professionnelle du praticien dans son exercice. Il exerce ainsi le pouvoir de nomination, le pouvoir hiérarchique et disciplinaire sur le personnel administratif, hospitalier et secondaire ".

La fonction d'**infirmier général** a été officialisée par le décret du 11 avril 1975. Il est membre de l'équipe de direction, par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (infirmier général de 1ère classe). Il est responsable de l'ensemble du personnel infirmier soignant (infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier), assure son recrutement et coordonne son activité sur l'ensemble de l'hôpital. Il joue un rôle primordial tant dans le domaine des soins infirmiers que dans l'évolution de la profession. Il est enfin le porte-parole du corps infirmier au sein de l'hôpital et, de ce fait, assure l'interface entre la direction administrative et le corps médical. L'infirmier général préside la commission du service de soins infirmiers (CSSI). Par ailleurs, il assiste de droit et avec voix consultative aux séances de la commission médicale d'établissement. L'ensemble des activités du service de soins infirmiers fait l'objet d'un rapport annuel d'activité.

### 2.2.1.2 Les emplois médicaux <sup>82</sup> n'ont cessé et ne cessent de se diversifier

**" Le corps médical hospitalier a bien entendu un rôle primordial dans la vie hospitalière puisque tout malade qui se présente à l'hôpital, soit pour être hospitalisé, soit pour y être examiné ou soigné à titre externe, a nécessairement affaire à un médecin. Les services d'hospitalisation, comme les services de consultation et de soins externes sont placés sous l'autorité d'un chef de service**

<sup>81</sup> ASPPT (E) - PSTY (N) - Les métiers de l'hôpital. Ce site est en 2012 Cf. le site d'auteurs " Les métiers de la médecine " édité et publié par les éditions du CIP (CIP) Paris - Documentation Française 2007  
<sup>82</sup> MANILLIER (MH) : " Guide de la presse médicale et des professions de santé ". Paris, éd. Hospitalières, 1993, 319 pages. Cf collectif d'auteurs : " Les métiers de la médecine ", CIDJ, Phosphore, Paris, Bayard, 1992, 260 pages

**qui en assume le fonctionnement médical avec l'aide, si besoin est, et selon l'importance du service, d'un ou plusieurs collaborateurs médecins et internes. Les responsabilités du médecin à l'hôpital sont uniquement médicales et techniques, à l'exclusion des responsabilités administratives <sup>83</sup>.**

Pour exercer, le médecin doit être titulaire du diplôme d'état de docteur en médecine et être inscrit au tableau de l'ordre des médecins. Les conditions d'exercice sont régies par le code de la santé publique <sup>84</sup> et par un code de déontologie.

Le médecin diagnostique, prévient et soigne les affections médicales ou chirurgicales de l'enfant, de l'adulte et des personnes âgées.

**" Il peut être généraliste ou se spécialiser :**

• **dans la pathologie d'un seul domaine, voire d'un seul organe : cardiologie, ophtalmologie par exemple ;**

• **dans un type de soin : chirurgie, médecine, anesthésie, réanimation, radiologie...**

• **dans un type de patient : enfants, personnes âgées, personnel au travail... <sup>85</sup>**

Il participe également aux actions d'enseignement, d'épidémiologie et de recherche et peut dans certains cas effectuer des expertises médicales (médecines légales, autopsie...).

### **2.2.1.3. Les emplois des services de soins**

Ils ont, quant à eux, connu un essor considérable au cours des quarante dernières années.

Selon Maurice ROCHAIX <sup>86</sup>,

**" Les professions paramédicales destinées à participer directement ou indirectement à l'exécution et à l'application des soins vont connaître de telles mutations que l'image millénaire de la " bonne soeur ", associée à celle des pauvres malades et mourants, va très vite laisser place à une réalité tout à fait différente par**

• **un accroissement numérique très fort des personnels paramédicaux dans les décennies 1960/1980... Les rythmes de croissance ont été de 100% pour la période de 1954/1970 et de 100% à nouveau pour la période 1970/1984. ils ont été beaucoup plus lents pendant la dernière décennie.**

<sup>83</sup> TORDEUX (J) : "Précis de législation hospitalière ". Op. Cité p. 162

<sup>84</sup> Cf " Code de la santé publique, de la famille et de l'aide sociale ". Dalloz, Paris, 1993, 2091 pages

<sup>85</sup> ACCART (JP), PASTY (N) : " Les métiers de l'hôpital ". Op. Cité p. 55

<sup>86</sup> ROCHAIX (M) : " Les questions hospitalières : de la fin de l'Ancien Régime à nos jours ". Op. Cité, p.399

- une diversification accrue des professions, regroupées en quatre familles principales :

- Soins : infirmières, aides-soignantes, podologues 71,9%

- Rééducation : masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes 8,3%

- Appareillage : prothésistes, opticiens lunetiers 6,9%

- Assistance technique : manipulateurs d'électro-radiologie, techniciens de laboratoires, diététiciens, préparateurs en pharmacie 11,9%

**Le développement très rapide des techniques de soin, des technologies de diagnostic et de traitement, a fait naître ces métiers très différents, mais les a surtout fait prospérer tant quantitativement que qualitativement, et ce, en vingt ans seulement (1970 - 1990). Pendant cette période, la qualité de la formation professionnelle n'a cessé de croître, de même que la durée des études. "**

Pour accompagner cette mouvance extraordinaire, le conseil supérieur des professions paramédicales a été créé en 1975. Son rôle consiste à promouvoir les différentes professions en s'appuyant sur des travaux réalistes représentatifs de l'évolution de chacune d'entre elles. Les orientations de formation, l'organisation, les conditions de travail et la reconnaissance en termes de carrière et de revenus constituent les principales attentes des soignants aujourd'hui. Ce n'est qu'à partir de 1970 que ces professions ont été suivies sur le plan des effectifs, car réglementées au sens du code de la santé publique.

	An 31.12.1970	An 31.12.1975	An 31.12.1980	An 31.12.1984	1984/1970 (%)
Infirmières	143 100	190 430	245 450	286 700	+101,7
Pédicures	4 500	5 340	5 740	4 770	+6,0
Masseurs-kinés.	13 000	25 300	31 300	34 590	+92,2
Orthophonistes	2 000	5 400	7 110	8 825	+341,2
Orthoptistes	370	745	1 200	1 040	+180,1
Audioprothésistes	920	1 040	1 070	1 120	+22,3
<b>Total</b>	<b>168 800</b>	<b>218 295</b>	<b>295 875</b>	<b>337 050</b>	<b>+99,6</b>

Figure 12 : Croissance des personnels paramédicaux en France de 1970 à 1984

87

87 Extrait du rapport du Conseil économique et social du 28 février 1990, op. cit., p. 111 et 39

Les effectifs infirmiers et kinésithérapeutes ont doublé en quatorze ans. Les effectifs des orthophonistes et orthoptistes ont triplé, voire quadruplé et témoignent de la professionnalisation des paramédicaux.

#### **2.2.1.4. Les emplois des services techniques et généraux**

Ils contribuent largement au confort du patient tout au long de son séjour, même si les patients ne les rencontrent que très peu. Quoi de plus désagréable qu'un téléphone de chambre qui ne fonctionne pas, ne serait-ce que 24 heures ! C'est l'isolement assuré pour le malade : l'absence d'échanges téléphoniques avec un proche annihile l'évacuation d'éléments angoissants ou de toute autre nature. Le bon fonctionnement de l'ensemble de son mobilier apporte un peu de réconfort dans cet univers hospitalier si souvent étranger, voire étrange.

Leurs hiérarchiques, les ingénieurs techniques et bio-médicaux, exercent leurs fonctions selon leur spécialité. Ils participent aux études concourant à la réalisation des objectifs arrêtés par le directeur d'établissement. Pour ce faire, ils définissent les besoins techniques et budgétaires, élaborent les cahiers des charges, planifient les investissements, contrôlent les travaux... A travers ces activités, ils jouent un rôle de conseil méritoire au sein de l'établissement.

Voyons maintenant en quoi consistent les métiers hospitaliers<sup>88</sup> retenus dans le cadre de notre recherche et en quoi ils contribuent à la grande mission de soins des hôpitaux publics.

#### **2.2.2. Spécialités médicales, professions infirmière et manipulateur en radiologie : quels champs d'intervention ?**

##### **2.2.2.1. L'exercice médical**

La loi de 1958 définit les nouvelles fonctions du médecin, "**et dote ainsi le CHU d'un corps de praticiens à plein temps, indispensable à l'exécution de ses missions, disposition qui s'étendra progressivement dans la décennie soixante-dix aux hôpitaux généraux**"<sup>89</sup>.

La profession de médecin constitue dorénavant un emploi hospitalier à part entière. Le nombre de médecins partageant leur temps entre l'hôpital et leur cabinet privé diminuera ainsi régulièrement, au bénéfice d'un exercice hospitalier à plein temps. Cette nouvelle opportunité représente un aspect essentiel de l'évolution de l'exercice professionnel médical. Par ailleurs, la médicalisation croissante de la société va favoriser

<sup>88</sup> Cf collectif d'auteurs : " Les emplois types de la santé ". Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ), Paris, La Documentation Française, 1988, 200 pages. Cf collectif d'auteurs : " Nomenclature des emplois-types de l'hôpital ". Direction des hôpitaux, Rennes, ENSP, 1990. Cf collectif d'auteurs : " Les carrières paramédicales ". Les cahiers de l'ONISEP, Paris, ONISEP, nov. 1991.

<sup>89</sup> HERZLICH (C), BUNGENER (M), PAICHELER (G), ROUSSIN (P), ZUBER (MC) : " Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, carrières et pratiques des médecins français 1930-1980 ". Ed. Inserm, Doin éditeurs, Paris, 1996, 274 pages, p. 86 à 92.

la pratique spécialisée.

L'évolution de la répartition des activités a été observée auprès de médecins d'anciennetés différentes<sup>90</sup>. Il en ressort :

Une décroissance tangible de la médecine générale à temps plein ou partiel ;

La forte augmentation de la proportion de spécialistes, le mouvement amorcé en 1946 s'accélère considérablement et se traduit par l'installation directe de médecins en tant que spécialistes ;

**" Les variations de la part des médecins qui exercent comme salariés révèlent un mouvement de diffusion plus subtil. Les praticiens installés avant 1940 ont profité de ces emplois nouveaux très vite après la Libération, mais exclusivement à temps partiel. Ce sont les médecins dont le début d'exercice se situe dans les années de guerre, qui profitent massivement des nouvelles perspectives de carrières salariées qui s'ouvrent entre 1946 et 1958, à plein temps (+49%), comme à temps partiel (+38%) ".** Les générations suivantes poursuivront l'évolution engagée. La pratique hospitalière initiale à temps plein prend son essor. Le paysage médical se modifie par une double évolution : celle de la médecine générale vers la spécialisation, celle de l'exercice libéral vers le salariat.

#### **2.2.2.1.1. Différenciation accrue des pratiques généralistes et spécialisées (règlement de 1970)**

**" Avec le temps, les médecins ont senti un certain désir -ou peut-être une certaine nécessité- de se spécialiser. Il y a eu à cette spécialisation progressive des raisons intellectuelles en quelque sorte internes, et des raisons matérielles en quelque sorte externes : assurer la spécificité de son propre savoir et de ses propres méthodes, et les défendre contre les appétits d'autrui "<sup>91</sup>.**

La qualification reconnue à un médecin, et établie par le conseil de l'ordre peut être<sup>92</sup> :

soit la qualité de médecin spécialiste qualifié ;

<sup>90</sup> cf GOTTELY (J) : " Les conditions d'exercice de la médecine en France ". Bulletin de statistiques santé-sécurité sociale, n°1, janvier-février 1972. Cf GOTTELY (J), JAMET (ML) : " Les médecins hier, aujourd'hui et demain ". Solidarité santé, études statistiques, n°3, juillet-septembre 1991. Cf HATZFELD (H) : " Le grand tournant de la médecine libérale ". Ed. Ouvrières, Paris, 1963.

<sup>91</sup> GOUREVITCH (D), (sous la direction de) : " Histoire de la médecine, leçons méthodologiques ". Ed. Marketing, Paris, 1995, 192 pages, p. 7

<sup>92</sup> Arrêté du 4 septembre 1970, portant approbation du règlement relatif à la qualification des médecins établi par le conseil de l'ordre

soit la qualité de médecin compétent qualifié.

Est considéré comme médecin spécialiste qualifié tout docteur en médecine qui possède un certificat d'études spéciales dans une des disciplines énumérées dans le tableau ci-après (cadre A). Le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié. Toutefois, la neurologie et la psychiatrie peuvent être exercées simultanément. Il en est de même pour le radiodiagnostic et la radiothérapie.

Est considéré comme médecin compétent qualifié tout docteur en médecine qui possède un certificat d'études spéciales dans une des disciplines énumérées également dans le tableau ci-après :

selon que la discipline est exercée exclusivement ou non, elle est considérée comme spécialité ou compétence (cadre B).

sont considérées uniquement comme compétences et peuvent être exercées exclusivement ou simultanément avec une autre compétence ou avec la médecine générale (cadre C).

sont considérées comme compétences et peuvent être exercées exclusivement ou simultanément avec la chirurgie générale (cadre D).

Il est licite pour le chirurgien de faire éventuellement état de deux de ces compétences. L'octroi des qualifications, sur demande des intéressés, incombe au conseil départemental de l'ordre. A défaut de la possession du certificat d'études spéciales, peuvent être prises en considération des connaissances particulières qui seront appréciées par la commission compétente, dans les conditions prévues au règlement. A partir de ce jour, d'autres arrêtés ne cesseront d'enrichir la liste initiale des spécialités et compétences susvisées. **Les tableaux ci-après permettent d'en appréhender l'évolution.**

Médecin Spécialiste Qualifié					
C.A.D.H.H.A	Les spécialités (arrêté de 1970)	Evolution d'une discipline	Date	Nouvelle discipline	Date
		l'anesthésie-réanimation la biologie médicale la cardiologie et la médecine des affections vasculaires la chirurgie générale la dermatogénéralogique la gynécologie-obstétrique les maladies de l'appareil digestif la médecine interne la neuro chirurgie la neurologie l'ophtalmologie l'oto-rhino-laryngologie la pédiatrie la pneumo-phthiologie la psychiatrie la radiologie avec deux options : radiodiagnostic et radiothérapie la rhumatologie la stomatologie	La psychiatrie, deux options : psychiatrie de l'enfant, psychiatrie de l'adulte, seul Pneumo-obstétrique devient : gynécologie	1973  1974	Rééducation et réadaptation fonctionnelles Anatomie et cytologie pathologiques Immunologie Néphrologie Chirurgie orthopédique Endocrinologie et maladies métaboliques Généraliste médicale

Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

Médecin Compétent Qualifié							
	Les spécialités (artère de 1970)	Evolution d'une discipline	Date	Suppression d'une discipline	Date	Nouvelle discipline	Date
C.A.D.R.E.F. II	Swissotel, hôtel de ville	Pneumo-généraliste	1975			Anatomie et	1971
	Swissotel hôtel de ville	Généraliste				entologie	1972
	Swissotel hôtel de ville					pathologie des	1987
	Swissotel hôtel de ville					Lancette	1988
	Swissotel hôtel de ville					Hépatologie	
	Swissotel hôtel de ville					Chirurgie	1990
	Swissotel hôtel de ville					Orthopédie	1990
	Swissotel hôtel de ville					Pathologie de	
	Swissotel hôtel de ville					des maladies	
	Swissotel hôtel de ville					de l'appareil	
	Swissotel hôtel de ville					digestif	
	Swissotel hôtel de ville					Chirurgie -	
						Orthopédie	
C.A.D.R.E.F. C	Swissotel hôtel de ville	Arthroscopie	1975	Arthroscopie et	1973	Résuscitation	1972
	Swissotel hôtel de ville	Généraliste		endocrinologie		Allergologie	1972
	Swissotel hôtel de ville			foetomaternelle	1975	Angiologie	1972
	Swissotel hôtel de ville			Médecine des		Cardiologie	1972
	Swissotel hôtel de ville			affections sexuelles	1988	Endocrinologie	1972
	Swissotel hôtel de ville			Chirurgie		Orthopédie	1972
	Swissotel hôtel de ville			Diabétologie -	1975	Endocrinologie	1972
	Swissotel hôtel de ville			nutrition		Maladies de	1978
	Swissotel hôtel de ville			Endocrinologie		estomac	1981
	Swissotel hôtel de ville			Généraliste		Médecine	1981
	Swissotel hôtel de ville			Maladies		internales	
	Swissotel hôtel de ville					Chirurgie	
	Swissotel hôtel de ville					maladies	
	Swissotel hôtel de ville					Médecine	
	Swissotel hôtel de ville					thrombose et	
Swissotel hôtel de ville					obscure		
Swissotel hôtel de ville					Orthopédie		





" La durée de l'internat peut être différente selon les filières et, à l'intérieur de celles-ci, selon les disciplines, sans pouvoir être inférieure à deux ans ni supérieure à cinq ans... Les internes exercent des fonctions hospitalières ou extra-hospitalières, soit dans les centres hospitaliers régionaux, faisant partie des centres hospitaliers et universitaires, soit dans des établissements hospitaliers, y compris militaires ou privés participant au service public, liés à ces centres par convention, soit dans des organismes agréés extra-hospitaliers ou des laboratoires agréés de recherche, soit sous forme de stage auprès de praticiens agréés <sup>93</sup>.

L'internat devient donc obligatoire pour tout futur médecin.

### **Création des diplômes d'études spécialisées et des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine**

La liste des diplômes d'études spécialisées (DES), pouvant être acquis dans le cadre du troisième cycle de médecine spécialisée, est fixée aujourd'hui par l'arrêté du 23 mai 1990 modifié. C'est un arrêté du 26 juillet 1983<sup>94</sup>, qui leur a donné naissance. Un tableau récapitulatif de l'évolution de ces diplômes, en lien avec l'évolution des disciplines médicales, se trouve en annexe<sup>95</sup>.

Les diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) peuvent être envisagés sous certaines conditions. Seuls, les médecins possédant un diplôme d'études spécialisées peuvent envisager l'obtention d'un diplôme complémentaire dans un objectif d'approfondissement des connaissances et d'acquisition d'une expertise spécifique. La liste fixée par un arrêté en date du 4 mai 1988 modifie la première, notifiée dans l'arrêté du 26 juillet 1983<sup>96</sup>.

### **Les capacités de médecine : des titres en parallèle des qualifications<sup>97</sup>**

***" Les capacités de médecine sont des diplômes nationaux. Elles ont été créées en remplacement de certains CES et attestations disparus, voire même de certains diplômes d'université. Les capacités ne sont pas des qualifications, mais des titres. Elles peuvent être exercées conjointement avec la qualification qui a été reconnue au candidat : médecine générale ou médecine spécialisée selon le DES obtenu <sup>98</sup>.***

<sup>93</sup> Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques, journal officiel du 26 décembre 1982

<sup>94</sup> Arrêté du 26 juillet 1983 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées et des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine, journal officiel du 28 juillet 1983. <sup>3</sup> Annexe n° 8

<sup>95</sup> Annexe n° 8

<sup>96</sup> Annexe n° 8

<sup>97</sup> Voir la liste des capacités de médecine en annexe 8

<sup>98</sup> *Guide Théraplix des études médicales « Quelle voie choisir ? » Année universitaire 96-97, Paris, 1996, 260 pages, p.67*

Les médecins issus du nouveau régime d'études exercent :

• soit en qualité de médecin qualifié en médecine générale ;

• soit en qualité de médecin spécialiste de sa discipline.

La discipline spécialisée ne peut faire l'objet que d'un exercice exclusif du médecin concerné.<sup>99</sup>

De nombreuses modifications au règlement de qualification des médecins ont été apportées par le conseil national de l'ordre des médecins et, à ce jour, continuent de l'être, afin de permettre d'une part la " régularisation " de l'exercice médical pour les personnes formées avant la réforme des études médicales (équivalences), d'autre part l'ajout de disciplines nouvelles.<sup>100</sup>

Compte tenu de la coexistence de médecins formés avant et après la réforme des études médicales,

**" Le règlement des qualifications est ainsi fixé :**

• ***pour les médecins ancien régime, c'est-à-dire entrés dans le troisième cycle avant octobre 1984, par l'arrêté du 4 septembre 1970 modifié ;***

• ***pour les médecins nouveau régime, c'est-à-dire entrés dans le troisième cycle à partir d'octobre 1984, par l'arrêté du 16 octobre 1989 modifié.***

***Des mesures transitoires existent pour les médecins ancien régime, qui souhaitent obtenir une qualification dans le cadre de la nouvelle réglementation (et ce, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 1998, pour certaines disciplines*** <sup>101</sup>

La carrière hospitalière est l'une des voies les plus importantes de l'exercice médical. Les médecins hospitaliers exercent leurs fonctions à temps plein, ou partiel, et assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier. Ils peuvent participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche. Par ailleurs, ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.

Comme nous l'avons vu, la médecine s'est fortement spécialisée, notamment à partir des années 1970. Cette spécialisation n'exclut pas le travail en collaboration. **" Etre à l'hôpital, c'est aussi faire partie d'un ensemble -équipe hospitalière, équipe**

<sup>99</sup> Arrêté du 16 octobre 1989, portant approbation d'un règlement relatif à la qualification des médecins, journal officiel du 20 octobre 1989 (Annexe n° )

<sup>100</sup> Liste des spécialités par discipline en 1997, voir annexe n° 8

<sup>101</sup> *Guide Théraplix des études médicales « Les débuts professionnels ». Année universitaire 96-97, Paris, 1996, 276 pages, p. 99*

***administrative sans oublier les premiers intéressés, les malades- qui implique, là aussi, des droits et des devoirs "***<sup>102</sup>.

Quelle que soit la spécialité choisie, la démarche diagnostique reste la même pour tout médecin. " Néanmoins, c'est d'abord en examinant un malade, puis le cas échéant, en s'appuyant sur des examens complémentaires, que l'on parvient au diagnostic ce que la tendance actuelle à une médecine des milli-équivalents pourrait laisser supposer périmé. Il faut avouer en effet que l'efficacité de nos thérapeutiques, d'une part, le désir pour le malade d'être vite guéri, d'autre part, font qu'aujourd'hui l'étape clinique risque d'être " embolisée ", et que l'on soit tenté de prescrire un traitement symptomatique anti-inflammatoire et antibiotique à large spectre, aussi puissant qu'incontrôlable. Certes, en réanimation par exemple, ce qui compte d'abord, c'est de sauver d'extrême urgence le malade, de lutter d'emblée contre un collapsus, un coma, une insuffisance respiratoire, des désordres hydro-électrolytiques dont l'origine peut parfois rester à tout jamais mystérieuse ! Mais pourtant, ce qui demeure, c'est la nécessité d'un traitement adapté au malade et à sa maladie, sans maquiller les cartes, même si le résultat n'en est pas immédiatement spectaculaire "<sup>103</sup>.

## **2.2.2.2. L'exercice infirmier**

### **2.2.2.2.1. Les caractéristiques de la formation d'infirmier : la polyvalence**

***" La fonction infirmière<sup>104</sup> comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispensation soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre infirmier. Les infirmiers concourent à l'établissement du diagnostic sur prescription ou conseil médical, ils effectuent les soins spécifiques et d'hygiène nécessités par l'état de santé du malade. Ils réalisent enfin divers travaux administratifs nécessaires à l'exécution de ces soins et à la bonne marche du service "***<sup>105</sup>.

Les soins infirmiers, en tant que tels, visent à protéger, maintenir, restaurer ou promouvoir la santé et l'autonomie des fonctions vitales des personnes, en tenant compte des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles de la personne soignée. Outre l'aspect technique indiscutable, ils revêtent une dimension beaucoup plus large faisant appel à des aptitudes relationnelles, organisationnelles, pédagogiques, éducatives ...

L'hôpital demeure la principale référence professionnelle. En effet, même diversifiée,

---

<sup>102</sup> Guide thérapeutique des études médicales " Les fonctions hospitalières ". Op. Cit, p. 6.

<sup>103</sup> Guide thérapeutique des études médicales " Les fonctions hospitalières ". Op. Cit, p. 251-252. <sup>3</sup> Cf Collectif d'auteurs : « Le guide de l'infirmière 1992 ». Hors-série de l'infirmière magazine, Paris, 1992, 249 pages. <sup>4</sup> ACCART (JP), PASTY (N) : « Les médecins de l'hôpital » op. cité p. 121

<sup>104</sup> Cf Collectif d'auteurs : « Le guide de l'infirmière 1992 ». Hors-série de l'infirmière magazine, Paris, 1992, 249 pages.

<sup>105</sup> ACCART (JP), PASTY (N) : « Les médecins de l'hôpital » op. cité p. 121

la pratique extra hospitalière s'appuie sur le savoir hospitalier. L'infirmier(e) travaille en étroite collaboration avec l'équipe médicale et les autres professionnels de santé. Nous verrons ultérieurement en quoi consiste précisément son activité au sein d'une unité de soins et en quoi la structure organisationnelle est facilitante ou non pour l'exercice de la pratique infirmière au quotidien.

Un diplôme d'état obtenu à l'issue de trois années de formation professionnelle, après le baccalauréat ou un titre équivalent, autorise l'infirmier(e) à exercer dans l'ensemble des secteurs d'activités existants (hôpitaux publics ou privés, cliniques, dispensaires, cabinets d'auxiliaires médicaux, établissements thermaux, pénitentiaires, scolaires et universitaires,...).

Cette dernière décennie, des diplômes universitaires ou d'université ont vu le jour et ce, suite à un besoin d'identité professionnelle et de reconnaissance légitime des soignants, ayant généré notamment à la fin des années 80 des mouvements sociaux importants. Ces formations ne mènent pas au diplôme d'état, mais présentent l'intérêt d'élargir le champ de connaissance des soignants.

L'émergence d'un nouveau profil infirmier a été favorisée par l'arrêté du 23 mars 1992, définissant le programme du nouveau diplôme infirmier<sup>106</sup>. Trois éléments sont ainsi mis en exergue :

- **la professionnalisation et une meilleure reconnaissance sociale** ;

- **l'aptitude** à répondre aux besoins de santé d'un individu ou d'un groupe dans le domaine préventif, curatif, de réadaptation ou de réhabilitation ;

- **la polyvalence**, afin de dispenser des soins infirmiers en tenant compte de l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique frappant une personne.

Un quasi bouleversement a d'ailleurs fait suite **au rapprochement inattendu de la formation des infirmiers psychiatriques et des infirmiers de soins généraux diplômés d'état**. Les premiers obtenaient jusqu'à cette date un diplôme d'état spécifique à la psychiatrie, leurs écoles étant distinctes et autonomes. L'exercice de leur métier ne pouvait se faire qu'en secteur psychiatrique. Aujourd'hui ne demeure qu'une seule formation professionnelle d'infirmier(e), faisant tomber la scission psychiatrie - soins généraux, au bénéfice de compétences communes. En effet, la psychiatrie ne constituait pas une spécialisation de la profession infirmière, à l'inverse des puéricultrices, des anesthésistes et des panseurs - instrumentistes en bloc opératoire qui nécessitent obligatoirement la possession du diplôme d'état d'infirmier(e) en soins généraux et un exercice du métier de base de deux années minimum (excepté pour la puéricultrice).

Ces trois métiers représentent les seules spécialités officielles et réglementaires de la

---

<sup>106</sup> Annexe n° 9

profession infirmière initiale. Il n'en demeure pas moins que d'autres niveaux de spécialisation coexistent, correspondant plutôt à une expertise dans un domaine donné. Cette connaissance spécifique, détenue par un ou plusieurs membres d'une équipe, vient renforcer le potentiel de compétences collectives. A titre d'exemple, on peut noter l'intérêt d'infirmiers stomathérapeutes dans certains services. Grâce à une formation spécifique, ils dispensent aux stomisés<sup>107</sup> des soins adaptés ayant comme objectif le retour à l'autonomie.

**" La profession d'infirmier a connu au cours de ces vingt dernières années une évolution considérable dans ses pratiques et dans ses responsabilités. Son activité est passée des soins infirmiers dispensés sur prescription ou conseils médicaux à des soins infirmiers très clairement identifiés tant par les actes techniques prescrits que par les actes relevant de son champ spécifique de compétence. Avec l'édiction des règles professionnelles, son activité s'est encore enrichie par de véritables valeurs professionnelles faisant référence, soit à des principes généraux, soit à des devoirs très stricts vis-à-vis des malades. En 1993, la révision du décret relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmier et la parution du décret relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières renforce la responsabilité de ces professionnels et nécessite une plus grande collaboration fondée sur le respect mutuel et une confiance partagés entre les médecins et les infirmier(e)s. "**<sup>108</sup>

Les compétences des infirmier(e)s sont clairement détaillées dans ce décret du 15 mars 1993<sup>109</sup> qui délimite le champ d'intervention infirmier. Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet :

de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologique, sociale, économique et culturelle ;

de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement ;

de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir son diagnostic ;

<sup>107</sup> Stomisé : personne ayant subi l'abouchement chirurgical d'un organe creux à la peau

<sup>108</sup> Collectif d'auteurs " *Infirmier-Infirmière à l'hôpital public : droits et devoirs* ". Les guides de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, éd. Doin, Paris, 1994, 41 pages, p. 5, Préambule Marinette Olivier. Cf FLORET (MC) : " *Les infirmières, les infirmiers et leurs écoles* ". Op. Cité

<sup>109</sup> Décret n° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (Journal officiel du 16 mars 1993) Annexe 10

- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin ;
- de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en oeuvre des thérapeutiques ;
- de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social ;
- d'accompagner les patients en fin de vie et, en tant que de besoin, leur entourage.

**" Pour ce faire, relèvent du rôle propre de l'infirmier, les soins infirmiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes " <sup>110</sup>**

Relèvent du **rôle sur prescription médicale**, les scarifications, injections et perfusions dans le respect des techniques afférentes et par ailleurs, un certain nombre d'actes nécessitant qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. L'infirmier participe également en présence d'un médecin à l'application de techniques spécifiques.

Les actes professionnels de l'infirmier, relevant tant du rôle propre que du rôle prescrit, énumérés dans le texte législatif, s'appliquent ainsi pour tout patient quelle(s) que soi(en)t sa ou ses pathologie(s). L'exercice infirmier est donc, dans sa conception originelle, un exercice polyvalent. La formation initiale, sanctionnée par un diplôme d'état polyvalent, aborde l'homme dans une dimension de soins holistiques.

Les soins préventifs et éducatifs s'inscrivent dans une démarche visant à développer l'autonomie des patients. L'infirmier(e) les aide ainsi à prendre en charge leurs problèmes de santé.

Les soins de maintenance et de réhabilitation représentent les " soins de vie ", nouvelle base philosophique de la fonction soignante. La population vieillit, et de ce fait les handicaps augmentent. La prise en charge de cette nouvelle frange de malades nécessite chez l'infirmier(e) des qualités d'observation, d'écoute, de réflexion et de créativité afin que soient mis en oeuvre des " projets de vie " personnalisés basés sur la promotion de la santé, la réhabilitation sociale et l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Les soins curatifs font appel à la compétence technique de l'infirmier(e). Ils diffèrent selon la nature des pathologies médicales ou chirurgicales. L'enseignement est basé sur les pathologies courantes. Des modules optionnels peuvent être proposés aux étudiants pour les spécialités pointues.

<sup>110</sup> Décret n° 93-345 du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (Journal officiel du 16 mars 1993) Annexe 10

#### 2.2.2.2. L'exercice infirmier au sein d'une spécialité médicale

L'infirmier(e) diplômé(e) d'état<sup>111</sup> possède donc les bases nécessaires à l'entrée dans ce métier. Il n'en demeure pas moins que l'exercice médical étant très spécialisé, l'infirmier(e) aura à développer sur le terrain une expertise propre à la discipline médicale regroupant, de fait, un " type de patients particuliers ". Est-ce pour autant que l'infirmier(e) devient spécialisé(e) ? Question de sémantique ou réelle différence de pratique ? C'est ce que notre recherche tentera de démontrer à propos des infirmier(e)s de soins généraux.

L'évolution de la profession infirmière s'est surtout centrée sur l'amélioration qualitative de l'ensemble des soins dans une dimension holistique, plutôt que sur la maîtrise exclusive de soins techniques spécifiques, ceci " n'interdisant " nullement le développement de cette expertise dans un contexte plus global de prise en charge du patient.

D'autres spécialisations de l'infirmier(e) doivent-elles être réaffirmées ou créées, telles que l'infirmier(e) hygiéniste, l'infirmier(e) d'urgence, l'infirmier(e) stomathérapeute, l'infirmier(e) de consultations ? Les avis sont aujourd'hui extrêmement partagés, tant au sein du corps professionnel lui-même que par les autres acteurs hospitaliers. On peut simplement constater que statutairement, aucune spécialisation nouvelle ne voit le jour. La tendance s'est même inversée avec la suppression de la spécialité d'infirmier(e) psychiatrique en 1993, cette filière étant dorénavant intégrée à celle des soins généraux.

**Notre recherche ne traitera pas de la polyvalence intermétiers mais, en revanche, de la polyvalence intramétier. Les infirmiers en soins généraux et les manipulateurs en imagerie constitueront ainsi les deux publics « d'expérimentation ».**

L'infirmier(e) en soins généraux « exerce son art » auprès des patients hospitalisés, quelle que soit la spécialité médicale ou chirurgicale concernée. Les soins qu'il (elle) dispense prennent en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle, une détresse physique ou psychologique. Cependant, la multiplicité des lieux d'exercice, l'évolution des sciences, des techniques et des besoins de santé propres à chaque lieu d'exercice, imposent à l'infirmier(e) une faculté d'adaptation importante et un investissement orienté de fait sur la spécialité médicale ou chirurgicale au sein de laquelle il (elle) professe. Cette dernière influence et oriente le travail de l'ensemble de l'équipe soignante, devenant elle-même " spécialisée ", tout du moins dans son acception la plus courante.

Il n'est pas rare qu'une spécialité médicale soit encore segmentée au bénéfice d'un geste technique ou d'un traitement encore plus précis, encore plus fin. On le constate au sein d'établissements spécialisés (neurologie, cardiologie), dans lesquels chaque service peut correspondre à la prise en charge d'une pathologie encore différenciée.

Dans ce cas de figure, que devient la polyvalence initiale de l'infirmier(e) ? Est-ce

---

<sup>111</sup> cf ACKER (F) : " La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire ". Sciences sociales et santé, volume IX, n°2, juin 1991, p. 123 à 143 Cf POLETTI (R) : " Les soins infirmiers : théories et concepts ". Centurion, Paris, 1978. Cf LORIGNY (MA) : " l'infirmière de demain ". Revue Soins, n° 542, novembre 1990, p. 39 et 40



pour autant qu'elle est spécialisée ? Spécialisée ou experte, est-ce similaire ? Notre recherche s'emploie à apporter un éclairage à ces différentes questions.

### 2.2.2.3. L'exercice du manipulateur en radiologie

Son rôle s'est considérablement transformé depuis ses origines. De la révolution technologique industrielle est née une diversité d'appareils de plus en plus sophistiqués, faisant intervenir non seulement des rayonnements X et des substances radioactives, mais aussi des ultrasons (échographie) et des champs magnétiques (imagerie par résonance magnétique ou IRM). Ces appareils ont selon les cas un but thérapeutique (irradiation des tumeurs cancéreuses par radiothérapie) ou diagnostic (radiologie standard et interventionnelle, médecine nucléaire). Le manipulateur en électroradiologie médicale, sous la responsabilité et le contrôle du médecin, réalise ainsi les examens diagnostics au thérapeutiques prescrits. Il réalise seul les examens simples. En revanche, ceux nécessitant un acte médical synchronisé (ponction artérielle, ...) impose l'étroite collaboration du médecin et du manipulateur en temps réel. Outre cette fonction technique, le manipulateur a un souci tout particulier de sa fonction soignante. Il assure de nombreux soins pré, per et post examen, permettant le bon déroulement des opérations. C'est à ce titre qu'il doit être très vigilant sur la transmission des informations nécessaires à ses collègues infirmiers des unités de soins. La prise en charge psychologique des patients demeure essentielle, dans cet univers extrêmement technicisé.

Les études se déroulent sur trois ans post baccalauréat. Le diplôme d'état obtenu ne permet pas d'exercice libéral<sup>112</sup>.

Les actes professionnels relatifs à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale ont été (re)précisés par un décret de 1997<sup>113</sup>. Tout comme les infirmières **sa formation est polyvalente**. Il peut, en effet, exercer dans trois domaines distincts :

• l'imagerie médicale est ce que l'on appelle communément le service de radiologie. Les examens réalisés, à visée diagnostique ou thérapeutique, nécessitent l'utilisation de techniques le plus souvent complexes et complémentaires (scanner, imagerie par résonance magnétique ou IRM, échographie, angiographie, radiographie conventionnelle).

• La radiothérapie, à visée thérapeutique exclusivement, permet le traitement des cancers, de par l'irradiation des tumeurs en cause (radiothérapie externe ou curiethérapie endo-cavitaire).

• La médecine nucléaire utilise des produits radio-actifs visant à diagnostiquer diverses

---

<sup>112</sup> Décret n° 67-540 du 26 juin 1967 portant création du diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale

<sup>113</sup> Voir décret de compétences en annexe 11

pathologies (scintigraphie) ou à traiter des affections le plus souvent cancéreuses.

Dans le cadre de l'exécution de leurs actes, les manipulateurs de radiologie assurent différentes fonctions : soins, techniques, gestion, hygiène, relations, encadrement – animation, participation à l'élaboration de programmes d'assurance de la qualité...

C'est un **soignant**. Il doit être capable de répondre aux besoins physiques et psychologiques de chaque patient. Il assure la continuité des soins avec les autres professionnels de santé et pratique ceux attachés à son exercice professionnel (injections, pansements...).

C'est aussi un **technicien**. Il fait fonctionner les différentes techniques en fonction des images attendues, pour la pose du diagnostic. Il procède au contrôle de ses appareils et respecte les règles de radioprotection.

Notre recherche portera notamment sur le degré de polyvalence des manipulateurs radio, mais nous avons fait le choix de ne retenir que ceux exerçant dans les services d'imagerie médicale. En effet, d'une part plus de 80 % des effectifs sont affectés en imagerie médicale : les techniques y sont diversifiées et complexes. D'autre part, il n'existe que de très rares cas dans lesquels les manipulateurs sont mobiles entre imagerie médicale, radiothérapie et médecine nucléaire, ces trois disciplines constituant, dans les faits, des spécialités fort distinctes.

C'est pourquoi **la polyvalence observée sera « intramétier imagerie »**.

## **En conclusion**

---

L'hôpital « est » un ensemble de compétences administratives, médicales, paramédicales et techniques à la disposition du public. Sa mission principale est de fournir une qualité de soins optimale à chacun de ses clients.

Pour ce faire, il est nécessaire d'encourager et d'accompagner le décloisonnement amorcé du système, en favorisant la mise en cohérence des pratiques professionnelles et organisationnelles.

Les facteurs organisationnels tels que la distribution des responsabilités, de l'autorité, les règles du jeu caractérisant le fonctionnement... ont un impact sur la stratégie des individus<sup>114</sup>. Une évolution des modes d'organisation dans les établissements de soins est en cours. Quelles sont les capacités des professionnels hospitaliers à coopérer dans un système complexe ? Comment se traduisent au quotidien les nouvelles politiques axées sur la décentralisation, la participation, la délégation, la communication et la valorisation des ressources humaines ? En quoi les exigences de rationalité économique interfèrent-elles sur la conduite des groupes professionnels ? La polyvalence constitue-t-elle, à ce titre, un facteur de progression dans son ensemble (culturelle, socio-économique, qualitative...)?

Notre recherche, axée sur ce dernier point, a porté sur les modes d'exercice des

---

<sup>114</sup> (M) CROZIER "Le monde des employés de bureau" Ed. du Seuil, Paris, 1965, p 119-133

publics infirmiers et manipulateurs radio. Afin d'en appréhender le fil conducteur, le prochain chapitre est centré sur la méthodologie de production des données.

Nous proposons, page suivante, un tableau récapitulatif et synoptique des différents points traités au cours des deux premiers chapitres.

## Chapitre 3 : La méthodologie de production des données

Tout comme les autres sciences, les sciences de gestion travaillent sur des données produites. Identifier des hypothèses de recherche en adéquation avec l'objet étudié, constitue une première étape assez difficile à franchir. La seconde vise, de fait, à les confirmer et s'avère tout aussi complexe, voire plus. C'est alors qu'intervient le choix de la méthodologie d'exploration, c'est à dire, le choix du meilleur processus possible de production de données, source d'élaboration d'un savoir.

L'observation, l'interview et le questionnaire forment trois techniques d'enquête complémentaires comportant chacune des spécificités.

**« Chacun de ces processus institue une situation d'interaction, entre l'observateur et l'observé, entre l'interviewer et l'interviewé, entre l'enquêteur et l'enquêté... Il n'est pas de processus de production des données qui n'interfère avec l'événement qu'il est conçu pour saisir... La pertinence d'un tel processus est donc une relation entre des contextes relativement à un objectif. La question n'est jamais simplement comment produire ? Mais qu'est-ce qu'on produit ? En activant quel(s) contexte(s) ? Et selon quelle(s) déformation(s) réglée(s) ? »<sup>115</sup>**

Compte tenu de notre activité professionnelle, la technique d'observation stricte n'a pas été retenue. La nécessité d'immersion de l'observateur dans la situation observée demande une grande disponibilité quelle que soit la pratique retenue. En revanche, on ne peut nier l'existence et l'intérêt de l'observation spontanée, simultanée, lorsqu'il s'agit de réaliser des entretiens sur le terrain même de recherche.

La bonne connaissance du milieu hospitalier semble, en effet, facilitante pour exercer la technique d'interview par entretien.

**« L'entretien de recherche vise, à travers la construction du discours, la connaissance objectivante d'un problème, fut-il subjectif : c'est une des opérations de l'élaboration d'un savoir socialement communicable et disputable... Les discours produits par entretien sont essentiellement composés d'énoncés assertifs, c'est à dire dont le but vise à faire connaître à l'auditeur un état de chose ou une conception tenue pour être vraie... Parmi ces « assertifs », nous devons distinguer trois catégories d'énoncés :**

<sup>115</sup> (A) TROGNON « Produire des données » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales » Collectif d'auteurs (A) BLANCHET, (R) GHIGLIONE, (J) MASSONNAT, Editions DUNOD, 1987, 198 p, p 14 et 15

*les narratifs, dont le but est de rendre compte d'événements passés, auxquels on peut associer les descriptions d'objet*

*les informatifs, dont le but est d'apporter un commentaire nouveau sur un thème donné*

*les démonstratifs, dont le but est d'établir le processus logique de la détermination des faits »<sup>116</sup>*

### 3.1. Le diagnostic comme première opération d'« objectivation » de la polyvalence

---

En effet, de quoi parle-t-on, lorsque l'on parle de polyvalence ? La polyvalence est un sujet qui n'engendre pas la neutralité. Le plus souvent, on est « pour » ou « contre », rarement « indifférent ».

Parmi les acteurs hospitaliers, on trouve les défenseurs et les opposants, mais que défend-on ? et à quoi s'oppose-t-on ? Objectiver la polyvalence, c'est essayer de lui donner une forme, de la définir, de la « réifier ».

Nous avons ainsi fait le choix de réaliser une **étude monographique** au sein d'un établissement hospitalier ayant mis en oeuvre la polyvalence dans un triple objectif :

donner une réponse unique et globale aux besoins différenciés de patients handicapés

diversifier les compétences du personnel

équilibrer la charge en soins, par une gestion des effectifs axée sur la mobilité

Cet établissement de rééducation présentait, par ailleurs, l'avantage d'être une structure « de bonne dimension » (300 lits, 500 agents environ), ce qui a facilité :

la vision du système dans son ensemble

la rencontre de tous les décideurs (médicaux, administratifs et soignants)

les relations interpersonnelles

la mise en corrélation des discours et des modes de fonctionnement effectifs

<sup>116</sup> (A) BLANCHET : « Interviewer » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales », Collectif d'auteurs, (A) TRÓGNON, (R) GHIGLIONE, (J) MASSONNAT, Editions DUNOD, 1987, 198 p, p 84

la compréhension des enjeux individuels et collectifs et leurs ancrages institutionnels

l'« observation » synchrone des régulations dans les situations de travail

l'analyse documentaire institutionnelle.

### 3.1.1. La nature du diagnostic

Bien évidemment, il ne s'agissait pas de porter des jugements binaires et absolus sur le fonctionnement polyvalent de l'établissement en question, mais de faire un **bilan de la situation actuelle** afin de cerner :

comment se traduit opérationnellement la polyvalence au quotidien

comment elle est vécue par les acteurs concernés

les représentations qui y sont liées (signification, sens...)

les freins et les facteurs favorisant.

Notre démarche a consisté à utiliser l'entretien comme un moyen d'investigation sur le terrain.

**« L'interviewer ne sera plus le sociologue curieux, le psychologue dubitatif ou l'enquêteur naïf, mais un chercheur qui aura défini à l'avance un maximum de paramètres de la communication (situationnels, contractuels, interlocutoires), en fonction d'hypothèses précises sur le type de discours visé. La conduite des entretiens devra alors mettre en oeuvre ces différents paramètres dans des stratégies d'intervention qui seront d'autant plus précises et efficaces que se développeront les études fondamentales sur le système des interactions verbales dans l'entretien ».**<sup>117</sup>

La programmation stratégique des interventions a été effectuée en fonction des objectifs et des hypothèses de la recherche.

Pour ce faire, nous avons procédé à l'élaboration d'un **guide d'entretien**, afin d(e) :

accroître la pertinence et l'efficacité de l'entretien de recherche, « au service » des hypothèses à valider

constituer un « fil rouge », garant de la cohérence globale des entretiens.

<sup>117</sup> (A) BLANCHET : « Interviewer » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales », Collectif d'auteurs, (A) TROGNON, (R) GHIGLIONE, (J) MASSONNAT, Editions DUNOD, 1987, 198 p, p 125

Bien que notre diagnostic ne soit pas, a priori, un diagnostic de recherche des dysfonctionnements, il n'en demeure pas moins qu'il existait une probabilité d'en mettre à nu, a posteriori.

Nous nous sommes ainsi inspirés de la méthodologie du diagnostic socio-économique, proposée par Henri SAVALL et Véronique ZARDET.

**« Le diagnostic socio-économique est tout d'abord une phase d'écoute de tous les acteurs impliqués. En effet, chaque individu, quels que soient son emploi, son niveau hiérarchique, est témoin de dysfonctionnements : il en provoque, il en subit, mais il est aussi en mesure d'émettre des suggestions, parfois très concrètes, pour réduire ces dysfonctionnements. C'est le principe de la boîte à idées vivantes... En outre, chaque membre de l'entreprise ayant une vision différente de ses collègues ou supérieurs hiérarchiques, il est très utile de confronter ces visions, d'en étudier les convergences et les spécificités, car cela même peut être un signe de dysfonctionnements de communication-coordination-concertation ».**<sup>118</sup>

Le guide d'entretien a ainsi été conçu sur le modèle d'analyse socio-économique : il présente une liste de thèmes (correspondant aux six familles de dysfonctionnements) et de sous-thèmes (concrétisés par une série de questions) à aborder au cours de l'entretien, sans ordre imposé<sup>119</sup>.

Le but n'est pas de poser la totalité des questions recensées, mais d'éviter les digressions par des questions appropriées de recentrage sur l'objet de la recherche.

Figure 14 : Nomenclature générale des thèmes et des sous-thèmes

<sup>118</sup> (H) SAVALL, (V) ZARDET « Maîtriser les coûts et les performances cachés », op. cit., p 227 à 256, p 227

<sup>119</sup> Cf Figure 14, page suivante

Thèmes	Sous-thèmes
1) Conditions de travail	Matériel et fournitures Aménagement et agencement des locaux Nuisances Charge physique de travail Conditions physiques de travail Horaires de travail Ambiance de travail
2) Organisation du travail	Répartition des tâches, des missions Intérêt du travail Charge de travail Réorganisation des services et départements Autonomie dans le travail Règles et procédures Polyvalence Organigramme Régulation de l'absentéisme
3) Gestion du temps	Respect des délais Tâches mal assumées Planification, programmation des actions Facteurs perturbateurs de la gestion du temps
4) Communication-Coordination-Concertation (3C)	3C horizontale 3C verticale Transmission des informations Relations avec les services environnants 3C au niveau de l'équipe de Direction 3C entre maison-mère et filiale 3C interne au service Dispositifs de 3C 3C entre élus et fonctionnaires 3C entre direction et siège (ou département) 3C entre réseau et siège
5) Formation intégrée	Adéquation formation-emploi Dispositifs de formation Compétences disponibles Besoins de formation Formation et changement technique
6) Mise en oeuvre stratégique	Orientations stratégiques Auteurs de la stratégie Démultiplication et organisation de la mise en oeuvre stratégique Système d'information Gestion du personnel Outils de la mise en oeuvre stratégique Mode de management Moyens de la mise en oeuvre stratégique

120

L'intervenant-chercheur utilise donc le guide d'entretien comme une liste de contrôle, l'essentiel étant qu'aucun point n'ait été oublié.

Les entretiens sont semi-directifs et nécessitent une prise de notes aussi exhaustive que possible, car indispensable à l'exploitation des données, qui sera obligatoirement faite en temps différé.

Voici ci-après, le guide d'entretien construit selon le modèle d'analyse socio-économique. Nous retrouverons ainsi l'arborescence suivante :

<sup>120</sup> Tableau extrait de " Maîtriser les coûts et les performances cachés " SAVALL (H), ZARDET (V), op cit., page 242.

.  
thèmes (organisation du travail, conditions de travail, gestion du temps, communication-coordination-concertation, mise en oeuvre stratégique et formation intégrée)

.  
sous-thèmes

.  
idées-clés sous forme de questions, permettant d'orienter et/ou réorienter l'entretien.

*Figure 15 : Guide d'entretien « La polyvalence à l'hôpital »*

### **3.1.2. Segmentation de la population interviewée**

Outre l'analyse de documents et l'observation directe, les entretiens qualitatifs ont constitué, sur cet établissement hospitalier, la technique privilégiée pour recueillir les informations relatives à l'exercice de la polyvalence. Les entretiens individuels ont été retenus pour la direction, les médecins et les cadres soignants. Quant aux équipes de soins, elles ont fait l'objet d'entretiens collectifs. Leur durée a oscillé entre une heure trente et trois heures. " Cette durée s'explique par le fait que ce sont des entretiens semi-directifs : l'intervenant qui conduit l'entretien est soumis à un flux désordonné d'informations de la part de son interlocuteur. Face à cela, il a une stratégie de conduite de l'entretien afin de maximiser la part des informations utiles, selon lui... "<sup>121</sup>.

Nous avons identifié **quatre groupes de personnes** se différenciant par leur métier, leur position dans l'organigramme et leur implication dans la mise en oeuvre de la polyvalence :

.  
la Direction de l'Etablissement ;

.  
Le Corps médical ;

.  
Les Cadres soignants ;

.  
Les Equipes de soins.

Les interviews se sont répartis selon le schéma suivant :

---

<sup>121</sup> SAVALL (H), ZARDET (V) "Maîtriser les coûts et les performances cachés" op. cit. p 233



Entretiens individuels		Entretiens collectifs	
<b>La direction et ses collaborateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* le directeur</li> <li>* le chef de bureau du personnel</li> <li>* un adjoint administratif</li> <li>* l'infirmière générale</li> </ul>	<b>Trois équipes d'unités de soins</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* La première : trois IDE<sup>122</sup> infirmière diplômée d'Etat (sur deux)</li> <li>trois ASD<sup>123</sup> aide-soignante diplômée (sur deux)</li> <li>* La seconde : cinq IDE (sur huit)</li> <li>six ASD (sur onze)</li> <li>une sage-femme IDE</li> <li>un spécialiste A&amp;D</li> <li>La troisième : quatre IDE (sur six)</li> <li>huit ASD (sur quinze)</li> <li>une sage-femme IDE</li> <li>un spécialiste A&amp;D</li> </ul>	
<b>Le corps médical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* deux chefs de service praticiens universitaires, généralistes hospitaliers</li> <li>* un médecin adjoint</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* L'équipe de restauration des malades</li> <li>deux A&amp;D infirmières (sur quatre)</li> </ul>	
<b>Les cadres soignants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* neuf surveillances d'unités de soins (sur onze).</li> </ul>		
<b>Sous total</b>	<b>16 personnes</b>	<b>Sous total</b>	<b>38 personnes</b>
<b>Total 54 personnes</b>			

<sup>122</sup> IDE : infirmière diplômée d'Etat

<sup>123</sup> ASD : aide-soignante diplômée

La sélection des personnels a été basée sur les principes de la démarche horivert. " L'approche socio-économique des entreprises a une ambition de généralisation des actions d'innovation socio-organisationnelle au sein de l'entreprise : elle vise à créer un processus de dynamisation globale de l'entreprise "<sup>122</sup>

Deux actions simultanées et articulées, une action horizontale et une action verticale, d'où la contraction " horivert ", visent ainsi à mettre en évidence, puis résoudre, à la fois les dysfonctionnements opérationnels et les dysfonctionnements stratégiques. Ces deux actions s'alimentent mutuellement et confèrent au processus, davantage de transparence et de cohérence.

Figure 16 : Le processus horivert (phase d'expérimentation)

123

Bien que notre recherche ne constitue pas un processus de changement, il nous a semblé utile de transposer la hiérarchisation proposée dans le processus horivert, afin d'obtenir un panel suffisamment représentatif de personnes, aptes à apporter l'éclairage attendu sur la mise en oeuvre de la polyvalence en institution hospitalière.

Le schéma ci-après permet de visualiser les personnes et les équipes retenues pour les entretiens, ainsi que leur situation dans l'organisation de l'établissement.

<sup>122</sup> SAVALL (H), ZARDET (V) : " Maîtriser les coûts et les performances cachés ". Op cit., page 197

<sup>123</sup> Schéma extrait du livre (H) SAVALL - (V) ZARDET : " Maîtriser les coûts et les performances cachés ". Op. Cit., p. 211

### 3.1.3. La méthode d'analyse des entretiens

Cette méthode, que nous avons utilisé, a été créée et mise au point par Henri SAVALL, avec la participation de l'équipe de l'ISEOR. Elle se caractérise par son degré d'approfondissement et de rigueur. En partant des notes prises au cours des entretiens, il s'agit de sélectionner, puis de classer des phrases témoins illustratives de la nature des informations recueillies<sup>124</sup>.

L'analyse des entretiens peut se schématiser sous la forme d'une arborescence comprenant:

Les thèmes : les familles de thèmes sont empruntées aux six domaines de dysfonctionnement du modèle d'analyse socio-économique : conditions de travail, organisation du travail, gestion du temps, communication-coordination-concertation, formation intégrée, mise en oeuvre stratégique<sup>125</sup>.

Les sous-thèmes : ils correspondent à une déclinaison des thèmes dans un objectif de précision et de hiérarchisation, facilitant la lecture de la restitution aux acteurs concernés<sup>2</sup>.

Les phrases-témoins : elles sont extraites des entretiens et sélectionnées en fonction de leur valeur-ajoutée et/ou de leur représentabilité.

Les idées-clés : elles servent à classer, regrouper et fédérer un ensemble de phrases témoins, illustrant une idée commune.

*Figure 17 : Arborescence de dépouillement des informations recueillies par entretiens*

126

La restitution des informations recueillies lors de nos entretiens relatifs à l'exercice de la polyvalence en unités de soins, respecte la segmentation présentée. Les résultats de l'analyse des entretiens vont ainsi être présentés dans cet ordre :

la direction ;

des médecins ;

124

(H) des cadres soignants "Maîtriser les coûts et les performances cachés", op. cit., p 243

125

Voir annexe 12 : Nomenclature générale des thèmes et des sous-thèmes (H.SAVALL)

126

Tableau extrait de " Maîtriser les coûts et les performances cachés ". SAVALL(H), ZARDET (V). Op cit., page 243

des équipes de soins.

Les entretiens se sont déroulés sur deux mois. La collaboration des dirigeants, des médecins et des surveillantes a été immédiate et source d'efficacité dans la programmation des rendez-vous. Ces derniers ont tous été tenus et, qui plus est, aux heures prévues. L'excellent accueil accordé a, par ailleurs, grandement facilité les échanges, et de ce fait, le recueil d'informations.

### 3.1.4. La présentation orale collective des résultats

Cette présentation orale permet de compléter le diagnostic. Elle est dénommée « **effet-miroir** » dans la démarche de diagnostic socio-économique.

Une fois l'analyse des entretiens formalisée, nous avons procédé à la présentation des résultats, aux personnes rencontrées.

**« Ces interventions consistent à répéter un contenu déjà exprimé par l'interviewé. Contrairement aux déclarations qui ajoutent un élément de contenu au discours de l'interviewé, les réitérations sont des extractions de contenu. Celles-ci manifestent, dans le contrat spécifique de l'entretien de recherche, à la fois :**

*une confirmation d'écoute*

*et, une demande d'explicitation de l'énoncé réitéré ».*<sup>127</sup>

Cette restitution ne met pas en cause la « valeur de vérité » des informations recueillies. Son but est de permettre à la fois une énonciation des convictions et des croyances, et, l'expression des hésitations et des incertitudes concernant l'objet exploré, en l'occurrence, la polyvalence.

La restitution s'est faite en trois temps :

**restitution aux décideurs** : outre l'information en retour, elle visait à recueillir leurs réactions et obtenir leur validation à deux niveaux. Il s'agissait, d'une part, de poursuivre la restitution auprès des acteurs restants et, d'autre part, d'avoir leur accord, quant à l'exploitation des résultats dans le cadre de notre recherche, ce qui fut obtenu.

**restitution auprès des cadres de proximité** : les réactions et les échanges ont été fructueux et riches d'enseignements pour notre recherche.

**restitution auprès des équipes** : les cadres se sont spontanément proposés, comme personnes - relais. Leur incombait ainsi la restitution orale, lors d'une réunion de service. Cette restitution « déléguée » a constitué, par ailleurs, un excellent moyen d'appropriation des résultats et une base sérieuse d'échanges entre les membres de

<sup>127</sup> (A) BLANCHET, « Interviewer » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales », Collectif d'auteurs, (A) TROGNON, (R) GHIGLIONE, (J) MASSONNAT, Editions DUNOD, 1987, 198 p, p 109

l'équipe, au profit d'une réflexion collective structurée.

Le diagnostic réalisé auprès de 51 personnes nous a effectivement permis d'objectiver la polyvalence, au travers des faits, opinions et commentaires recueillis lors des entretiens. En revanche, l'interrogation des cadres interviewés, additionnée à la nôtre, sur ce qui passait

« ailleurs » en termes d'organisation du travail nous a incité à élargir la recherche à d'autres établissements hospitaliers.

L'analyse thématique effectuée, nous permettait d'extraire le matériau d'une enquête par questionnaire et, en complémentarité, de :

· poser des questions correspondant aux situations réelles de travail

· confronter les éléments recueillis sur un site à d'autres sites hospitaliers

· repérer les similitudes et particularités, entre CHU et CHG, en matière de polyvalence.

C'est ainsi que nous décidions d'élargir la recherche à d'autres hôpitaux.

### **3.2. Le choix d'une étude exploratoire par questionnaire, comme seconde opération d' « objectivation » de la polyvalence**

---

Les principaux points évoqués, lors du diagnostic, comme ayant une incidence sur la polyvalence étaient globalement de cinq ordres : l'histoire personnelle, la nature et la technicité des soins, l'organisation du travail, la communication et la perception de la polyvalence. Ils constituaient un premier pas vers l'objectivation attendue.

**« L'objectivation ne consiste pas à construire par l'enquête une image du réel qui serait la plus exacte possible. Même le chiffre descriptif, souvent comparé à une photographie, ne peut y parvenir, étant donné le filtre des définitions. L'objectivité est impossible à atteindre pour deux raisons : le réel est inépuisable, le réel ne peut être décrit que par la médiation de catégories de perception. »<sup>128</sup>**

---

<sup>128</sup> (F) DE SINGLY « L'enquête et ses méthodes : le questionnaire » Ed Nathan Université, Avril 1993, 127 pages, p 19

Historique personnelle	Nature et localité de soins	Organisation du travail	Communication	Perceptif / Polyvalence
↓	↓	↓	↓	↓
ancienneté âge - formation continue - nombre de services	métier / charge - connaissances pratiques	existence de procédures - rotation - remplacements - autonomie	Échanges d'information + les quels ? + à qui ? + quand ? + comment ?	définitions différences - avantages et limites / + technicité + organisation + communication

Figure 18 : Points évoqués lors du diagnostic / Incidence sur la polyvalence

Ces points ont ainsi été retenus et enrichis pour construire notre questionnaire.

### 3.2.1. L'objectif et la structure du questionnaire

En effet, l'application d'un questionnaire à un échantillon a permis une inférence statistique au cours de laquelle nous avons pu vérifier les hypothèses élaborées et recherchées au cours de la première phase intensive et qualitative. Outre l'obtention d'informations quantitatives complémentaires, nous avons eu néanmoins, le souci d'utiliser le questionnaire comme outil d'investigation extensive mais aussi qualitative.

« Les objectifs d'un questionnaire peuvent se ramener à un petit nombre :

- **Estimer certaines grandeurs absolues : dépenses au cours d'une période donnée...**

- **Estimer des grandeurs relatives : par exemple, lorsqu'on a élaboré une typologie, estimer la population de chaque type dans la population étudiée.**

- **Décrire une population ou des sous-populations : par exemple, donner les caractéristiques des acheteurs d'un produit, des lecteurs d'un journal, etc.**

- **Vérifier des hypothèses : sous la forme de relations entre deux ou plusieurs variables : par exemple, vérifier si la nature ou la fréquence d'un comportement varie selon l'âge... »**<sup>129</sup>

En ce qui nous concerne, notre questionnaire s'est attaché à mettre en exergue les caractéristiques de la polyvalence au travers des acteurs concernés et de leurs pratiques,

<sup>129</sup> (R) GHIGLIONE, « Questionner » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales », (A) TROGNON, (A) BLANCHET, (J) MASSONAT, Editions DUNOD, 1987, 198 p, p 127

Nous pouvons dire que ce fut un exercice difficile, voire périlleux. Mais la bonne connaissance du milieu hospitalier nous a encouragé à poursuivre dans cette voie :

· expérience professionnelle hospitalière de l'auteur, longue et diversifiée<sup>130</sup>

· monographie préalable au questionnaire, source de construction du processus de référencement

· accès à une littérature abondante (ouvrages difficiles et importante documentation institutionnelle non diffusée).

La complexité résidait notamment dans **l'inévitable risque d'approximation lexicale.**

« Lorsqu'il s'agit d'attitudes ou d'opinions, on sait que, dans certaines limites, la distribution des réponses dépendra de la formulation des questions. Cela n'a donc guère de sens de chercher à estimer avec une grande précision la population de personnes répondant 'oui' à une question, alors que la formulation de celle-ci comporte toujours une part inévitable d'arbitraire. En revanche, comparer la proportion des réponses 'oui' des différents groupes sociaux, ou étudier l'évolution de cette proportion dans le temps est beaucoup plus justifié. On se trouve, de ce fait, renvoyé à un problème de mise en évidence de relation, donc de vérification d'hypothèse, plutôt que d'estimation. »<sup>131</sup>

Les données connues nous ont semblé suffisantes pour élaborer un questionnaire répondant, autant que faire se peut, à l'exigence de construction référentielle.

Pour ce faire, outre la « carte d'identité » de l'hôpital et de l'individu questionné, quatre axes, issus des points évoqués lors du diagnostic, ont été retenus comme base de construction référentielle :

· le contenu du travail et sa répartition

· le degré de polyvalence perçue et souhaitée

· ses freins et facteurs favorisants

· ses définitions.

### **3.2.2. Les acteurs enquêtés**

<sup>130</sup> **Ce premier travail de sélection** a consisté à délimiter le plus objectivement possible

<sup>131</sup> (R) GHIGLIONE, (B) MATALON, (N) BACRI « Les dires analysés : l'analyse propositionnelle du discours », Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 1985, p 95 Cf. (R) GHIGLIONE : « Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques. », Paris, Armand Colin, 1978

l'objet et ses frontières. Nous avons, à ce stade, défini les notions qui seront au centre de l'enquête, afin d'en trouver ultérieurement les bons indicateurs.

Si la base était fixée, l'édifice n'était pas, pour autant, construit !

**Le second travail de sélection** consistait maintenant à définir la population et l'échantillon de l'enquête : qui questionner, pour procéder à la validation de nos hypothèses ?

La population et l'échantillon sont, en effet, inséparables de la construction théorique de l'objet.

### **3.2.2.1. Le public infirmier**

Les infirmier(e)s ont tout naturellement fait l'objet de cette enquête, l'objectif étant de confronter les informations recueillies lors de la recherche monographique à un plus grand nombre de professionnels soignants et d'en tirer des enseignements, à la fois sur un plan quantitatif et qualitatif.

Afin de repérer la nature et le niveau de polyvalence des infirmières au sein de l'hôpital, dans lequel elles exercent, il a été nécessaire d'identifier :

#### **Les principaux domaines d'activité des services :**

- médecine
- chirurgie
- réanimation
- urgence
- bloc
- gériatrie
- 011° oncologie

#### **Les principales disciplines médicales des services :**

- Cardiologie
-

## Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

---

Dermatologie

–

Diabéto/Endocrinologie

–

Gynéco-obstétrique

–

Hématologie

–

Hépatogastro/Entérologie

–

Néphrologie

–

Neuro/Psychiatrie

–

Ophtalmo/ORL/Stomatologie

–

Orthopédie

–

Pédiatrie

–

Pneumologie

–

Rééducation

–

Rhumatologie

–

Urologie

–

Vasculaire

La prise en compte de ces critères a favorisé la mise en lumière du degré de polyvalence des infirmières, tant à l'intérieur de leurs services<sup>132</sup> que sur des services autres, et de repérer les conditions d'exercice de cette polyvalence, en fonction des quatre axes d'exploration retenus et pré-cités .

<sup>132</sup> Le terme « service » a été utilisé au sens d'une « unité de soins ». Juridiquement le service peut regrouper et regroupe le plus souvent plusieurs unités de soins. Cependant, dans le langage courant, un professionnel de soins parle toujours de « son service » (« dans mon service, nous faisons... », et rarement « dans mon unité de soins »).



### 3.2.2.2. Le public manipulateur en radiologie

Ce public n'apparaît effectivement pas dans la population interviewée de la monographie, la recherche ayant été circonscrite aux unités de soins. Nous avons toutefois choisi de retenir les manipulateurs radio dans notre champ d'étude par questionnaire, et ce pour plusieurs raisons. La rationalisation des dépenses de santé a fait et continue de faire évoluer l'organisation hospitalière. Pour diminuer la durée moyenne de séjour (DMS) des patients, les hôpitaux doivent être dotés d'un plateau technique performant. Les services d'imagerie, plus communément appelés services de radiologie, se sont complètement transformés au cours des quinze dernières années, du fait de :

une technicisation accrue : la radiologie conventionnelle, telles que la radiographie pulmonaire, la radiographie osseuse..., bien qu'encore existante, a pris une part de plus en plus faible de l'activité, au profit de technologies nouvelles permettant l'obtention de diagnostics beaucoup plus précis. **La scanographie ou scanner** est devenu un examen courant et jouit, par ailleurs, d'une forte image médiatique, d'où l'impact sur la clientèle hospitalière. *« Il semble que la volonté des radiologues d'acquérir un scanner joue un rôle déterminant. Même si la demande ne peut se justifier en termes de niveau d'examens, leurs préoccupations en termes d'images, de prestige, de technicité, de professionnalisme confortent ou suggèrent l'argument institutionnel de cohérence avec une vocation d'hôpital général... L'équipement est un emblème, un totem à signification polysémique, un gage de compétence, une source de productivité, imposé comme prix à payer pour garantir la qualité de la prestation des offreurs »*<sup>133</sup>.

**L'imagerie par résonance magnétique (IRM)**<sup>134</sup>, la dernière née des technologies de pointe, de par sa particularité en matière d'obtention des images, a fait faire un bond en avant à la recherche diagnostique. A titre d'exemple, il était auparavant nécessaire de pratiquer des examens extrêmement invasifs, voire douloureux, chez des patients présentant des pathologies neurologiques. Des anesthésies partielles ou totales y étaient le plus souvent corrélées, allongeant par ailleurs le temps d'hospitalisation.

Aujourd'hui un simple examen IRM, fait en ambulatoire<sup>135</sup>, permet une excellente visibilité du cerveau et ses différentes cavités, de la moelle épinière... Les fortes capacités diagnostiques de ces appareils et de **l'angiographie numérisée** ont d'autre part fait évoluer l'exercice professionnel du radiologue et du manipulateur vers une fonction thérapeutique. On « traite » les patients aujourd'hui dans les services d'imagerie : on ponctionne un abcès, on dilate une artère, on embolise un vaisseau qui saigne.... C'est ce

<sup>133</sup> CLAVERANNE (JP), KRICHEN (M), CHANDERNAGOR (P) : « Le statut des équipements hospitaliers : stratégie(s) d'acteur(s) et ordre technicien » dans le cadre national de recherche sur l'hôpital MIRE. Direction des hôpitaux. Contribution à l'ouvrage collectif « l'hôpital stratège, dynamiques locales et offres de soins », coordonné par (A.P) CONTANDRIOPOULOS et (Y) SOUTEYRAND, John Libbey Eurotext, Paris 199+6, 317 pages, p.257-270

<sup>134</sup> C'est un champ magnétique qui permet l'acquisition d'image d'une « tranche » du corps humain, émission de rayons X

<sup>135</sup> Ambulatoire : sans nécessité d'hospitaliser le patient

que l'on appelle la **radiologie interventionnelle**. La frontière est parfois mince entre ce qui est pratiqué au bloc opératoire et ce qui est pratiqué en radiologie.

La réalité du rôle soignant des manipulateurs radio. Le manipulateur radio, technicien à ses débuts, est devenu ainsi un soignant à part entière. Les actes de soins se sont multipliés. Si les missions sont différentes, on peut néanmoins noter une part de rôle soignant commune aux infirmières et manipulateurs radio.

La technique n'est plus la finalité du travail. Elle constitue le moyen privilégié de décider des meilleurs choix thérapeutiques et, pour une partie, de les mettre en oeuvre localement. Les manipulateurs radio doivent ainsi travailler en étroite collaboration avec leurs collègues infirmières afin que les patients puissent bénéficier de leurs examens dans les meilleures conditions de réalisation possibles. Le temps d'hospitalisation est court, les examens nombreux, ce qui impose une grande coordination des acteurs de soins.

Un accroissement des effectifs manipulateurs radio. Nous avons pu voir précédemment, combien les effectifs paramédicaux se sont accrus au cours des dernières années (+ 99,6 %) <sup>136</sup>. Les services de radiologie sont tout à fait représentatifs de cette forte expansion. Les manipulateurs radio forment aujourd'hui un des groupes paramédicaux les plus importants après le corps infirmier.

Les missions diagnostiques et thérapeutiques des services de radiologie, servies par des technologies de pointe, des effectifs conséquents de manipulateurs techniciens mais surtout soignants, ainsi que des radiologues thérapeutes, ne sont plus à démontrer. Les manipulateurs de radiologie font toutefois rarement l'objet d'enquêtes exploratoires, aux infirmière(s), d'où notre choix de les inclure dans notre échantillon.

L'évolution de l'organisation hospitalière, en matière de production de soins et de techniques exploratoires, explique ainsi le choix de ce public. Par ailleurs, le fait que l'auteur de cette thèse ait débuté son activité professionnelle comme manipulatrice radio a contribué à soutenir ce choix.

Le questionnaire des manipulateurs radio reprend les mêmes axes que celui des infirmières <sup>137</sup>. Ils ne s'appuient pas cependant sur la même base géographique d'exploration. En effet, les lieux géographiques d'exercice des deux métiers sont totalement différents, car n'appartenant pas aux mêmes réalités structurelles.

### **3.2.3. Le contenu des questionnaires**

Les infirmières exercent au sein d'une structure de soins à composantes multiples. Il existe un nombre très important d'unités de soins dirigées par des chefs de service différents, d'où l'intérêt d'observer la mobilité des infirmières d'une unité de soins à l'autre.

Trois cas de remplacements (A,B,C) ont ainsi été envisagés afin de décrire la polyvalence de mobilité externe, et ce, sur la même base d'exploitation que la polyvalence intra service.

---

<sup>136</sup> voir figure n° 12

<sup>137</sup> les axes concernent, outre les pratiques de soins, des pratiques techniques.

### Exemple d'une infirmière travaillant dans un service de médecine cardiologique

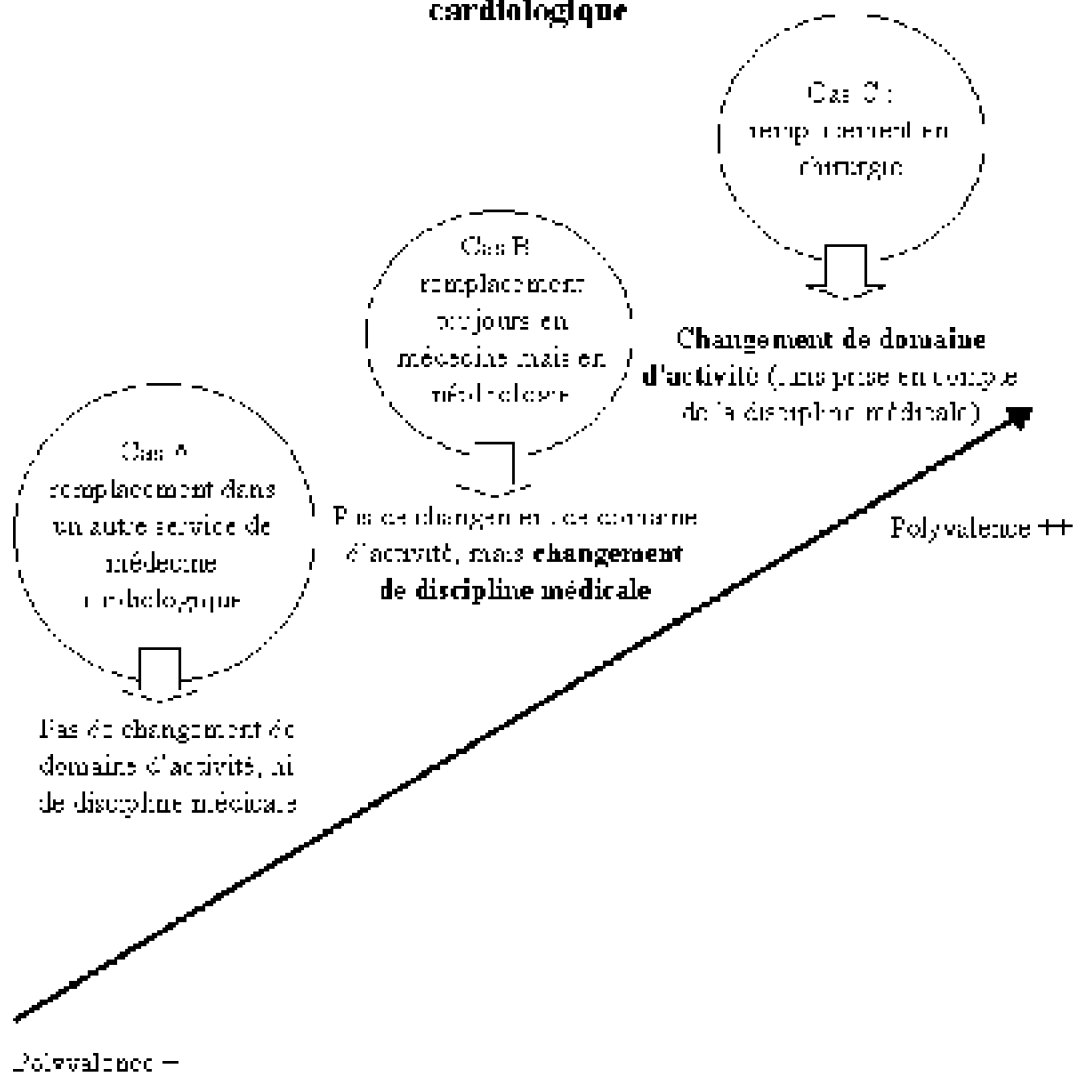


Figure 19 : Les trois cas de remplacements de mobilité externe

**Dans le cas A**, le remplacement s'effectue sans changement de domaine d'activité, ni de discipline médicale. Le service d'accueil est le plus souvent le service voisin dépendant du même chef de service, mais d'un cadre soignant différent.

**Dans le cas B**, il y a changement de discipline médicale, mais au sein du même domaine d'activité. L'infirmière remplaçante reste en médecine, par exemple, mais aura à soigner des patients présentant des pathologies différentes de celles qu'elle traite habituellement.

**Dans le cas C**, le changement porte sur le domaine d'activité (sans prise en compte de la discipline médicale). L'infirmière "passe" ainsi d'un service de médecine à un service de chirurgie ou bien d'un service de médecine à un service de réanimation... Outre les pathologies, les types d'intervention auprès des patients ne sont pas de même nature et font appel à des techniques de soins différentes.

Le questionnaire des infirmières en unités de soins a néanmoins été aménagé pour

les infirmières exerçant dans un pool de remplacement. En effet, comme elles ne sont pas, affectées à un service de soins, nous avons dû retirer la partie relative à la polyvalence interne au service et ne retenir que les trois cas de remplacement. Il nous a cependant semblé intéressant de leur réserver un certain nombre de questionnaires afin de confronter leur point de vue avec celui des infirmières en unités de soins.

Les manipulateurs radio exercent, quant à eux, au sein d'un plateau technique unique. Les diverses technologies correspondent, en quelque sorte, aux domaines d'activité.

Les trois cas de remplacements retenus pour les infirmières n'existent donc pas pour les manipulateurs radio. La polyvalence des manipulateurs est ainsi fonction de leur fréquence de pratique sur les technologies existant au sein du plateau technique d'imagerie, à savoir :

IRM

Angiographie numérisée

Scanner

Radiologie standard

Radiologie interventionnelle.

Pour appréhender les différents niveaux de polyvalence possibles des professionnels infirmiers et manipulateurs, il nous a paru intéressant de représenter schématiquement leurs lieux géographiques d'exercices respectifs<sup>138</sup>.

Hormis quelques cas particuliers<sup>139</sup>, un hôpital possède un seul plateau technique d'imagerie, avec un chef de service radiologue "à sa tête". Il est néanmoins composé d'un certain nombre de secteurs, liés aux diverses technologies d'imagerie. Les effectifs diffèrent selon l'importance de ces secteurs. Il peut ainsi y avoir un ou plusieurs cadres responsables, auquel cas l'équipe globale de radiologie se décline en x équipes de secteurs. Notre recherche s'appliquera à mettre en lumière la "perméabilité" intersecteurs en repérant notamment le degré de mobilité et de polyvalence des manipulateurs, en fonction des technologies pratiquées.

La structure de soins est, quant à elle, beaucoup plus complexe. L'activité des services de soins varie selon les spécialités médicales, ce qui entraîne une sectorisation liée au domaine d'activité (médecine, chirurgie, urgences...) et aux compétences

---

<sup>138</sup> Figure 20, page suivante

<sup>139</sup> Les plus gros hôpitaux de CHU peuvent posséder plusieurs plateaux techniques d'imagerie, du fait du gigantisme de leurs structures.

médicales relatives aux pathologies à traiter (neurologie, cardiologie, urologie...). Les services sont ainsi très distincts les uns des autres. Ils dépendent, par ailleurs, de chefs de service médicaux différents.

Les équipes de soins exercent chacune dans une "microstructure" indépendante. Notre enquête visera ainsi à mettre en exergue le degré de mobilité et de polyvalence des infirmières, en fonction des trois cas de remplacements préétablis.

Les publics étant ciblés, ainsi que leurs particularités, nous incombait maintenant **l'élaboration du questionnaire.**

Elle nécessita un travail intensif de réflexion sur :

· la nature des questions à formuler et leur adéquation aux hypothèses posées

· leur logique de progression

· les croisements à opérer dans l'intérêt de la recherche

· la proportion « quantitatif » / « qualitatif »

· la présentation finale la plus opportune, pour inciter l'enquêté à répondre et retourner le questionnaire.

Les quatre axes d'exploration retenus, à savoir : le contenu du travail et sa répartition, le degré de polyvalence perçue par les acteurs eux-mêmes et leurs souhaits d'évolution, leur avis sur les freins et facteurs favorisant, de même que la définition qu'ils en ont, nous ont permis de construire trois questionnaires à destination des :

· infirmières d'unités de soins<sup>140</sup>

· infirmières de pool<sup>141</sup>

· manipulateurs radio<sup>142</sup>

La trame principale en est identique. Les questions sont de même nature mais adaptées aux spécificités.

L'élaboration du questionnaire fut assez complexe. Compte tenu de l'objet de l'enquête, les questions souhaitées portent à la fois sur des faits et des opinions.

<sup>140</sup> voir annexe n° 13

<sup>141</sup> voir justification

<sup>142</sup> voir annexe n° 15

" Les questions ouvertes présentent bien des avantages : tout d'abord le fait de privilégier les catégories dans lesquelles les individus perçoivent le monde social, plutôt que de les imposer par les modalités des réponses fermées...

L'inconvénient réside dans le fait que les informations recueillies peuvent être trop dispersées, ou inutilisables en référence aux préoccupations de la recherche."<sup>143</sup>

Nous avons privilégié, **pour les questions d'opinion ou d'attitude, un continuum incluant des réponses extrêmes et des réponses centristes** (et non une réponse centriste pouvant servir de position refuge). Dans quelques cas, des explicitations des réponses formulées ont néanmoins été sollicitées, sous forme de questions ouvertes totalement libres. (« *Expliquez votre réponse* »..., « *Pourquoi ?* »....)

**Les questions fermées ont plus particulièrement porté sur les interrogations relatives à la situation individuelle et au contexte institutionnel.**

Notre principal souci a consisté à limiter l'effet d'imposition de notre problématique sur l'acteur enquêté, en essayant, autant que faire se peut, de respecter la cohérence et la liberté d'expression des personnes interrogées, malgré les contraintes de l'instrument.

Afin d'appréhender la teneur des différents questionnaires, nous en proposons une présentation synoptique.

### **3.2.3.1. Le questionnaire des infirmier(es)**

---

<sup>143</sup> revoir figure 20

	Description de la situation et du contexte	Description et appréciation de la polyvalence au sein du service, hors du service pour les cas A, B, C
<b>Hôpital</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'établissement (CHU/CHG)</li> <li>- Effectifs de l'unité de soins (des services)</li> <li>- Le domaine d'activité du service</li> <li>- La discipline médicale du service</li> </ul>	<p><b>Contenu du travail et sa répartition</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence de pratique des quatre types de soins</li> <li>- Connaissances nécessaires à leur exercice</li> <li>- Existence de procédures et consignes</li> <li>- Modes d'initiation</li> <li>- Retenue d'informations</li> <li>- Potentiel repoussé</li> <li>- Remplacements de collègues</li> </ul>
<b>Individu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ancienneté professionnelle</li> <li>- Nbre de services antérieurs</li> <li>- Âge</li> <li>- Sexe</li> <li>- Ancienneté du diplôme professionnel</li> <li>- Autres diplômes acquis</li> <li>- Formations professionnelles réalisées</li> <li>- Reprise de ses formations</li> </ul>	<p><b>Degré de polyvalence perçue, souhaitée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La perception de niveau de polyvalence</li> <li>- Les souhaits en termes de polyvalence</li> </ul> <p><b>Ses freins et facteurs favorisants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La demande</li> <li>- L'organisation</li> <li>- La communication</li> </ul> <p><b>Ses délimitations</b></p> <p>Afin de mieux appréhender la notion des répoussés et leur incidence</p>

Figure 21 : Structure du Questionnaire Infirmier

Comme nous l'avons vu, à la différence des manipulateurs qui exercent au sein d'un seul plateau technique sur l'hôpital, les infirmières exercent au sein d'une structure de soins composée de multiples services<sup>144</sup>, répartis par grands domaines d'activité en fonction de disciplines médicales fort diverses. Trois cas de remplacements ont ainsi été envisagés, ils témoigneront de la « **polyvalence de mobilité externe** » interservices.

En ce qui concerne la perception des infirmières, relative à leur degré de polyvalence intraservice, elle peut s'apprécier de deux façons différentes, et néanmoins convergentes.

L'infirmière réalise l'ensemble des soins nécessaires à la prise en charge globale du patient dans le cadre de son domaine d'activité et de la discipline médicale du service. Elle s'estime ainsi « polyvalente », dans la mesure où elle agit sur l'ensemble du champ

<sup>144</sup> revoir figure 20

professionnel propre au service : on peut dire qu'il s'agit d'une « **polyvalence intégrée intraservice** » Elle ne fera pas l'objet d'une analyse spécifique, dans la mesure où elle constitue le postulat de base de l'exercice infirmière, postulat partagé par la majorité des infirmières. C'est "la philosophie de soins" du service, portée par le plus grand nombre. Cette polyvalence intégrée intraservice, demeure toutefois, relative du fait de la moindre étendue du champ d'action.

De ce fait, si l'infirmière ne pratique aucun remplacement hors de son service, on peut également dire que cette infirmière est « **non polyvalente** » **sur l'ensemble de la structure de soins.**

**Le degré de polyvalence étant ainsi fonction de l'étendue du champ d'action** nous avons défini quatre niveaux de polyvalence (indiqués --, -, + et ++ sur le schéma ci-dessous) :

Le changement de domaine d'activité nous a semblé constituer un changement suffisamment conséquent, pour ne pas y adjoindre le critère "discipline médicale".

Trois approches ont pu être envisagées :

Une approche descriptive : elle permet de visualiser le **profil** des infirmières selon les différents cas de polyvalence et ce, en fonction des différents critères contenus dans les questions relatives à la situation et au contexte.

Par exemple : « l'infirmière n'exerçant qu'une polyvalence intégrée intraservice est plutôt âgée de..., a travaillé dans n services, etc. ».

Une approche explicative : dans ce cas, on recherche **l'incidence de chaque critère sur l'exercice de la polyvalence**. Nous pourrions ainsi tenter de comprendre en quoi le système, l'organisation, les modes de gestion, etc., interfèrent sur les divers degrés de polyvalence. Par exemple : « l'ancienneté professionnelle constitue-t-elle un facteur influençant le degré de polyvalence ?, etc. ».

Une approche prescriptive : demander aux infirmières enquêtées leurs **suggestions d'amélioration** procure une richesse d'idées tout à fait intéressante, car il n'y a pas de censure, a priori, des propositions possibles.

Les résultats confirmeront ou infirmeront les hypothèses de notre recherche.

### 3.2.3.2 Le questionnaire des manipulateurs radio

*Figure 23 Structure du questionnaire manipulateur radio*

#### **Figure 23 Structure du questionnaire manipulateur radio**

Les manipulateurs exerçant au sein d'un seul plateau technique sur l'hôpital, les cas de remplacement envisagés pour les infirmières ne se retrouvent donc pas pour cette population<sup>145</sup>. L'analyse du degré de polyvalence a ainsi été conçue différemment.

<sup>145</sup> revoir figure 20



Le croisement effectué entre « le nombre de technologies existantes au sein du plateau technique » et « la fréquence d'utilisation de chacune d'entre elles par les manipulateurs » a permis de déterminer cinq classes de polyvalence, selon la critériologie notifiée en annexe <sup>146</sup>

**Cette polyvalence est dite « constatée »** car signifiante d'une situation concrète observable. Elle sera ultérieurement **comparée à la polyvalence « perçue »** par les manipulateurs eux-mêmes.

Trois approches ont également pu être envisagées :

Une approche descriptive : elle permet de visualiser le **profil** de chaque classe de polyvalence, toujours en fonction des différents critères contenus dans les questions relatives à la situation et au contexte. Par exemple : « le non polyvalent est plutôt âgé de ..., a travaillé dans N services. »

Une approche explicative : comme pour les infirmières, on recherche **l'incidence des différents critères sur le mode d'exercice de la polyvalence**. Là encore, nous pourrions tenter d'expliquer en quoi le système, l'organisation, les modes de gestion, ... interfèrent sur les divers degrés de polyvalence.

Une approche prescriptive : nous avons cherché à recueillir le point de vue des manipulateurs, quant à leurs **suggestions d'amélioration** pour les mêmes raisons que pour les infirmières à savoir un apport de propositions non censurées a priori source de construction théorique du savoir.

Les résultats confirmeront ou infirmeront les hypothèses de notre recherche.

### 3.2.3.3. La correspondance hypothèses - questionnaire

---

<sup>146</sup> voir critériologie annexe n° 16 (polyvalence évaluée lorsque le service possède au minimum quatre technologies)

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

Thèmes	Questions clés	Hypothèses
Conditions de travail	<p>Quelle est la fréquence de recours à l'outil de travail au quotidien que vous pratiquez ?</p> <p>Les soins de patients nécessitent-ils :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des connaissances théoriques pointues ?</li> <li>des savoir-faire particuliers ?</li> <li>une expérience particulière longue ?</li> </ul> <p>Quels sont les aspects les plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>essentially ?</li> <li>complexes ?</li> <li>diversifiés ?</li> </ul> <p>Existe-t-il des marges de manœuvre ?</p> <p>Comment les équipes de soins s'organisent-elles ?</p>	<p>H1D 4-H1D 7</p> <p>H1B 3-H1D 3</p> <p>H1E 7-H1E 11</p>
Répartition du travail	<p>Le service de soins de patients est-il un "laboratoire d'innovation" ?</p> <p>Y a-t-il une rotation organisée des postes de travail ?</p> <p>Essaiez-vous amener à remplacer vos collègues et quelle est la nature de ces adaptations ?</p>	<p>H1C 6-H1D 3-H1E 7</p> <p>H1B 3-H1D 3-H1E 11</p> <p>H1D 6</p>
Degré de polyvalence	<p>En quoi consiste votre "polyvalence" ? Pourquoi ?</p> <p>Par rapport à la situation actuelle, souhaitez-vous être plus, moins ou moins polyvalent ? Pourquoi ?</p>	<p>H1C 4-H1D 8</p> <p>H1B 4-H1D 3</p> <p>H1D 6</p>
Prédes et facteurs favorisant la polyvalence	<p>Le territoire de soins et gestion que vous pratiquez est-il un "terrain de travail" pour la polyvalence ? Pourquoi ?</p> <p>L'organisation de travail est-elle un facteur favorisant la polyvalence ? Pourquoi ?</p> <p>Les technologies d'information nécessaires à votre travail actuellement sur terrain de travail favorisent-elles la polyvalence ? Pourquoi ?</p>	<p>H1D 8-H1D 9-H1E 10</p> <p>H1D 11</p> <p>H1B 9-H1D 3-H1E 10</p> <p>H1E 14</p> <p>H1D 4-H1D 6</p>
Définition de la polyvalence	<p>Quelle est votre définition de la polyvalence ?</p>	<p>H1C 6-H1D 8-H1E 10</p> <p>H1B 3-H1D 12</p> <p>H1E 3-H1E 10-H1E 11</p> <p>H1E 14</p>

En conclusion,

Sur 14 hypothèses descriptives, 10 sont testées dans le questionnaire

Sur 14 hypothèses explicatives, 11 sont testées dans le questionnaire

Sur 14 hypothèses prescriptives, 6 sont testées dans le questionnaire

Donc sur 42 hypothèses, 27 sont testées dans le questionnaire

Les hypothèses restantes, relèvent de l'analyse documentaire et des préconisations managériales, basées notamment sur l'intérêt de doter les cadres d'outils socio-économiques, dans un objectif de cohérence et de qualité.

### 3.2.4 Les terrains d'enquête et le mode de diffusion des questionnaires

Les terrains d'enquête ont été choisis en tenant compte du contexte pré-cité.

Notre objectif consistait à exploiter environ 400 questionnaires dans un souci de

représentativité « acceptable » pour notre recherche (**442 questionnaires retournés sur 867**). Outre cet attendu quantitatif, nous avons souhaité élargir la collecte de données en recueillant l'avis des responsables (directeurs, médecins, chef de service, cadres soignants), sur trois points-clé relatifs à la polyvalence des personnels infirmiers ou manipulateurs<sup>147</sup> :

. leur définition de la polyvalence ;

. ses avantages et ses limites ;

. leur conception de l'organisation de la polyvalence, afin de repérer les convergences et les spécificités propres à chacun. L'envoi massif de questionnaires par mailing n'a donc pas été retenu.

C'est ainsi que nous avons opté pour une démarche similaire à celle de l'intervenant chercheur<sup>148</sup> :

. utiliser le réseau de connaissances ;

. téléphoner et/ou rencontrer les personnes « introductrices » ;

. déclencher leur intérêt, voire faire émerger une attente personnalisée sur ce thème d'actualité ;

. obtenir leur participation à notre étude et celle des responsables concernés ;

. proposer les résultats globaux et spécifiques à leur établissement, comme base de travail en interne ;

. informer des modalités de mise en oeuvre.

Quinze établissements hospitaliers ont été consultés. Ils ont tous répondu favorablement à notre enquête. Afin de la réaliser dans des délais satisfaisants, nous avons scindé ces établissements en deux groupes :

. un groupe de 7 hôpitaux CHU et CHG qui ont fait l'objet **d'une « visite » sur place**,

---

<sup>147</sup> voir annexe n° 17

<sup>148</sup> Cf (H) SAVALL, (V) ZARDET "Développement du professionnalisme de l'intervenant", Rapport de recherche, ISEOR, 1985

## Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

avec rencontre des directions, des médecins et/ou des cadres de services pour recueillir leur avis sur les trois questions-clés précitées sur la polyvalence, convenir avec eux des critères de diffusion des questionnaires, et enfin, appréhender le contexte environnemental de façon plus objective.

un groupe de 8 hôpitaux, toujours CHU et CHG, qui ont été **contactés téléphoniquement** pour négocier, là encore, le mode de diffusion des questionnaires.

Ces contacts à distance, auprès des cadres de direction ou de services, ont néanmoins permis un recueil intéressant d'informations sur notre thème de recherche. Ces responsables ont, par ailleurs, bien voulu alimenter notre réflexion en répondant eux-mêmes par écrit, ainsi que certaines collègues, à la fiche entretien comportant les trois questions-clés.

7 hôpitaux « visités »	8 hôpitaux « contactés »
- Courrier au directeur d'établissement <sup>149</sup> et copie aux responsables hiérarchiques ; - Programmation de la journée de visite ; - Programmation des rencontres avec les différents responsables hiérarchiques ; - Entretiens sur la polyvalence ; - Présentation des questionnaires ; - Choix des critères de diffusion : nombre, échantillon, délais, modalités de retour ; - Contrat moral de restitution des réponses ; - Points téléphoniques réguliers.	- Courrier au directeur d'établissement <sup>150</sup> et copie aux responsables hiérarchiques ; - Rendez-vous d'échanges téléphoniques avec les responsables hiérarchiques ; * recueil d'informations sur leur perception de la polyvalence, * négociation des critères de diffusion des questionnaires, * négociation de leur adhésion à remplir la fiche-entretien cadre. - Envoi des questionnaires et des fiches-entretiens cadres ; - Contrat moral de restitution des réponses ; - Points téléphoniques réguliers.

### 3.2.5. Les entretiens individuels auprès des médecins, directeurs et cadres soignants

Notre recherche nécessitait, bien évidemment, la rencontre des décideurs. L'ordre de présentation de notre méthodologie n'a pas suivi l'ordre des démarches d'investigation, l'objectif étant, avant tout, de mettre en exergue les choix méthodologiques ainsi que leurs fondements et leur adéquation avec l'objet de recherche.

Les entretiens avec les directeurs et l'encadrement soignant (infirmières générales, surveillantes-chef, surveillantes) ont plutôt eu lieu lors des visites de sites. Ils ont, le plus souvent, été jumelés avec l'entretien dit « de négociation » de la recherche -

<sup>149</sup> voir annexe n° 18

<sup>150</sup> voir annexe n° 19

intervention sur leur propre terrain. Leur participation s'est avérée fructueuse pour notre recherche. L'encadrement a largement favorisé la diffusion de nos questionnaires, avec pour certains, un fort niveau d'implication, et nous les en remercions. A titre d'exemple, une infirmière générale a incité ses équipes à répondre à notre questionnaire, par le biais de courriers d'accompagnement personnalisés ;

—  
un courrier d'information pour le cadre de service choisi pour l'étude<sup>151</sup> 3

—  
un courrier d' « incitation à répondre » agrafé à chaque questionnaire distribué.

Les entretiens avec les médecins ont été, quant à eux, plus étalés dans le temps. Les praticiens hospitaliers - Professeurs d'université (PU-PH) ont été prioritairement sollicités, du fait de leur position de chef de service. Ils ont la responsabilité médicale de leur service, donc des actes infirmiers délégués et des actes manipulateurs radio. Ils ont, par ailleurs, répondu favorablement à notre sollicitation, en nous livrant volontiers leur point de vue. Nous leur exprimons notre vive reconnaissance.

En conclusion « le trajet d'une enquête ressemble à une série ininterrompue d'allers et retours entre la réflexion théorique sur l'objet étudié et l'empirie. A la fin, l'incertitude initiale a diminué, mais de nouveaux questionnements sont apparus. Le charme de l'investigation empirique réside dans cet éternel recommencement associé à un permanent ressourcement, contrairement à la réflexion en chambre où le réel n'est convoqué au mieux que pour illustrer le propos de la théorie générale ou de l'essai. »<sup>152</sup>

Les médecins, directeurs et cadres soignants (**54 personnes au total**) ont largement contribué à ce que notre recherche trouve du sens et de la pertinence, ces deux points constituant les enjeux primordiaux de toute communication.

### 3.3. Le point de vue spécifique de l'intervenant - chercheur, comme opération de « subjectivation »

---

Cette opération « *marque le point de vue spécifique de l'observateur sur l'objet, son positionnement dans la situation perçue, sa manière d'organiser la lecture et parfois le retentissement qu'a eu l'objet sur sa personne. Cette opération permet à l'observateur de témoigner de son expérience personnelle ou collective à travers des formes, des impressions et des jugements qui lui sont propres.* »<sup>153</sup>

<sup>151</sup> voir annexe n° 20

<sup>152</sup> (F) DE SINGLY « L'enquête et ses méthodes : le questionnaires », Ed Nathan Université, Avril 1993, 127 pages, p 120 cf (P) BOURDIEU « La distinction » Ed de Minuit, Paris, 1979 cf. (A) DESROSIERES « L'opposition entre deux formes d'enquête : monographie et statistique » in (L) BOLTANSKI, (L) LAURENT « Justesse et justice dans le travail », Cahiers du CEE, 33, 1989

<sup>153</sup> (J) MASSONNAT : « Observer » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales Collectif d'auteurs », (A) TROGNON, (R) GHIGLIONE, (A) BLANCHET, Editions DUNOD, 1987, 198 p, p 35

Cette étape de la recherche constitue **une analyse au second degré**, s'appuyant, aussi bien, sur les informations collectées, que sur les expériences professionnelles de l'auteur.

On peut faire une analogie avec « l'avis d'expert » proposé par (H) SAVALL à l'issue du diagnostic socio-économique.

**« L'avis d'expert représente aux yeux des acteurs de l'entreprise une forte valeur ajoutée comparativement à la première partie du diagnostic, probablement parce qu'il est très synthétique tout en exigeant de la part de l'intervenant un engagement plus net dans ses positions »<sup>154</sup>**

De notre point de vue, la « subjectivation » donne une autre lecture des données recueillies. Elle donne du sens à la globalité, de par les liens qui sont opérés entre les parties. On pourrait dire que c'est un travail de cohérence sur le fond, la forme et les interfaces.

**En conclusion**, nous pouvons dire que les opérations d'« objectivation » et de « subjectivation » sont complémentaires, en sachant toutefois que leur délimitation rationnelle reste difficile et sujette à controverses.

En effet, malgré la proximité terminologique, peut-on qualifier d'objectifs tous les résultats de l'objectivation et de subjectifs tous les résultats de la subjectivation ?

La réponse dépend de la définition donnée à ces qualificatifs.

**« L'observation scientifique est une perception préméditée et éclairée, une opération sélective et interprétative dans laquelle les idées ont au moins autant de poids que les impressions sensorielles : cela les rend pertinentes à la connaissance conceptuelle et en même temps constituant une source d'erreur. »<sup>155</sup>**

(J) MASSONNAT substitue, quant à lui, au terme d'« erreur » l'idée d'une diversité de points de vue marqués par des transformations, des lacunes, des oublis. Une recherche ne se fait pas sans risque !

Notre choix méthodologique de **production de données** s'est appuyé sur notre volonté d'apporter une clarification sur l'exercice de la polyvalence en milieu hospitalier et conjointement sur notre souci de tenter une **conceptualisation** de ce qu'elle représente et nécessite, et ce, dans une double perspective, de performance économique et sociale.

Le tableau ci-après permet de visualiser et de synthétiser la logique de progression de notre recherche, au travers de ses différentes étapes méthodologiques.

---

<sup>154</sup> (H) SAVALL, (V) ZARDET « Maîtriser les coûts et les performances cachés », op cit, p 253

<sup>155</sup> (M) BUNGE « L'observation », Paris, 1984, p 56

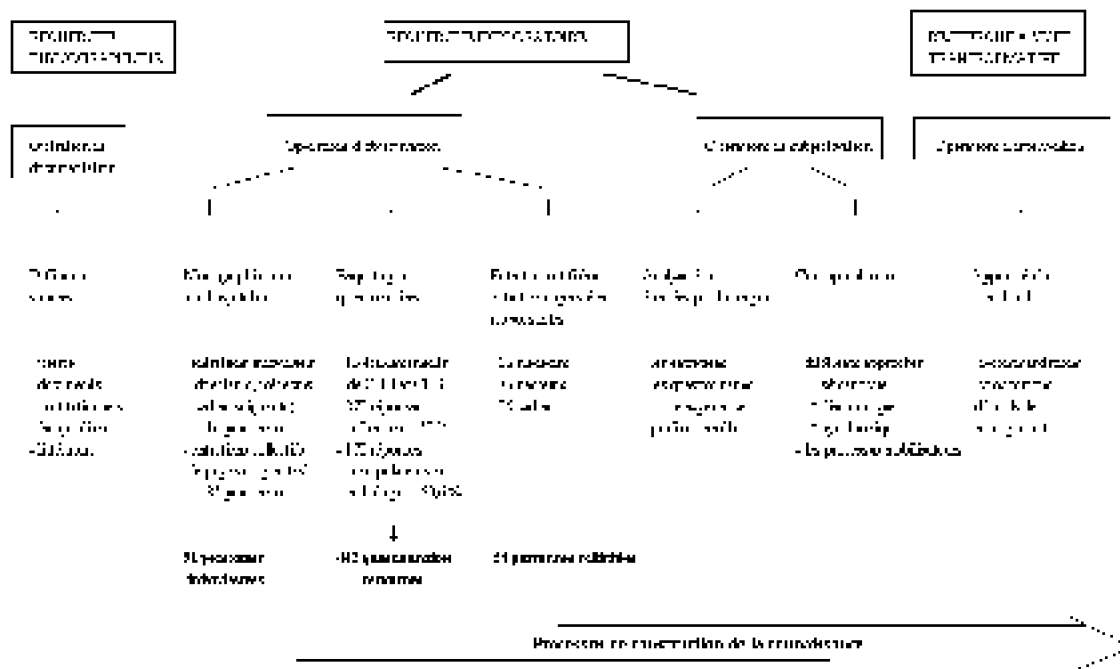


Figure 24 : processus itératif de production des données relatives à la polyvalence

Nous allons maintenant aborder la seconde partie et présenter les résultats de notre recherche :

dans un premier temps la monographie

dans un second temps l'étude exploratoire par questionnaires, suivie des entretiens auprès des responsables.

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

---



## Partie 2 La polyvalence à l'hôpital : illusion ou réalité

Selon notre hypothèse centrale, dans le contexte actuel d'obligation de soins optimaux et de rationalisation économique, une polyvalence ciblée et structurée constitue un des moyens d'améliorer, à la fois, la qualité des prestations attendues et le professionnalisme des soignants.

Afin de mieux appréhender l'univers hospitalier, nous avons, tout d'abord, tenté de cerner la configuration structurelle hospitalière avant de relater les principales missions du service public hospitalier. Nous avons, ensuite, présenté la méthodologie d'exploration retenue, compte tenu de l'hypothèse à vérifier.

Cette seconde partie s'attache ainsi à vous présenter une synthèse des données produites au travers d'une monographie réalisée sur un établissement hospitalier de rééducation et réadaptation fonctionnelles, et de deux enquêtes par questionnaires, destinés à des infirmières et manipulateurs en radiologie, provenant de quinze hôpitaux de CHU et CHG. Des entretiens ont été menés auprès des responsables médicaux, administratifs et soignants, en complémentarité.

Cette recherche – terrain vise à donner un éclairage sur ce que signifie la polyvalence à l'hôpital, c'est à dire, ses représentations, sa traduction dans les actes de la vie quotidienne, ses impacts et ses perspectives d'évolution.

## Chapitre 4 - Monographie relative à la mise en oeuvre de la polyvalence, dans un établissement hospitalier public

### 4.1. Présentation de l'établissement - support<sup>156</sup>

---

#### 4.1.1. Carte d'identité de l'hôpital

L'hôpital en question est un établissement de rééducation et réadaptation fonctionnelles à l'intention des malades cardiaques, des traumatisés cérébraux et médullaires.

Il comporte 298 lits d'hospitalisation complète et 17 lits d'hôpital de jour. 43 médecins et 461 agents non médicaux en assurent le fonctionnement quotidien.

Cet hôpital est un des dix-huit établissements hospitaliers qui composent l'institution, à savoir le deuxième centre hospitalier régional et universitaire de France<sup>157</sup> et, par ailleurs, le premier employeur de la ville (soit 8% de la population active). Un véritable pôle de compétences, intégrant toutes les spécialités cliniques et des techniques de pointe, permet la prise en charge et le traitement de toute pathologie. Des formules souples d'hospitalisation sont sans cesse développées, pour accroître la satisfaction des malades. Se dégagent trois types de structures, aptes à répondre aux diverses demandes en matière de soins :

.  
les hôpitaux pluridisciplinaires ;

.  
les hôpitaux spécialisés, dont fait partie l'établissement de référence ;

.  
les hôpitaux gériatriques et maisons de convalescence.

L'hôpital<sup>158</sup> dans lequel se sont déroulés les entretiens a, par la prise en charge rééducative, la mission de conduire chaque patient vers la plus large autonomie possible

<sup>156</sup> cf. livret d'accueil de l'établissement support

<sup>157</sup> Quelques chiffres : plus de 6500 lits, environ 400 places d'hôpital de jour, 158 services cliniques, 312 unités de consultation, plus de 6,2 milliards de francs de budget général, plus de 5000 médecins et étudiants, plus de 15800 personnels (soignants, techniques et administratifs).

<sup>158</sup> cf. livret d'accueil de l'établissement

et de favoriser sa réadaptation et son insertion familiale, sociale et professionnelle. Pour ce faire, il existe une **palette d'activités** de rééducation, toutes complémentaires et de qualité :

• les activités médicales, assurées par divers médecins, sous la responsabilité des médecins chefs de service.

• Les soins infirmiers, dispensés par les infirmier(e)s en collaboration avec les aides-soignant(e)s et les agents de service hospitalier, sous la responsabilité du cadre infirmier.

• La kinésithérapie, destinée à lutter contre les conséquences de l'accident (troubles respiratoires, urinaires, ...) mais également contre les incapacités source de handicaps (insuffisance musculaire, articulaire, cardio-vasculaire, paralysie...). Les kinésithérapeutes offrent aussi des conseils pour le choix des appareillages compensatoires (orthèses, prothèses, fauteuils, ...).

• L'ergothérapie, dont le but est d'utiliser des mises en situations concrètes adaptées aux pathologies présentées, afin d'accompagner le retour à domicile des patients.

• L'orthophonie, activité rééducative des troubles de la parole, du langage oral et écrit, de la voix, de la déglutition.

• La neuropsychologie, visant à aider les patients et leurs familles à assumer la nouvelle situation et à accepter le handicap.

• La diététique, consistant à trouver le compromis entre les exigences alimentaires sur le plan médical et les besoins nutritionnels propres à chaque individu.

• Le service social, apte à donner les informations relatives à la législation spécifique du handicap et à proposer les différentes démarches nécessaires à l'organisation du retour à domicile.

### 4.1.2. La mission première de l'établissement - support<sup>159</sup>

***" Hôpital de spécialité, sa mission première est la prise en charge précoce et globale des personnes adolescentes et adultes, victimes de lésions à l'origine de déficiences, en vue de limiter les incapacités et de réduire le handicap.***

<sup>159</sup> " Projet médical d'établissement " pages 11 à 13

**Prise en charge précoce : celle-ci doit intervenir le plus tôt possible à l'issue de la phase aiguë du traitement. Il est parfois souhaitable qu'elle intervienne pendant la phase elle-même, afin de favoriser au maximum les possibilités de récupération et de limiter les complications et sur-handicaps.**

**Prise en charge globale : elle s'intéresse aux lésions, aux déficiences qui en découlent. La mise en oeuvre du programme de rééducation vise à favoriser et à améliorer les conditions de la récupération, à aider le patient à adapter ses possibilités fonctionnelles à son environnement, dans la marge de manoeuvre que lui laisse le handicap... Au delà d'une démarche médicale classique, il est nécessaire de prendre en compte le patient dans son environnement familial et socioprofessionnel. L'hôpital ne " guérit " pas au sens habituel du terme, mais s'efforce de conduire le patient vers la plus large autonomie possible <sup>160</sup>.**

**L'exigence de projets thérapeutiques personnalisés : elle suppose un accompagnement permanent des équipes multidisciplinaires, par le biais d'un professionnalisme reconnu, et une relation de confiance forte entre soignants et soignés, et ce, afin que la personne handicapée adhère au programme de rééducation et s'implique totalement dans la démarche de progrès proposée. C'est cette quête vers toujours plus d'autonomie qui guide l'action de tous.**

#### **4.1.3. La philosophie médicale de l'établissement : la rééducation polyvalente**

Cette polyvalence est indispensable pour maintenir une approche globale du handicapé.

**La rééducation neurologique : elle concerne les blessés médullaires (paraplégiques, tétraplégiques), les hémiparalés et autres atteintes neurologiques centrales, les traumatisés crâniens et réveillés de coma. Cette catégorie de patients représente la majorité des effectifs.**

**La rééducation cardiaque et vasculaire : les sources sont diverses : infarctus du myocarde, artériopathie, chirurgie cardiaque, appareillage des amputés traumatiques et vasculaires...**

**La rééducation orthopédique : traumatologie, chirurgie de l'arthrose, polyarthrite rhumatoïde, chirurgie ostéoarticulaire...**

**Une activité chirurgicale liée à la rééducation polyvalente : elle répond aux besoins des hospitalisés handicapés : neuro-urologie, chirurgie réparatrice, neuro-chirurgie fonctionnelle.**

<sup>160</sup> " *Projet médical d'établissement* " page 11.

Les compétences sont ainsi multiples, diversifiées et complémentaires, et s'inscrivent toutes dans l'objectif unique de répondre aux besoins différenciés des handicapés. Les unités de soins ne sont pas scindées par pathologie, mais au contraire polyvalentes. L'admission et la répartition des patients se font en fonction de la charge de travail du moment et non en fonction des déficiences et de la nature du handicap.

#### **4.1.4. La philosophie et la politique générale des soins infirmiers : la prise en charge polyvalente du patient handicapé<sup>161</sup>**

La philosophie des soins : " elle est centrée sur la personne handicapée, considérée comme un être global et responsable, capable de gérer ses dépendances et ses limites afin de s'adapter constamment. Les soins infirmiers doivent permettre, faciliter, accroître l'autonomie de la personne handicapée. Pour mettre en pratique cette philosophie, la Direction du Service de Soins Infirmiers s'appuie sur des valeurs fortes : respect de soi et de l'autre, responsabilité, autonomie, honnêteté, écoute. Elle affirme la volonté de promouvoir et de faciliter cette possibilité d'adaptation :

- en suscitant une dynamique de réflexion sur l'autonomie et la motivation au sein des équipes ;
- en favorisant le développement des compétences chez les professionnels infirmiers ;
- en rassemblant dans un esprit d'ouverture et de respect des différences (logiques professionnelles, corps professionnels) ;
- en facilitant le travail en équipe pluridisciplinaire<sup>162</sup>

La politique générale des soins infirmiers s'articule quant à elle autour de cinq grands axes fédérateurs :

- l'amélioration de la qualité des soins infirmiers ;
- le développement des compétences ;
- l'accroissement du travail en pluridisciplinarité ;

<sup>161</sup> l'amélioration de l'hygiène et des conditions de travail ;  
cf. " Rapport d'activité du service de soins infirmiers " pages 5 à 8

<sup>162</sup> cf. " Rapport d'activité du service de soins infirmiers " pages 5 à 8

—  
l'extension de la communication interne.

**" Pour cela, le service de soins infirmiers assure vingt-quatre heures sur vingt-quatre l'organisation et la dispensation des soins dans ses principales dimensions : éducative, préventive, curative, de maintenance et de réhabilitation "163**

#### **4.1.5. Professionnalisme, polyvalence et mobilité interne promus par la direction**

La gestion des ressources humaines intègre la polyvalence de ses personnels à la fois comme facteur d'enrichissement professionnel et comme facteur de gestion des effectifs en cohérence avec la philosophie médicale, et ce, dans un contexte de contraintes budgétaires fortes. L'organisation du travail infirmier facilite la prise en charge pluridisciplinaire du patient, quelle(s) que soi(en)t sa ou ses pathologies.

##### **Sur neuf unités de soins :**

Sept unités présentent les mêmes caractéristiques. Leur mission consiste en la rééducation fonctionnelle neurologique des adultes et des adolescents. Elles accueillent ainsi des patients présentant des pathologies différentes : paraplégies<sup>164</sup>, tétraplégies<sup>165</sup>, hémiplegies<sup>166</sup>, post-comas (réveils de coma concentrés sur une unité). Les causes de ces pathologies peuvent être accidentelles ou médicales, et de ce fait, induisent des polyopathologies secondaires très diversifiées, nécessitant des connaissances en neurologie, cardiologie, urologie, endocrinologie, dermatologie, psychiatrie. Au sein de chaque unité, six infirmières et onze aide-soignantes assurent les soins de 25 patients (en moyenne, hors personnels de nuit).

Une unité est réservée à la rééducation traumatologique et cardiaque. Cette unité possède 40 lits : huit infirmières et douze aide-soignantes assurent l'ensemble des soins requis

La dernière unité est une unité de chirurgie liée à la rééducation : chirurgie urologique, chirurgie plastique et réparatrice, neurochirurgie fonctionnelle. Elle comporte 30 lits. Quatorze infirmières et douze aide-soignantes se répartissent le travail en fonction des secteurs.

<sup>163</sup> cf. **L'organisation des soins est polyvalente, au sein de chaque service. Les unités sont réparties en trois secteurs géographiques . Une infirmière prend ainsi en charge sept**

<sup>164</sup> **à huit patients (et non les vingt-cinq) dans un objectif de personnalisation des soins. Ce n'est pas pour autant qu'elle ne connaît pas l'ensemble des patients du service. Il existe une entraide régulière intersecteurs. D'autre part, selon les**

<sup>165</sup> paralyse des membres inférieurs et supérieurs

<sup>166</sup> paralysie d'une moitié du corps (droite ou gauche)

**horaires et les effectifs, le nombre de secteurs change (le plus souvent trois secteurs le matin et deux l'après-midi). L'organisation des soins sur une journée type se présente comme suit :**

Matin :

- Relève orale avec l'équipe de nuit, examens sanguins et urinaires, prise des constantes (pouls, tension artérielle, température)
- Injections diverses (anti-coagulants, insuline...), aide à la prise de médicaments et surveillance
- Toilettes en fonction des priorités (horaires d'examen et de rééducation)
- Soins divers faisant appel à la polyvalence des infirmières (sondages, hétérosondages, pansements, gavages...)
- Mise à jour des prescription médicales
- Stérilisation des instruments, réapprovisionnement de la salle de soins, gestion des stocks (pharmacie...)
- Relève écrite

Après-midi

- Relève orale avec l'équipe du matin
- Injections et soins divers
- Seconde mise à jour des prescriptions médicales et préparation / distribution des médicaments
- Préparation des examens et des consultations pour le lendemain et programmation des soins requis
- Relève écrite

Quelles que soient les pathologies du patient, l'infirmière est en mesure de prendre en charge l'ensemble des soins à réaliser, au sein de son service, voire en interservices. Mais, nous verrons qu'un certain nombre de facteurs influent largement sur le niveau de prise en charge hors service.

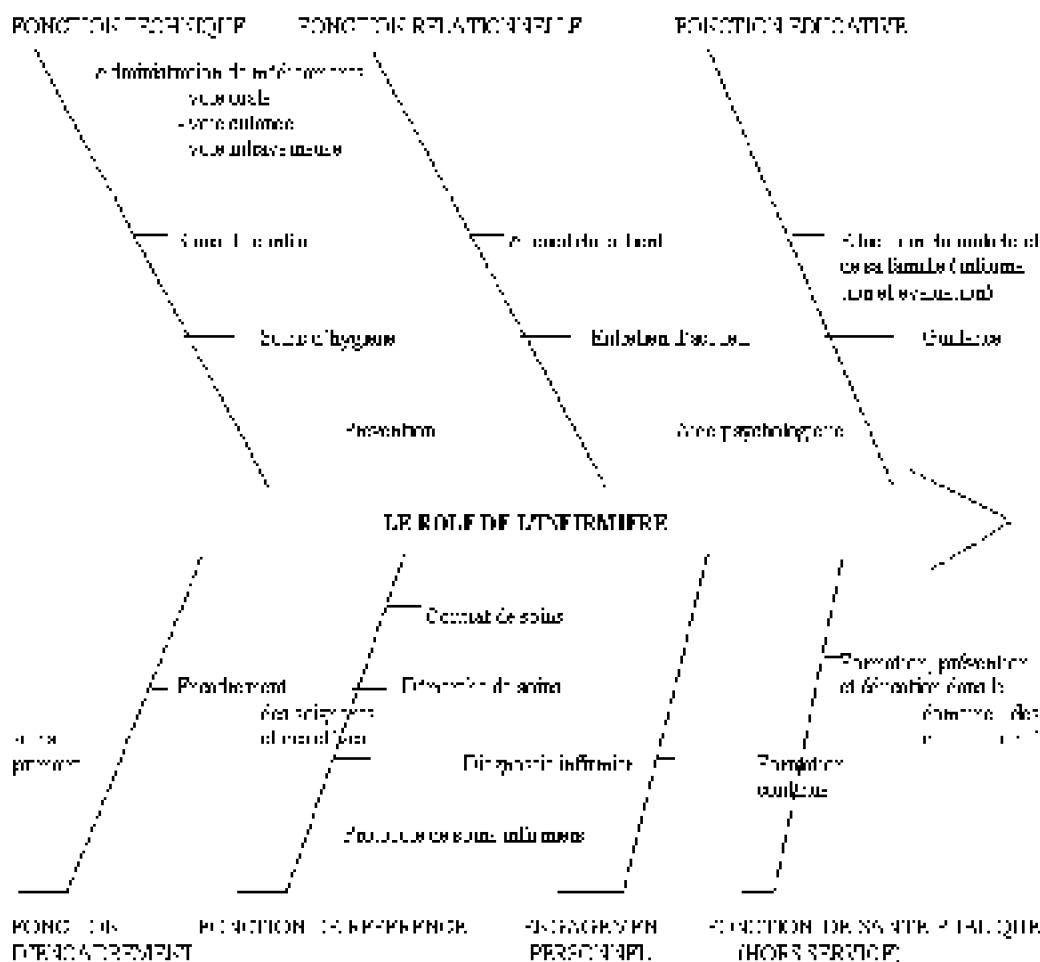
Il existe de nombreux **outils d'organisation** des soins (protocoles de soins, fiches relatives à l'ordre chronologique d'exécution des soins, documents sur les missions et valeurs communes, projet de soins infirmiers traduisant la philosophie de soins...). Mais, nous avons constaté que **les cadres utilisent ces outils de gestion des soins, comme outils de gestion des ressources humaines.**

Peut-être est-ce une des raisons pour laquelle la polyvalence est souvent mal vécue et/ou mal perçue. En effet, le cadre ne peut se prononcer objectivement sur le niveau de compétences requises individuellement et collectivement, s'il ne s'appuie pas sur des outils de management spécifiques. Une fiche d'organisation des soins ne peut pas servir, par exemple, de grille de compétences ou de tableau de bord. S'interroger sur la confusion de ces outils, c'est aussi s'interroger sur la fonction et le rôle du cadre. Promouvoir la polyvalence nécessite la mise en oeuvre de compétences managériales distinctives.

**Les principales fonctions de l'infirmière** peuvent être synthétisées ainsi :



PAR RAPPORT AUX TALENTS



PAR RAPPORT AU SERVICE

La conception des soins est la même pour tous, afin de promouvoir le travail en équipe. Les infirmières estiment indispensable de partir des besoins du patient, afin de déterminer et mettre en oeuvre des soins individualisés et personnalisés, dans une démarche de prise en charge globale, afin d'obtenir, par une évolution progressive, une autonomie du patient lui permettant le plus souvent le retour à domicile.

Mais de quelle prise en charge globale parle-t-on ? Est-ce une conception intraservice ou interservices, compte tenu du contrôle environnemental (choix médical et administratif) intégrant la polyvalence ?

Ce contexte, favorable à la polyvalence a, tout naturellement, constitué un terrain propice à la réflexion, afin d'analyser ce qu'elle représente concrètement au travers de ses acteurs. En effet, que pensent les soignants de la polyvalence ? Comment se traduit-elle et se vit-elle au quotidien ? C'est ce que nous avons voulu savoir, par le biais d'entretiens semi-directifs négociés avec la direction de l'établissement.

Il faut noter qu'une décennie environ s'est écoulée depuis ce choix d'organisation

polyvalente. C'est la raison pour laquelle, nous n'avons pas centré nos questionnements sur le passage de la monovalence à la polyvalence, mais sur son exercice quotidien. D'une part les acteurs de ce changement ne sont plus là aujourd'hui à quelques exceptions près, d'autre part les informations transmises au cours des ans deviennent trop approximatives. **Nos entretiens ont plutôt consisté en un diagnostic d'évaluation d'une polyvalence effectivement mise en oeuvre.**

## **4.2. Synthèse des entretiens relatifs à l'exercice de la polyvalence**

---

Les entretiens réalisés auprès des cadres soignants et des équipes de soins ont eu comme objet de mettre en évidence les différentes formes que prend la polyvalence dans l'exercice quotidien du métier :

- ce que l'on en pense ;

- comment elle se traduit au quotidien.

C'est pourquoi nous avons retenu la méthode d'analyse proposée par H. SAVALL, à savoir une classification par thèmes, sous-thèmes, idées-clés et phrases-témoins<sup>167</sup>.

Les entretiens réalisés auprès de la direction et des médecins n'ont pas eu, quant à eux, le même objet que les précédents. Ils ont plutôt été centrés sur le sens que revêt la polyvalence en institution hospitalière, son intérêt stratégique, ses effets. Quelques interrogations de nature " sémantique " ont, d'autre part, alimenté la réflexion d'ensemble. C'est la raison pour laquelle nous avons fait le choix de restituer les informations recueillies sous deux aspects :

- sens et axe stratégique de la polyvalence ;

- impacts de la polyvalence.

L'étude ayant comme objectif de fournir **une illustration** sur une mise en oeuvre effective de la polyvalence, et non pas de procéder à une analyse de dysfonctionnement, il nous a semblé opportun de mixer les modes de restitution pour enrichir la recherche et apporter un regard et un éclairage différents sur ce phénomène de la polyvalence.

### **4.2.1. Résultats des entretiens réalisés auprès de la direction et ses collaborateurs**

#### **I) Sens et axe stratégique de la polyvalence**

<sup>167</sup> revoir figure 17

La polysémie du terme polyvalence entraîne de multiples interprétations (très souvent  
168 )

"La polyvalence, c'est " l'Auberge Espagnole ". Est-ce :

-le passage d'un secteur à l'autre

-faire quelque chose de différent ponctuellement

-une multicompétence dans sa spécialité

-une multicompétence inter-spécialités

-avoir des compétences sérieuses dans différents domaines

-le cumul d'expertises différentes : on est expert dans ce que l'on pratique au quotidien, donc dans la situation de travail vécue. L'expérience se différencie de l'expertise, car elle se construit sur la durée ".

" Plus l'apprentissage s'élargit, plus le regard s'élargit, plus les compétences sont nombreuses : est-ce cela l'origine de la polyvalence ? Quel champ faut-il lui accorder ? ".

"Le terme " polyvalence " est polysémique, d'où les craintes du personnel sur ce que l'on attend de lui ".

"La polyvalence est la possession d'un certain nombre de techniques, dans un état d'esprit positif. L'engagement est plus global ".

"Intervenir sur différentes pathologies, c'est développer des expertises différentes, c'est être polyvalent ".

"Il y a une polyvalence initiale des infirmières de par leur formation de base généraliste, y compris en psychiatrie. L'expertise est à acquérir sur le terrain ".

"La polyvalence des aides-soignantes, promue par leur formation généraliste initiale, demeure sur le terrain. En effet, il n'y a pas d'expertise particulière à développer dans ce métier, hormis peut-être la manutention des malades ".

La mise en oeuvre de la polyvalence nécessite l'identification des conditions de réussite (parfois)

"La polyvalence se développe sur le terrain, s'il y a :

-une volonté institutionnelle

-des situations de travail porteuses

168

les idées clés font l'objet d'une pondération selon la criériologie suivante : très souvent (> 50 %), souvent (30 à 49 %), parfois (15 à 29 %) et jamais (0 à 14 %).

des variables individuelles favorisantes (curiosité intellectuelle, goût d'apprendre, une

*volonté personnelle...)*

*une formation d'accompagnement ".*

*"Dans un contexte de polyvalence, le recrutement ne se fait pas sur l'expertise du domaine concerné, mais sur la capacité à l'acquérir. La technique s'apprend toujours plus facilement que l'être ".*

## **II) Les impacts de la polyvalence**

Une polyvalence subie et non explicitée provoque incertitudes et résistances (très souvent)

*"Très souvent, l'encadrement provoque la polyvalence et/ou le personnel la subit ".*

*"Le remplacement inter-services peut provoquer des réactions de rejet, de par la crainte, notamment, que les secrets de l'équipe soient diffusés. On assiste à un phénomène de protection collective. La vision négative de ce fonctionnement se traduit par des expressions diverses : " pion ", " bouche-trou ", " on déshabille Pierre pour habiller Paul "... En fait, tout dépend de la culture de l'institution... Le phénomène d'appropriation est plus ou moins long ".*

*"La crainte du changement, l'incertitude liée à l'acquisition de nouvelles pratiques sont un frein à la mise en oeuvre de la polyvalence. Par exemple, la crainte d'intégrer une nouvelle équipe, la crainte du sentiment de dévalorisation, la perte de sa position dans une équipe nouvelle... Tout cela donne une connotation négative de la polyvalence à l'hôpital ".*

La polyvalence est une des conditions de réussite de la mobilité interne et de l'entraide collective (parfois)

*"La polyvalence est utilisée dans le cas de :*

*-remplacements programmés (congés annuels, formations)*

*-remplacements impromptus intra et inter-services. Elle est une des conditions de réussite de la mobilité interne ".*

*"Le dépannage est très apprécié lorsqu'on reçoit. Le regard est différent lorsqu'on donne : l'équilibrage reste à trouver ".*

*"Elle permet l'entraide et l'échange de personnel en cas d'absentéisme ".*

*"La polyvalence présente un tronc commun d'intérêt : le malade, le personnel et l'institution peuvent en être bénéficiaires ".*

La polyvalence est source d'élargissement et d'enrichissement professionnel (souvent)

*"La polyvalence constitue cependant un tremplin pour une mutation, une promotion... "*

*"Le remplacement programmé de l'infirmière générale, lors de ses congés, par une surveillante, et ce, à tour de rôle, favorise l'autorégulation et une organisation des services plus pertinente... La vision plus globale de l'institution, même ponctuellement, donne une dimension managériale intéressante "*

*" Une bonne pratique de la polyvalence évite la sclérose des compétences. De nombreux avantages en découlent :*

*-un enrichissement personnel et professionnel, l'acquisition de connaissances, même si le remplacement est bref et temporaire, l'amorce de nouvelles réflexions sur les protocoles, les méthodes de travail, l'organisation et la gestion des services, la mise en évidence de domaines de préoccupation commune tel que l'accueil...*

*-la facilitation du décloisonnement, en termes d'échanges de communication. Une meilleure connaissance de l'hôpital favorise l'appartenance à une structure commune, dépassant les limites de l'unité de soins.*

*-un regard différent sur les projets professionnels. La mobilité interne enclenche une autre dynamique et impulse des choix non pressentis, par rupture avec la routine traditionnelle.*

*-une prise de recul propice aux réinterrogations de pratiques "*

*"La déstabilisation permet de progresser dans la réflexion et de développer d'autres capacités "*

La polyvalence constitue un bénéfice pour le patient (rarement)

*"La polyvalence permet au patient de bénéficier des soins requis, dans un contexte de sécurité satisfaisant "*

La polyvalence est un des leviers de la gestion des ressources humaines (très souvent)

*"Elle permet aussi une gestion optimale de l'institution "*

## **4.2.2. Résultats des entretiens réalisés auprès des médecins**

### **I) Sens et axe stratégique de la polyvalence**

La polyvalence favorise l'approche multidimensionnelle de la maladie (souvent)

*" Elle autorise une approche multidimensionnelle de la maladie et favorise la polycompétence " .*

*"La polyvalence est la philosophie de la rééducation : se centrer sur l'incapacité et le handicap et non sur la pathologie elle-même. Elle est promue pour une prise en charge globale du patient handicapé, qu'il présente une mono ou pluripathologie... Elle constitue une rupture par rapport au fonctionnement d'origine, basé sur la spécialisation par pathologie, en lien avec l'organe déficient. Chaque unité était spécialisée, donc cloisonnée et véhiculait une vision réductrice de la rééducation " .*

La polyvalence est fédératrice de valeurs interprofessionnelles communes (parfois)

*"On peut attendre de la polyvalence une meilleure cohésion entre les métiers soignants : les professions de soins se sont multipliées et nécessitent de plus en plus de coordination. Dans notre établissement, la rééducation concerne tant les infirmières que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues, les diététiciennes... La pluridisciplinarité est une réalité aujourd'hui. Il faut tout mettre en oeuvre pour qu'elle fonctionne " .*

## **II) les impacts de la polyvalence**

La polyvalence mobilise les énergies (rarement)

*"La polyvalence est inductrice de changement : culturel, organisationnel, structurel " .*

*"La polyvalence est source d'enrichissement des activités. Elle donne par ailleurs, une vision dynamique des métiers soignants " .*

*"Nous sommes satisfaits d'avoir abandonné la spécialisation par pathologie, car elle ne correspondait pas à la conception même de la rééducation. Elle s'opposait d'autre part à la polycompétence du personnel " .*

La polyvalence naît trop souvent de l'absentéisme ambiant (très souvent)

*"Le personnel vit mal le changement, contraint par un absentéisme... En effet, c'est trop souvent la carence qui entraîne le changement. Cet état de fait constitue un frein important " .*

*" Les départs en formation accroissent l'absentéisme et les remplacements inter-services. Est-ce bien nécessaire ? " .*

*" Le personnel est intéressé par son travail, stable et reste réticent à la mobilité*

".

### 4.2.3. Résultats des entretiens réalisés auprès des cadres soignants

#### I) La polyvalence, qu'en pense-t-on ?

La polyvalence permet la prise en charge holistique des soins (parfois)

*"La polyvalence, c'est posséder plusieurs compétences pour prendre en charge le malade dans sa globalité. Elle encourage la diversification des connaissances et évite la pratique réductrice du métier".*

*"La polyvalence, c'est pouvoir prendre en charge un malade, quelle que soit sa pathologie. Ce n'est pas le déplacement qui fait la polyvalence".*

*"La variété des pathologies au sein de la même unité rend le personnel polyvalent, ce qui présente un intérêt professionnel plus grand. Elle évite également le cloisonnement des patients par type de handicap".*

*"L'infirmière est polyvalente au sein de l'établissement, mais aussi par rapport aux autres disciplines médicales, du fait de la fréquence des pathologies associées chez nos malades. Elle est polyvalente tant sur l'histoire médicale que sur la prise en charge globale du patient".*

Etre polyvalent et compétent (et/ou expert) nécessite une délimitation du champ d'action (souvent)

*"La polyvalence, c'est la polycompétence sur une discipline médicale".*

*"On peut cumuler des expertises différentes dans l'exercice de la polyvalence. Elles se surajoutent et ne se superposent pas".*

*"Quand on est polyvalent, on ne peut pas être expert. La polyvalence empêche la recherche, l'approfondissement en évaluation de la qualité des soins par exemple. Le centrage sur une pathologie permettrait cela".*

*"Le personnel est polyvalent au sein de l'unité, et globalement au sein de l'hôpital".*

*"La polyvalence est valable au sein d'une spécialité et non en interspécialités simultanément".*

*"L'aide-soignante est généralement polyvalente, ici et ailleurs. Elle n'a pas d'expertise particulière".*

La polyvalence concerne davantage les personnels qualifiés (rarement)

*"L'infirmière peut assurer momentanément les tâches de l'aide-soignante absente et non l'inverse, notamment à propos des soins de nursing délégués".*

La polyvalence requiert avant tout des capacités personnelles (parfois)

*"La polyvalence est plutôt un comportement personnel. La personnalité de l'agent joue considérablement".*

La polyvalence est un acte de solidarité et un facteur de sécurité (souvent)

*"La polyvalence est la normalité de fonctionnement. Elle doit cependant respecter les compétences des personnes pour ne pas les mettre en difficultés. Une demande de mobilité nécessite négociation, dialogue et explication pour recentrer l'acte sur le patient et mettre en exergue le devoir de solidarité à l'hôpital".*

*"La polyvalence constitue un très bon exercice, lorsque le service ferme".*

*"La polyvalence est vécue comme une soupape de sécurité, en termes d'équilibre de la charge physique et psychologique, mais à condition que le remplacement soit justifié".*

*"La mise en place d'un pool polyvalent, constitué d'infirmières expérimentées, pouvant bénéficier de conditions intéressantes de récupération ou d'une compensation financière, serait une solution en termes de management des équipes... D'ailleurs, il existait auparavant un pool de permanents dans les services volontaires, pour remplacer au coup par coup les agents absents : les personnes volontaires à contacter étaient recensées sur une liste, ce qui facilitait bien la tâche !".*

La polyvalence nécessite transparence et confiance dans les relations (souvent)

*"La polyvalence peut être vécue comme synonyme de précarité, fragilité, quand il faut gérer le stress du changement d'unité imprévu".*

*"La polyvalence constitue un système positif, s'il est parfaitement maîtrisé et clairement identifié. Le risque de dérive est fort. La polyvalence ne peut et ne doit pas être réduite à une réponse économique, au détriment de la qualité des soins. Elle doit par ailleurs faire l'objet d'une reconnaissance institutionnelle pour qu'elle soit mieux considérée".*

*"La crainte du cercle vicieux est toujours latente, à savoir que les remplacements ponctuels deviennent quasi permanents, que des postes soient perdus. C'est une question de confiance. Pallier l'absentéisme sporadique par des remplacements inopinés répétitifs pourrait, à terme, épuiser les personnels et générer un nouvel absentéisme".*



## II) La polyvalence : comment se traduit-elle au quotidien ?

### Thème 1 : Organisation du travail et gestion du temps

#### Sous thème 1 : La polyvalence intra-service comme philosophie de soins

L'organisation des services permet la prise en charge des polyopathologies à l'origine du handicap (très souvent)

*" Notre service accueille des patients présentant des pathologies différentes : tétraplégiques, paraplégiques, hémiparaplégiques. Ce qui n'était pas le cas lorsque l'établissement a été créé "*

*"Nous recevons des patients relevant de la rééducation neurologique, présentant des problèmes psychiatriques, ou venant de réanimation : ce sont les réveils de coma et comas prolongés "*

*"La rééducation orthopédique et la rééducation cardiaque constituent les deux grands axes de l'activité du service "*

*"Les réveils de coma, les traumatismes crâniens et atteints médullaires représentent la majorité de nos patients dans ce service post-réa "*

*"La prise en charge des patients amputés constitue une pratique spécialisée au sein de la rééducation "*

*"Les problèmes médicaux associés sont nombreux et nécessitent une connaissance bien plus large que celle relative à la rééducation et réadaptation fonctionnelles. En effet, les patients présentent des risques au niveau digestif, cardiaque, pulmonaire, urinaire, dermatologique, etc. Nous avons également à prendre en charge des patients diabétiques "*

*"C'est le handicap qui guide notre action, quelle que soit la pathologie rencontrée "*

La répartition des tâches et des activités est différente en fonction des horaires (très souvent)

*" La répartition en secteurs est essentiellement géographique et correspond principalement au nombre d'infirmières, par tranche horaire "*

*"Dans le service de rééducation traumatologique-orthopédique et cardiaque, nous avons trois secteurs le matin (une infirmière plus une à deux aides-soignants par secteur), deux secteurs l'après-midi (une IDE et une ASD par secteur) et un secteur la nuit, soit l'unité entière (une IDE et une ASD) "*

—

*" En rééducation fonctionnelle neurologique et appareillage, le travail est réparti sur trois secteurs le matin et théoriquement trois l'après-midi. En fait, compte tenu du non remplacement des absences, il n'y a que deux secteurs l'après-midi ".*

*"La rééducation fonctionnelle neurologique comporte généralement deux secteurs le matin et deux l'après-midi ".*

*"Le personnel de l'unité de chirurgie est réparti sur quatre ou cinq secteurs le matin et deux ou trois l'après-midi. La répartition est à la fois géographique et par type de malades. Certains secteurs sont plus lourds que d'autres ".*

*"Le service de post-réanimation comporte quatre secteurs géographiques le matin quels que soient les problèmes des patients, deux l'après-midi et deux la nuit ".*

*"Autant que faire se peut, le travail se fait en binôme (une IDE - une ASD). Ceci nécessite des effectifs stables et numériquement pairs, ce qui est de plus en plus rare ".*

*"Le travail est identique au sein de chaque secteur, puisqu'on y retrouve le même panel de pathologies ".*

*"Le travail en secteur permet de mieux connaître les patients : leurs habitudes, leur histoire, leurs angoisses... et ainsi de mieux répondre à leurs besoins spécifiques ".*

*"Le personnel tourne sur les différents secteurs (toutes les huit semaines pour certains services)... Les référents par groupe de malades suivent la même rotation, ce qui n'est pas toujours bien. Par contre, il y a un équilibrage des charges de travail ".*

*"Le travail se fait encore par " à coups "... Attention à ne pas privilégier le rythme biologique du soignant au détriment de celui du malade ".*

La polyvalence nécessite des compétences solides comme facteur d'adaptabilité aux diverses situations de travail (très souvent)

*"Avoir des patients différents constitue une richesse professionnelle et un bon exercice de la polyvalence ".*

*"Il est impératif de maîtriser les soins techniques nécessaires à la prise en charge de nos patients. Outre les prises de sang, les divers modes d'administration médicamenteuse (distribution de médicaments, injections, perfusions, ...), il est important que l'IDE sache surveiller les voies centrales, les trachéotomies, procéder aux aspirations, gavages, réaliser les pansements adaptés à chaque situation, ... ".*

*"Les soins relationnels demandent une grande disponibilité, beaucoup d'écoute et d'attention, et une grande capacité d'adaptation. Des compétences en relation d'aide sont essentielles ".*

*"Les soins éducationnels sont très importants. Le passage de l'hétérosondage à l'autosondage nécessite un gros travail de persuasion auprès de chaque patient. Il faut*

*développer également un souci d'hygiène alimentaire pour la plupart de nos malades. La rééducation vésicale pour les malades ayant des problèmes centraux demande beaucoup de patience également ".*

*"L'infirmière est polyvalente. Pour cela, elle doit avoir des compétences en neurologie, urologie, gériatrie, diabétologie, réanimation, ... ".*

*"Les soins préventifs d'escarre requièrent rigueur et vigilance permanente de la part du personnel soignant. C'est un combat quotidien ".*

*"Les handicaps de nos patients exigent des mobilisations fréquentes nécessitant des connaissances en manutention des malades ".*

## **Sous thème 2 : La polyvalence inter-services comme philosophie de fonctionnement institutionnel**

Le « prêt du personnel » ponctuel permet la régulation de l'absentéisme (très souvent)

*"Les problèmes d'effectifs nécessitent une mobilité interne de nos personnels sur l'ensemble des unités. Le prêt de personnel s'effectue majoritairement sur une journée, parfois deux, exceptionnellement trois, et sur des horaires équivalents. C'est l'unité, qui reçoit, qui modifie ses horaires. Au delà de trois jours, nous faisons appel à des personnes en contrat à durée déterminée ".*

*"Le prêt de personnel se fait au pied levé, essentiellement le jour même. Il est rarement prévu la veille ".*

*"Les aides-soignantes manquent plus souvent et plus régulièrement que les infirmières. Le prêt de personnel les concerne donc prioritairement ".*

*"Le pool polyvalent des quatre aides-soignantes du restaurant des patients assurant, aux heures des repas, la gestion et le service du restaurant et, entre les repas, les tâches soignantes en unités de soins, apporte une aide très appréciée dans le cadre des remplacements ponctuels de leurs collègues ".*

*"L'entraide a toujours plus ou moins existé, mais la forme est différente aujourd'hui. La négociation se fait plus naturellement et c'est officiel. C'est un état d'esprit ".*

*"L'aide inter-services peut se faire sur un moment de la journée et non sur toute la plage horaire ".*

*"Les secteurs plus légers sont confiés à l'infirmière ou à l'aide-soignante remplaçante (plus légers en terme de quantité de soins techniques à réaliser, en lien avec des malades moins lourds). L'infirmière référante de l'unité peut ainsi changer de secteur ".*

*"L'infirmière remplaçante a un diplôme d'état. Elle a donc appris à faire tous les types de soins et peut assurer les soins minimum requis. L'existence de protocoles communs*

*à l'établissement et spécifiques à chaque unité favorise l'exécution des soins et donne une certaine sécurité ".*

*"Les collègues donnent toujours un coup de main, l'entraide est très importante ".*

*"Généralement, les surveillantes s'arrangent tout d'abord entre elles et transmettent ensuite les mouvements de personnel à l'infirmière générale et/ou au bureau du personnel ".*

*"Le personnel ayant peu d'ancienneté s'avère être beaucoup plus mobile, voir même plus disponible. On constate un changement de mentalité à ce sujet ".*

### **La réticence au " prêt de personnel " ponctuel est exprimée**

*"On désorganise sa propre équipe pour aller aider les autres. C'est mal vécu par le personnel... Avoir l'équipe au complet permettrait de faire un travail de réflexion, d'application approfondie, mais cela n'est jamais possible ".*

*"Quand on prête du personnel pour un problème d'absentéisme pur, les équipes ont le sentiment qu'on en demande toujours plus. Parfois, il n'y a plus de possibilité de négociation, on impose au personnel sans échange en retour ".*

*"Le temps d'adaptation ne permet pas d'acquérir des connaissances approfondies ".*

*"Il est difficile de quitter l'unité et il y a comparaison entre l'unité d'origine et l'unité de remplacement : c'est toujours mieux chez soi... De plus, comme on donne le secteur plus léger au remplaçant, il a le sentiment que la charge de travail est moindre et que son déplacement n'est pas toujours justifié ! ".*

*"Des tensions entre surveillantes peuvent se produire, mais elles sont très vite régulées par la bonne entente qui règne au sein de ce groupe ".*

*" Les malades peuvent être déstabilisés par le fait qu'ils ne connaissent pas le remplaçant. Ce dernier ne peut pas prendre en compte les habitudes du patient ".*

*"L'arrangement interne à l'équipe est privilégié de plus en plus afin de ne pas faire appel aux autres services... la disponibilité du personnel est très importante, y compris pour les mères de famille ".*

*"Le problème principal rencontré par le remplaçant ne réside pas dans la pratique des soins, mais dans l'adaptation à une organisation du travail différente, à des règles de fonctionnement différentes. Ne pas connaître les rangements, les modalités de commandes de produits... constitue une perte de temps considérable et une pression psychologique forte. La méconnaissance de l'histoire du patient est aussi un facteur déstabilisant ".*

*"C'est le changement de logique qui est perturbant... la routine donne du confort ! ".*

*"C'est souvent l'infirmière la plus compétente de l'unité qui résiste au remplacement dans une autre unité : elle ne peut supporter d'être nouvelle et dépendante ailleurs et*

*craind d'autant plus d'être mise en difficulté ".*

*" On impose le changement à l'équipe, mais ce sont des agents volontaires qui partent... " Les aides-soignantes qui refusent le changement se situent dans une fourchette allant de 10 à 25 %, les infirmières de 5 à 10 %.*

*"Le mécontentement pour un remplacement se manifeste quasiment toujours : c'est un mécontentement de principe. Sur le fond, le personnel comprend cet état de fait et adhère au système ".*

*"Le remplacement ponctuel ne permet pas de comprendre le comportement de certains malades, ce qui influe sur la qualité des soins ".*

*" Les aides-soignantes considèrent le remplacement ponctuel comme pénalisant, dégratifiant. Ce sont prioritairement les tâches ménagères qui leur sont confiées, les collègues du service demandeur privilégiant les soins de nursing délégués par l'infirmière ".*

*" Quand on est de passage, le niveau d'implication n'est pas le même, car l'intérêt professionnel n'est pas le même ".*

*" Le prêt de personnel n'est pas facile à gérer au niveau de la surveillante. Son management peut être remis en cause par l'équipe qui peut lui reprocher d'avoir laissé partir trop de personnes en même temps ! ".*

### **Le " prêt de personnel " ponctuel a un poids psychologique élevé**

*"Le prêt de personnel devrait être exceptionnel. Il devient de plus en plus fréquent ".*

*"On prête plus qu'on ne reçoit ". (avis majoritaire)*

*"On a reçu plus qu'on ne prête ". (une fois)*

*" Il faut trouver la bonne mesure pour ne pas épuiser les équipes, ne pas les démotiver ".*

*Le dépannage par unité est de l'ordre de :*

- 1 à 5 jours    rarement*
- 6 à 10 jours    très souvent*
- Plus de 10 jours    exceptionnellement*

*"Individuellement, un agent volontaire remplace en moyenne de une à trois journées sur une année, ce qui est peu quantitativement, mais lourd psychologiquement, car l'exigence d'adaptation sera d'autant plus forte ".*

### **Le " prêt de personnel " ponctuel a néanmoins des avantages**

*"Les soins requis sont assurés dans tous les cas, la réorganisation interne le permet ".*

*"On peut faire partir le personnel en formation, ce qui présente un double intérêt : l'acquisition de nouvelles compétences, et l'occasion de se retrouver, de travailler ensemble sur un thème de préoccupation commune. Ces remplacements sont bien vécus car programmés "*

*"La mobilité interne est un des facteurs de rentabilité, que l'on ne peut occulter aujourd'hui. C'est aussi un devoir du service public... C'est la politique de l'établissement "*

*"L'entraide par le biais des remplacements internes fait partie de la politique de l'établissement, la mobilité est dans la mentalité. C'est un plus, un état d'esprit intéressant et un moyen d'être pris au sérieux lorsqu'on a des difficultés de fonctionnement. Les arrangements internes sont faciles et ne provoquent pas de tollé... Ce n'était pas le cas dans l'établissement où je travaillais précédemment "*

*"La mobilité interne, c'est la sécurité "*

*"Même en dehors des contraintes budgétaires, la mobilité interne est une bonne chose. Il faut avoir une vision établissement pour rendre le service public attendu et ne pas se cantonner à son unité propre "*

*"La polyvalence interne évite le recours à des personnels intérimaires peu adaptés à la situation et source de risques sur un temps très court "*

Les fermetures de service durant les congés d'été entraînent des transferts de personnels vers d'autres unités (très souvent)

**Une gestion anticipée des départs en congés permet la mise en oeuvre consensuelle des remplacements de longue durée**

*"La fermeture du service pendant quelques semaines n'impose pas le départ du personnel en congés annuels. Selon ses desiderata, il peut choisir d'aller travailler temporairement dans une autre unité de soins et réintégrera son service dès la réouverture "*

*"Les agents ayant choisi, pour des raisons personnelles, d'être transférés dans une unité pendant les congés, vivent parfaitement bien leur situation de remplaçants. Leur intégration est rapide et efficace "*

*"On n'observe pas le phénomène de comparaison des charges de travail par rapport à son service d'origine, ou tout du moins, pas de façon défensive "*

*"Le remplaçant fait partie de l'équipe et participe à l'ensemble des activités. Il ne se cantonne pas à l'exécution des soins prioritaires, comme c'est le cas pour les remplacements ponctuels, et intervient sur toute la chaîne de travail (commandes de produits divers, rangements, ...) "*

*"Les règles de fonctionnement sont clairement identifiées, ce qui facilite l'intégration du*

*remplaçant, même celui qui est peu enclin à travailler dans un autre service revient avec une certaine satisfaction ".*

### **Le remplacement de longue durée présente des bénéfices partagés**

*"La durée permet au remplaçant d'approfondir ses connaissances sur des techniques de soins, des traitements, des savoir-faire... autres que ceux couramment utilisés dans le service d'origine ".*

*"Dans un deuxième temps, il y a maturation des acquisitions et fréquemment, des propositions de modifications de pratiques, de protocoles..., en fonction de ce qui a été vu ailleurs (système de rangement, le " truc pratique ", nouvelle méthode de travail, etc.) ".*

*"Il y a en quelque sorte un phénomène de construction collective. On n'est plus dans le schéma qui consiste à penser et dire qu'ailleurs, c'est toujours moins bien et sans intérêt ".*

*"Les échanges de personnel constituent un facteur de collaboration inter-services très positif au sein de l'hôpital. Il y a d'autre part une meilleure compréhension de ce qui se passe ailleurs ".*

*"Le remplacement de longue durée permet au professionnel de réinterroger sa pratique quotidienne et de réfléchir à d'autres processus de soins ".*

### **Sous thème 3 : Un exercice de la polyvalence dans un cadre d'autonomie et responsabilité partagée**

#### **Les infirmières sont autonomes pour organiser leur travail dans le respect du cadre préétabli collectivement (très souvent)**

- *" Le personnel est inscrit dans une démarche projet. Le projet de soins en interdisciplinarité et la fixation des objectifs correspondants constituent un cadre de référence, encourageant les initiatives des soignants ".*
- *" Les infirmières participent à l'élaboration de la conception des soins. A partir de là, elles organisent leur travail comme elles l'entendent, en partenariat avec les aides-soignantes. Si nécessaire, elles demandent l'avis de la surveillante.*
- *La répartition de la charge de travail sur la journée, voire la semaine, est réalisée par l'infirmière responsable de la planification des soins. Cette régulation concerne tant les infirmières que les aides-soignantes ".*

#### **Il existe un esprit de collaboration facilitant la mise en oeuvre des actions de soins (très souvent)**

- *" L'équipe est soudée, ce qui favorise tant les échanges que l'entraide spontanée au*

*sein de l'unité ".*

- *" Les changements d'horaires se font entre elles, comme elles le souhaitent dans le respect des règles préétablies ".*

## **Thème 2 : Conditions de travail**

### **La prise en charge de handicaps lourds induit une charge physique et psychologique du travail également lourde (très souvent)**

- *" Les actes de manutention des malades (levers, couchers, repas, soins, ...) constituent une charge physique importante. Une connaissance de ces techniques est indispensable ".*
- *" Les soins relationnels représentent une part très importante de l'activité quotidienne, de par la particularité de nos malades. Ils sont là depuis longtemps avec leurs habitudes, leurs exigences... ".*
- *" L'atteinte neurologique provoque chez le patient des troubles du comportement pas toujours faciles à cerner. Nos malades sont jeunes, avec un handicap lourd (tétraplégiques, paraplégiques, hémiparaplégiques) et doivent combattre pour retrouver une image sociale ".*
- *" La réintégration des handicapés s'inscrit plus largement dans les problèmes de société à gérer : chômage, dépression, éclatement de la structure familiale... ".*
- *" Il est difficile pour le personnel de trouver la bonne mesure de ses relations avec les handicapés. Nous faisons partie de leur vie " de pensionnaire ". Certaines infirmières et aides-soignantes se lient d'amitié avec les patients, et ont du mal à prendre le recul nécessaire par rapport à leur souffrance. La charge psychologique devient alors très lourde à gérer. C'est cette relation de proximité dans la durée, qui engendre parfois la confusion des rôles... Il manque un psychologue pour que le personnel puisse exprimer sa souffrance ".*
- *" On croit à ce que l'on fait, même auprès des comas. Il y a un grand respect du malade dans l'établissement tant de la part des médecins que des équipes ".*
- *" La programmation très serrée des actes de rééducation répartis sur l'ensemble de l'hôpital, exige des infirmières et aides-soignantes un travail de coordination intense, prenant souvent l'aspect d'une course contre la montre ".*
- *" Globalement, l'effectif est insuffisant par rapport à la lourdeur des patients ".*

### **La cohésion interne des équipes est sous-tendue par un fort esprit de solidarité (souvent)**

- *" On peut constater un fort engagement du personnel, fondé sur le respect commun du malade ".*



- " Il règne un esprit de collaboration fort au sein de chaque équipe, un sentiment de cohésion entre ce qui se fait et ce qui se dit ".
- " Le personnel est globalement stable, les départs relèvent souvent de circonstances externes au service ".
- " L'ambiance est bonne, la responsabilité de l'équipe dépasse l'horaire : les arrangements internes par consensus sont quotidiens ".
- " On reconnaît l'expertise des infirmières et leur savoir-faire auprès des handicapés ".
- " Il y a une autoprotection de l'équipe face aux contraintes externes ".

### **Thème 3 : Communication - Coordination - Concertation**

#### **Il existe une étroite collaboration entre tous les acteurs de soins (souvent)**

- " Nous avons des réunions d'admission des patients, hebdomadaires et inter-services. Les médecins, les surveillantes, l'assistante sociale, une secrétaire médicale et les représentants des autres métiers de soins se réunissent chaque semaine pour étudier les demandes d'admission dans l'établissement. Les acceptations se font en fonction des disponibilités des différents services et de leur charge de travail en soins ".
- " Des réunions de synthèse multidisciplinaires, hebdomadaires et internes au service ont comme objet la présentation des dossiers des nouveaux patients, afin d'engager un travail en partenariat efficace. Sont présents les médecins, kinésithérapeutes, psychologues, surveillantes, infirmières, aides-soignantes... Une mini synthèse, hebdomadaire, se fait également avec les mêmes personnes pour présenter un ou deux dossiers nécessitant des échanges entre les différents acteurs de soins, dans un objectif de soins intégrés ".
- " Les relèves du personnel soignant, quotidiennes, intra-services, sont indispensables pour la continuité des soins. Elles ont lieu en début d'après midi et permettent aux équipes du matin et du soir de se transmettre l'ensemble des informations prioritaires relatives aux patients hospitalisés... Les difficultés rencontrées, par les uns ou les autres, dans la prise en charge des malades, sont également exprimées lors de ces rencontres. Les relèves sont donc aussi un lieu de parole ".
- " Les horaires de rééducation sont affichés dans chaque chambre, afin que toutes les personnes concernées puissent s'y référer. Maintenir la programmation prévue est indispensable au bon déroulement de la rééducation ".

#### **Les cadres soignants travaillent en synergie dans un objectif d'efficacité managériale (souvent)**

- " Nous formons un groupe homogène au sein duquel les échanges sont faciles. Même s'il est parfois délicat de demander à une collègue un prêt de personnel pour pallier l'absentéisme d'un agent, il existe une entente cordiale très sécurisante ".

- *" Nous n'avons pas de cadres supérieurs comme hiérarchiques et pouvons traiter directement avec l'infirmière générale, ce qui facilite les prises de décision. Sa dimension humaine et son écoute sont un plus dans la relation et favorisent le respect de l'autre ".*
- *" Une demande commune n'exclut pas les positions personnelles ".*
- *" Une bonne stratégie de communication permet au cadre de réaliser un équilibre entre les exigences de l'institution et celles du personnel..."*
- *C'est l'enjeu humain qui joue sur l'engagement des uns et des autres. Partager ses connaissances, développer ses capacités d'action nécessitent une construction permanente commune. L'édiction de règles, sous-tendue par un sens commun, sera un facteur qui favorise la communication, tant interne qu'externe...*
- *Il appartient au cadre de prendre le temps de travailler avec les gens dans une logique d'accompagnement sur la durée ".*
- *" Ici, le cadre n'est pas emmuré dans un schéma. Il existe une autonomie de fonctionnement. C'est un état et un processus évolutif à la fois. La philosophie est de construire ensemble, d'être cohérent entre " dire " et " agir ", de développer tant l'autonomie de nos personnels qu'une relation de confiance..."*
- *Ecoute, autonomie, méthode, projet et sens sont les cinq mots-clés qui guident notre action ".*

**Une démarche communicationnelle permanente est mise en oeuvre auprès des patients et de leurs familles (parfois)**

- *" Relation, communication, éducation : c'est notre mission et notre devoir auprès des malades et des familles ".*
- *" Il est impératif d'avoir une très bonne connaissance globale de chaque patient (histoire, mode de vie, habitudes, etc.) d'une part pour l'aider à réduire son handicap, d'autre part pour le préparer à sa réintégration sociale et professionnelle. Cette orientation éducative est propre à notre clientèle ".*
- *" Des réunions auxquelles participent les médecins selon les cas, les familles, les patients, et les équipes pluridisciplinaires sont organisées dans notre établissement. Elles reflètent bien l'attention particulière portée à notre rôle d'interface : ces réunions sont fréquemment au nombre de trois :*
  - *une en début de séjour pour expliciter la pathologie du patient et la nature du traitement requis pour réduire le handicap. Une approche sur l'avenir est également abordée.*
  - *la seconde en milieu de séjour pour faire le bilan et construire le projet de sortie du patient, avec tout l'aspect réintégration.*

–

*la troisième en fin de séjour, afin de discuter des décisions prises pour le retour à domicile et des modalités pratique ".*

- " *Le système des permissions nécessite de nombreux échanges avec les patients eux-mêmes et leurs familles. Il faut en quelque sorte gérer la négociation au cas par cas ".*

#### **Thème 4 : Formation intégrée**

##### **Une formation centrée sur l'amélioration des compétences et l'adaptabilité est à renforcer dans un contexte de polyvalence (parfois)**

- " La formation est un moyen d'accroître le professionnalisme des personnels ".
- " Le personnel trouve toujours du bénéfice à parfaire ses connaissances, grâce au formateur et au travail de réflexion possible avec les collègues soignants ".
- " Une restitution des acquis au reste de l'équipe est indispensable ".
- " La formation est indispensable pour faire aboutir les projets des services. Elle offre un temps de réflexion et de formalisation que l'on a du mal à trouver dans l'activité quotidienne. Par exemple, des travaux ont été menés sur le rôle, la fonction et la responsabilité des infirmiers et des aides-soignants, sur l'encadrement des stagiaires, sur la prise en charge des patients dans un climat d'agressivité, sur des remises à niveau diverses, etc. ".

##### **La formation professionnelle continue s'inscrit dans la gestion des ressources humaines (rarement)**

- " La formation constitue un outil de gestion des compétences très intéressant ".
- " La formation est programmée et privilégiée : les congés annuels ne peuvent être pris pendant ces périodes ".
- " La politique de soins infirmiers valorise les projets pluridisciplinaires et les formations-actions qui incluent différents acteurs de la réadaptation ".

#### **Thème 5 : Mise en oeuvre stratégique**

##### **Le projet d'établissement constitue le projet de convergence de tous les acteurs (rarement)**

- "Les orientations stratégiques se déclinent au travers du projet médical d'établissement et du projet du service de soins infirmiers ".
- " Les réunions pluridisciplinaires, à l'initiative et sous la responsabilité des médecins,

représentent un vecteur d'accompagnement des décisions stratégiques ".

- " La rééducation polyvalente, axe stratégique de l'établissement, s'appuie sur une philosophie de soins reconnue par tous ".

#### **4.2.4. Résultats des entretiens réalisés auprès des équipes de soins**

##### **I) La polyvalence, qu'en pense-t-on ?**

###### **La polyvalence n'exclut pas les spécificités (parfois)**

- " Nous sommes polyvalentes au sein de l'établissement, mais spécialisées par rapport à d'autres disciplines ".
- " Nous sommes polyvalentes au sein de l'établissement, mais également par rapport aux autres disciplines (tout du moins la pratique de base des autres disciplines). C'est beaucoup plus intéressant sur le plan professionnel ".
- " On est polyvalentes, mais l'exercice du métier diffère d'une unité à l'autre. Le but est toujours de rééduquer les malades, mais avec des orientations spécifiques pour les uns et les autres ".

###### **La polyvalence interroge sur le degré d'approfondissement possible du travail (rarement)**

- " Auparavant, les pathologies étaient scindées, aujourd'hui une même unité accueille des patients présentant des pathologies différentes :
  - C'est beaucoup plus enrichissant. Chaque patient est un cas à part entière. Il faut sans cesse rechercher la meilleure réponse à lui apporter
  - On survole les spécialités, et on ne peut plus faire un travail de réflexion approfondie, comme par le passé ".
- " Le diplôme d'état infirmier permet à chacune d'entre nous de prodiguer les soins requis. L'adaptation à une autre organisation, à un autre fonctionnement demande beaucoup plus d'énergie ".

##### **II) La polyvalence : comment se traduit-elle et se vit-elle au quotidien ?**

###### **Thème 1 : Organisation du travail et gestion du temps**

###### **Sous thème 1 : La polyvalence intra-service comme philosophie de soins**

**Le traitement de polyopathologies, constitue un facteur d'équilibre de la charge en soins et un facteur d'élargissement de l'exercice infirmier (souvent)**

- " Toute l'équipe maîtrise les soins de base, techniques, relationnels et éducatifs. Donc quelle que soit l'infirmière ou l'aide-soignante, le patient bénéficie des mêmes soins ".
- " L'entraide se fait spontanément entre nous, ce qui permet aux patients d'avoir leurs soins en temps voulu ".
- " Les patients sont différents et nécessitent des niveaux de prise en charge psychologique différents. Il est important de bien connaître leur histoire, leurs relations avec les familles ".
- " Le travail en collaboration (infirmière - aide-soignante) est privilégié : soins de nursing, rangements, actes logistiques... ".
- " L'activité éducation-rééducation est très large et diversifiée : rééducation urinaire, éducation alimentaire, éducation cutanée pour combattre la formation d'escarres, aide à la manutention... ".
- " Nous avons un rôle de suggestion très fort auprès des médecins, en matière de soins d'escarre, et travaillons en bonne collaboration ".
- " On connaît bien nos patients, ce qui constitue l'élément indispensable à la réussite de nos soins relationnels et éducatifs ".
- " Certaines aides-soignantes préfèrent travailler en binôme avec les infirmières pour bien connaître les pathologies, participer aux soins et ne pas faire que les toilettes... D'autres préfèrent travailler seules ".

**La priorisation des arrangements internes intervient comme stratégie d'évitement des remplacements ponctuels hors service (très souvent)**

- " Nous nous entendons très bien et changeons régulièrement nos horaires entre nous pour assurer l'effectif minimum auprès des patients ".
- " Nous nous efforçons d'équilibrer les effectifs, et sur la journée, et sur les semaines afin de ne pas être contraint(e)s aux déplacements dans d'autres unités ".
- " Si nous avons l'effectif normal sur un matin ou un après-midi, l'une de nous risque d'être déplacée pour remplacer. Au lieu de faire un travail approfondi qui profiterait à notre unité, il faut aller combler les manques. Alors on évite cela ".
- " On s'aide entre secteurs, ou bien on réduit les secteurs pour rester autonomes et ne pas demander de l'aide externe ".

**Sous thème 2 : La polyvalence inter-services comme philosophie de fonctionnement institutionnel**

**Le " prêt de personnel " ponctuel est mal vécu, car angoissant (très souvent)**

- " Le déplacement ponctuel d'une journée est mal vécu en termes de responsabilité : nous ne connaissons pas les patients, leurs pathologies précises. C'est pourquoi nous réalisons prioritairement des gestes techniques (moins risqués : injections, pansements, ...) sur un groupe de malades ".
- " C'est la prise en charge globale du patient qui est difficile, voire impossible ".
- " Sur une journée, il faut gérer l'incertitude, on est moins efficace. Le problème, ce n'est pas l'équipe qui nous accueille, mais l'intégration à une organisation différente, à une logique différente...
- On fait du travail standard, on ne s'implique pas, on se débrouille comme on peut ".
- " On ne remplace que sur nos horaires, ce qui est bien, mais on n'est que très rarement prévenu à l'avance. On change d'unité au pied levé ".
- " Les remplacements ne sont pas toujours justifiés. Il y a souvent autant de travail chez nous, ce qui pénalise notre propre équipe ".
- " On est plutôt " tâcheronne " lorsqu'on remplace. Cela ne présente pas d'intérêt. On passe plus de temps dans les placards et les dossiers qu'auprès des patients. On apprécie son service au retour ! ".
- " On ne peut pas s'intégrer à une organisation différente en une journée :
  - La tenue du dossier de soins est différente, son emplacement géographique aussi, alors on cherche sans arrêt ;
  - La préparation et la distribution des médicaments est différente ;
  - Le rangement du matériel est différent.
- C'est tout cela qui est déstabilisant, ce n'est pas la réalisation des soins qui pose problème! "
- " C'est un boulot d'intérimaire, ce n'est pas notre choix ".
- " Les malades ne nous font pas toujours confiance et appellent l'infirmière du service ! ".
- " Même si on n'aime pas partir remplacer inopinément, il faut reconnaître que nous devons le faire pour le patient (c'est notre mission d'infirmière, d'aide-soignante) et pour les collègues de l'établissement. Lorsque c'est notre équipe qui est en sous-effectif, on apprécie de recevoir de l'aide, donc lorsque c'est nécessaire, il faut bien y aller ! Cela ne nous empêche pas de râler ".
- " On nous demande souvent de remplacer, mais par contre on ne reçoit pas

beaucoup ".<sup>169</sup>

**Le remplacement de longue durée, est bien perçu, car programmé (congés d'été) (souvent)**

- " On change de têtes, on voit comment on travaille ailleurs, on peut apporter des changements au retour, on peut modifier l'organisation à partir d'expériences objectives. Tout cela est motivant et dynamisant ".
- " Ceci permet la vision d'une autre organisation ".
- " Au retour, c'est agréable de retrouver son équipe, ses repères. On oublie les petites histoires sans intérêt et on se rend compte que l'équipe est bien soudée ".
- " L'inconvénient, c'est qu'il faut changer de roulements et cela impose une réorganisation personnelle ".
- " Le remplacement longue durée nous permet d'approfondir nos connaissances, de nous enrichir et de prendre du recul. En effet, si on reste spécialisé(e), on peut ne pas pouvoir répondre à un problème... La polyvalence, c'est un plus pour nous et c'est un plus pour le patient. Pouvoir changer, c'est bien car on peut réinterroger nos pratiques, c'est une façon de s'autoévaluer ".
- " Le remplacement d'été, c'est un moyen de se ressourcer. Si on veut acquérir d'autres connaissances, on peut aussi demander le changement de discipline ou d'établissement ".

**Sous thème 3 : Un exercice de la polyvalence dans un cadre d'autonomie et de responsabilité partagée**

**La répartition des activités se fait au sein de chaque secteur par le personnel concerné (très souvent)**

- " C'est l'infirmière référente qui répartit la charge de travail sur le secteur. Si nécessaire, on peut recourir aux horaires aménagés : une infirmière vient à 8h et repart à 16h 20 pour couvrir les horaires du matin et d'après-midi de ses collègues ".
- " Les aides-soignantes pourraient prendre plus de responsabilités et travailler en binôme pour pratiquement tout. Elles font beaucoup de ménage parce qu'il n'y a pas d'agents de service, mais elles pourraient encore plus participer aux soins ".
- " Le travail en équipe, c'est la base de tout. Les patients le sentent et sont eux-mêmes plus coopérants ".

<sup>169</sup> Pourvu que le travail soit fait. La surveillante nous fait confiance et nous laisse nous organiser. On lui demande son avis chaque fois que c'est nécessaire. A la question de savoir si elle préfère ça ou les autres modes de travail, elle nous dit qu'elle n'est pas sûre. On a constaté que trois journées semble être une moyenne maximum pour celles qui remplacent assez volontiers. Sur la même année, certaines collègues n'auront pas remplacé du tout ou bien une seule journée seulement.

#### **Sous thème 4 : Le fonctionnement particulier du restaurant des patients**

##### **L'équipe responsable du restaurant des patients travaille parallèlement dans les unités de soins (très souvent)**

- " Quatre aides-soignantes et un agent de service hospitalier forment l'équipe responsable du restaurant des malades. Nous sommes un pool polyvalent ".
- " Sur la journée, nous travaillons la moitié du temps au restaurant et l'autre moitié dans notre service d'affectation :
  - 12h 12 - 13h 45 Travail d'hôtelière au restaurant : préparation des repas, ouverture du restaurant, service des patients et fermeture du restaurant ;
  - 13h 45 - 17h 45 Travail d'aide-soignant dans l'unité de soins : soins de nursing et hygiène des locaux ;
  - 17h 45 - 20h Idem 1° tranche horaire (restaurant) ".
- " Compte tenu des problèmes d'effectifs, nous remplaçons souvent dans d'autres unités sur la période hors restaurant. C'est généralement sur nos horaires. Il est plus rare que l'on remplace sur des horaires différents ou sur des repos ".

##### **" Les avantages de la polyvalence sont les suivants :**

- On connaît les pathologies des patients des différents services. Il y a un enrichissement personnel et professionnel ;
- On connaît l'évolution des malades ;
- On travaille en collaboration avec l'aide-soignante de secteur ;
- On peut proposer aux collègues des unités de modifier certaines façons de travailler ;
- Nous avons moins de manutention de malades, donc une charge physique moindre ".

##### **Il y a quelques inconvénients :**

- Cela dépend du caractère de la personne ;
-



Il faut s'intégrer rapidement dans chaque service ;

· Nous dépendons de trois surveillantes : une pour les plannings, une pour la logistique, la troisième étant celle de l'unité de soins pour le travail de l'après-midi, hors restaurant ;

· Notre rôle d'aide-soignante n'est pas toujours reconnu. On a l'image d'hôtelière qui n'a pas un travail énorme au restaurant ! Pourtant, nous sommes soignantes comme les autres ;

· Nous avons beaucoup à faire pour que l'image négative du travail au restaurant disparaisse, car nous, nous avons une bonne image de notre travail ".

· " Nous préférons faire des dépannages sur la journée complète pour mieux appréhender l'ensemble des soins à faire ".

· " On constate que les malades sont beaucoup plus dociles dans leur chambre qu'au restaurant. Quand ils viennent déjeuner, ils sont en groupe, très exigeants et reprennent les comportements qu'ils avaient à l'extérieur... Nous avons sans cesse des problèmes de discipline à gérer.... Nos collègues des unités de soins ne s'en rendent pas compte... La nourriture est un moyen de faire pression sur le personnel : on peut dire que ce n'est pas bon, tandis qu'il est beaucoup plus difficile de contester la qualité d'un soin ou d'un traitement... Il faut gérer également les tensions entre malades... Le respect est difficile à obtenir et le règlement difficile à appliquer ".

· " Tout ceci est lié à l'hospitalisation de longue durée. Les permissions permettent de décompresser. Le travail au restaurant exige beaucoup de patience, de doigté et de qualités relationnelles ".

· " Une forte personnalité est nécessaire ".

## **Thème 2 : Conditions de travail**

### **Le remplacement ponctuel provoque un stress qui se surajoute à la charge physique et psychologique habituelle du travail (très souvent)**

· " Afin de rendre le remplacement ponctuel moins stressant, ne vaudrait-il pas mieux confier à l'infirmière qui vient pour la journée, une série de soins techniques sur un ensemble de malades, plutôt que la responsabilité d'un secteur qui nécessite de bien connaître les malades ?

· Revenir aux soins en série, cela ne correspond plus à notre conception des soins,

même sur quelques heures. Même si cela est difficile d'être sur un secteur en remplaçant une journée, il y a toujours la collègue du secteur voisin qui peut venir donner un coup de main s'il le faut "

- " L'absence d'efficacité sur une journée à l'extérieur, la non reconnaissance de notre personne, le sentiment d'être bouche-trou, tout cela constitue un frein psychologique important...On ne supporte pas ça... "
- " Nos patients sont jeunes et doivent assumer un handicap lourd de façon brutale... Notre rôle est de les accompagner dans ce changement identitaire : c'est passionnant, mais épuisant... Certains jours, on est " vidé " en sortant de l'hôpital "
- " En fait, dans notre établissement, ou bien on n'y reste que très peu de temps, on bien on y reste des années. D'ailleurs, la plupart de nous sommes là depuis plusieurs années, certaines depuis plus de quinze ans... Quant on accroche, on ne peut plus partir "
- " Les actes de manutention des malades exigent une réelle collaboration des soignants. C'est plus lourd dans certains services. Mais on se forme aux différentes techniques "

#### **La fierté d'appartenir à une équipe soudée est un facteur d'équilibre interne (souvent)**

- " On s'entend très bien entre nous, ce qui favorise les changements d'horaires. Lorsque quelqu'un a une contrainte personnelle, il y a toujours quelqu'un qui pourra lui rendre service... C'est vraiment un plus de savoir qu'il y a toujours une solution interne "
- " Il y a une bonne entente entre aides-soignantes et infirmières. On travaille dans le même sens par rapport aux patients...
- Le travail en binôme est agréable...
- C'est dommage qu'il n'y ait plus d'agent de service hospitalier pour l'hygiène hospitalière "
- " On a toujours le souci d'équilibrer la charge de travail entre nous... On change régulièrement de secteur car ils ne sont pas tous équivalents. Cela se fait naturellement "
- " Il y a une bonne ambiance de travail, ce n'est pas comme ça partout "

### **Thème 3 : Communication - Coordination - Concertation**

#### **Il existe une relation soignant - soigné de forte intensité (souvent)**

- " Nous avons une relation privilégiée avec les patients et leurs familles. Ce n'est pas comme dans les unités d'hospitalisation classiques, dans lesquelles le patient ne reste que quelques jours...
- Nous faisons partie de leur environnement. Les malades nous appellent par nos

prénoms, ils connaissent nos horaires, nos repos, nos congés... D'ailleurs, il faut être vigilant pour qu'ils n'empiètent pas sur notre propre territoire, c'est le risque ".

- " Il faut savoir garder une certaine distance avec les patients même si on plaisante ensemble. Ils ont besoin de cela. On doit se préserver malgré tout pour rester maître de la situation et se faire respecter en tant que soignant ".
- " La rééducation est un travail de longue haleine... Patience et endurance : ce n'est pas seulement pour les patients, c'est aussi valable pour l'équipe soignante ".

#### **Le travail en partenariat des différents acteurs de soins est une nécessité (parfois)**

- " On aimerait plus de travail en collaboration avec les autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...), ce qui faciliterait la coordination des soins... Il faudrait s'imposer des relèves communes et quotidiennes ".
- " Nous participons aux réunions-bilans avec les patients et leurs familles en collaboration avec les médecins et les autres professionnels de santé : c'est une réelle valeur ajoutée dans le contexte de la rééducation et de l'aide au retour à domicile ".
- " Nous devons faire un effort permanent pour que les patients soient à l'heure aux différents rendez-vous de rééducation, sinon ils risquent de ne pas être pris... La coordination, ce n'est vraiment pas facile ! ".

#### **Thème 4 : Formation intégrée**

##### **La formation continue permet la prise de recul et la réflexion sur les pratiques de soins (parfois)**

- " La formation continue interne à l'établissement reste un des seuls lieux de réflexion collective. On a régulièrement des formations sur nos domaines de préoccupation pour la prise en charge des patients handicapés... Grâce au formateur externe, on peut faire évoluer nos pratiques ".
- " On n'a plus le temps de faire des travaux de production en dehors des formations. On est toujours en effectif minimum ".
- " Il y a bien des cours internes à l'établissement, faits par les médecins, mais c'est trop rare. Par exemple des cours sur l'orthopédie sont souhaités. C'est à mettre en place ".
- " Les formations sont programmées à l'avance, ce qui permet l'anticipation des remplacements. Ils sont bien vécus, car c'est chacun notre tour de bénéficier d'une formation... C'est un plus pour nous ".

##### **La formation initiale est généraliste**

- " La formation initiale constitue une base commune. Ensuite on approfondit nos connaissances sur le terrain... Et puis il y a l'évolution des techniques qu'il faut intégrer

au fur et à mesure ".

" J'ai l'impression d'avoir perdu par rapport à la formation initiale. Il y a des techniques que je ne pratique plus (par exemple la réanimation). Si je changeais, il faudrait que je réactualise mes connaissances ".

**En conclusion**, la polyvalence s'inscrit bien dans « la philosophie de la rééducation ». Se centrer sur l'incapacité et le handicap, et non sur la pathologie elle-même constitue la règle de base commune à tous les acteurs de l'établissement. C'est un point de convergence fort.

Chaque unité accueille des patients présentant des pathologies premières différentes. Les pathologies secondaires sont par ailleurs multiples et diversifiées, ce qui confère un élargissement du champ professionnel, vécu très positivement par les personnels, car source d'enrichissement personnel et professionnel.

Les équipes tournent sur les secteurs internes à l'unité, ce qui renforce la polyvalence intra-unité c'est une polyvalence totalement intégrée, répondant aux exigences de la mission du service.

Les remplacements interservices, quant à eux, entraînent une polyvalence épisodique, plus ou moins bien vécue, selon la durée de ces dits remplacements.

La solidarité interne aux équipes est mise en avant, comme facteur de cohésion et d'entraide spontanée. Il y a cependant une grande différence de perception entre les remplacements de longue durée (congrés annuels) et ceux de très courte durée (absentéisme épisodique).

Les premiers sont bien acceptés car ils sont d'une part programmés et d'autre part suffisamment longs pour permettre une bonne intégration de l'agent remplaçant, au sein de l'équipe d'accueil. Dans ce cas de figure, il existe une émulation réciproque positive et constructive.

Les remplacements de très courte durée sont, en revanche, les plus contestés car déstabilisants pour la personne « parachutée » sans préavis dans une autre structure de travail. L'absence d'anticipation et le manque de préparation ne favorisent pas le transfert de compétences attendu.

### 4.3. Les effets de la présentation des résultats des entretiens auprès des cadres

---

La restitution des entretiens, auprès des cadres, a suscité de nombreux échanges sur les principaux **points critiques** relatifs à l'exercice de la polyvalence dans l'établissement.

Il est apparu que le **terme « polyvalence »**, couramment usité, **véhiculait de multiples interprétations**. La nécessité d'en circonscrire à la fois l'étendue et le contenu a semblé tout à coup indispensable pour lever les incompréhensions, sources de résistances au changement. Outre la phase d'explicitation, les résultats ont de suite interrogé les cadres sur l'importance des **conditions de réussite**, ces dernières les

interpellant directement :

Comment passer d'une **polyvalence « subie »** à une **polyvalence « concertée »**, ou comment passer d'une polyvalence « curative », dans le sens de palliative de l'absentéisme, à une polyvalence « préventive », c'est à dire anticipée ?

Comment **traduire cette volonté institutionnelle** initiale dans un processus d'**amélioration des compétences**, au service du client hospitalisé ? Cette question relançait le débat sur la convergence ou non de la polyvalence avec l'expertise et la compétence requises dans l'activité au quotidien. La **délimitation du champ de la polyvalence** s'est avérée constituer une des réponses possibles.

Comment **repenser l'organisation** des services pour tendre à une homogénéité facilitatrice lors des remplacements ?

Et surtout, quel **plan de communication** mettre en oeuvre pour qu'il y ait une meilleure compréhension des objectifs et, de ce fait, plus de confiance dans les relations interpersonnelles ?

Ces questionnements autour des points critiques ont mis en évidence les leviers d'action possibles pour améliorer la prise en charge polyvalente des patients. Ils ont ainsi eu des effets tout à fait positifs, en termes de réflexion et de dynamique :

Un effet d'ouverture des rapports interservices : La restitution du diagnostic a fourni la matière relationnelle à l'ouverture « d'ensembles souvent clos ». Davantage d'expression, de débats, de contacts encourage les réflexes d'initiative collective et redonne vie aux projets actuels et futurs.

Un effet sur l'imaginaire et la créativité Cette restitution a également permis aux cadres de remettre en cause des habitudes de travail, fondées sur des modèles culturels anciens. Ce diagnostic, source de co-production d'informations sur les activités, l'organisation... des différents services, a favorisé le « brassage » d'idées, voire l'émergence de pistes de travail pour une nouvelle ré-organisation.

Un effet d'intégration Notre recherche a donné une lecture objective des points de vulnérabilité et a encouragé « le collectif » à fonctionner différemment. Pour ce faire, il appartient aux cadres de se doter d'outils de management pertinents, afin qu'ils accompagnent la polyvalence, via la mobilité interne, avec plus de cohésion et de conviction auprès de leurs équipes.

Comme nous l'avons vu, cette monographie a consisté en une étude qualitative sur un mode de gestion des ressources humaines intégrant la polyvalence de ses personnels

comme facteur d'enrichissement professionnel et comme facteur de gestion des effectifs, dans un contexte de contraintes budgétaires fortes. Si l'intention institutionnelle est forte, la traduction opérationnelle présente des faiblesses.

Les entretiens réalisés nous ont informé **sur les méfaits d'une polyvalence subie et non concertée**, sur la nécessité de prendre en compte les souhaits des personnels, les besoins collectifs et les facteurs organisationnels, pour parvenir à mettre en cohérence les objectifs institutionnels et les objectifs des professionnels au service des patients.

Cette recherche, effectuée sur un hôpital de moyenne importance, nous a permis de rencontrer les acteurs prioritaires (direction, médecins, personnels infirmiers), d'appréhender le système dans son ensemble, de mieux cerner les discours « convenus » et leurs ancrages institutionnels, et enfin, de repérer les enjeux individuels et collectifs.

Afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses, nous avons choisi d'élargir la recherche à d'autres sites hospitaliers par le biais d'une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon constitué de CHU et CHG. L'analyse thématique, relatée précédemment, a fourni le matériau de base pour élaborer le questionnaire, à savoir les impacts relatifs à l'histoire personnelle, la nature et la technicité des gestes, l'organisation du service, les modes de communication et les représentations sur la polyvalence.

## **Chapitre 5 – Enquête exploratoire relative à l'exercice de la polyvalence paramédicale en CHU et CHG<sup>170</sup>**

### **5.1. Présentation des établissements enquêtés**

---

Comme nous l'avons vu précédemment, quinze hôpitaux ont été consultés, répartis sur cinq centres hospitaliers universitaires et cinq centres hospitaliers régionaux.

#### **5.1.1. Présentation des Centres Hospitaliers Universitaires<sup>171</sup>**

##### **5.1.1.1. Présentation générale**

###### **Une vocation régionale**

Les CHU sont des établissements publics de santé dotés de l'autonomie administrative et

<sup>170</sup>

CHU : Centre Hospitalier Universitaire (dans le langage courant) CHG : Centre Hospitalier Général (dans le langage courant)

<sup>171</sup>

Cf Livrets d'accueil des CHU (compte-tenu de l'anonymat, ils ne sont pas cités nominativement)

financière. Ils ont une vocation régionale liée à leur haute technicité, mais assurent aussi les soins courants à la population proche. Ils possèdent un personnel médical et non médical hautement qualifié, de même que des moyens et des techniques médicales ultramodernes.

### **Une implication importante dans la vie économique locale**

Le CHU est généralement le premier employeur de la région. Au minimum 4 500 professionnels de santé y exercent, représentant environ 170 métiers, répartis au sein de quatre grands groupes : médecins, soignants et médico-techniques, administratifs, techniciens - ouvriers. Ces personnes assurent quotidiennement la mission de soins dévolus à l'hôpital, dans un souci de sécurité et de qualité optimales. Le budget annuel d'exploitation est très important (1.5 milliard de francs semble constituer le budget plancher d'un CHU). Les dépenses en personnel représentent en moyenne 70% de ce budget. Quant au budget annuel d'investissement, il représente en moyenne 10% du budget d'exploitation.

### **Cinq grandes missions**

**Centre de soins** Les CHU offrent l'ensemble des prestations médicales, chirurgicales hautement spécialisées et courantes, nécessaires au maintien de la vie de la population. Pour ce faire, ils assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades dans le cadre de l'urgence, de l'hospitalisation ou des consultations.

**Centre d'aide médicale urgente** Une action conjointe de tous les professionnels de santé permet aux services d'urgence de mener à bien leur mission de « sauvetage » auprès des personnes « en péril » (accidentés de tous ordres, problèmes de santé aigus).

**Centre d'enseignement** Les CHU participent à la formation des futurs médecins, dans le cadre d'une convention avec l'université. Ils participent également à la formation des professions paramédicales par la gestion de plusieurs instituts de formation. Tous possèdent un institut de formation en soins infirmiers, une école d'aide soignantes / auxiliaires de puériculture et un institut de formation des cadres de santé. La majorité d'entre eux assurent, par ailleurs, les formations de spécialités (puéricultrices, infirmières anesthésistes, infirmières de bloc opératoire, ambulanciers, manipulateurs radio...).

**Centre de recherche** Les CHU contribuent activement au progrès des sciences médicales, odontologiques et pharmaceutiques, la recherche s'effectuant sur quatre axes : recherche appliquée sur volontaires sains, recherche fondamentale à la faculté de médecine en liaison avec l'INSERM et le CNRS, la recherche en soins infirmiers et

la recherche dans le domaine de la gestion hospitalière.

**Centre de présentation et d'éducation pour la santé** Chaque discipline développe des actions adaptées de présentation et d'éducation sanitaire, en fonction des incidences physiques et psychologiques des pathologies contractées.

### **Des unités prestataires au service des patients**

**Des services de soins** répartis en fonction du domaine d'activité et des disciplines médicales.

### **Des locaux de consultations**

**Une plateau technique de pointe** comportant :

–

de nombreuses **salles d'opération** (généralement plus de 25) permettant la chirurgie par coelioscopie, la chirurgie à ultrasons, la chirurgie au laser, la vidéo-endoscopie, la circulation extracorporelle, la dialyse rénale...

–

des **équipements d'imagerie** sophistiqués : des salles d'angiographie numérisée, des salles de radiologie interventionnelle, des scanners, une (voire deux) IRM, des échographes et généralement plus de 15 salles de radiologie. Les CHU sont également dotés de services de **médecine nucléaire**, munis de caméras à scintillations, et très souvent d'un service de **radiothérapie**, unité de traitement des maladies cancéreuses, à moins que ce soit le centre anticancéreux local qui, dans le cadre d'une convention de partenariat, traite les patients du CHU.

–

des **laboratoires** hautement spécialisés : anatomie et cytologie pathologiques, bactériologie, virologie, biochimie, biologie moléculaire et enzymologie, biologie de la reproduction et du développement, cytogénétique médicale, explorations fonctionnelles, hématologie, immunologie, parasitologie, pharmacologie clinique et toxicologie, hygiène hospitalière...

### **Les principaux chiffres-clés**

Outre le nombre total d'établissements et le nombre d'établissements enquêtés, le tableau récapitulatif suivant donne les ordres de grandeurs relatifs aux effectifs en ressources humaines, aux budgets et à l'activité d'hospitalisation.



N°	Faculté d'adultes	Faculté d'enfants	Les adultes				Les enfants		Total (adultes + enfants)		
			Tous patients	Urgences	Admission	Surveillance	Opérations (ambulatoire et forcé)	Soins de suite	Total	Urgences	Soins de suite
1	1	1	1200	110	100	200	15	1700	1700	1000	2700
2	18	2	1700	900	1500	1100	15	1700	1700	7000	8700
3	1	2	1000	600	1000	300	18	1000	1000	1000	3000
4	1	2	1000	100	1000	1000	16	1000	1000	1000	3000
5	1	1	1000	1500	1000	1000	22	1000	1000	1000	3000

Tableau : Chiffres clés relatifs aux 5 CHU de l'enquête par questionnaire

### 5.1.1.2. Présentation succincte des établissements

Etablissement n°1 : Il regroupe, au bénéfice des adultes et des enfants, les disciplines de médecine interne, de chirurgie et d'anesthésie réanimation, de même que les urgences pédiatriques. Il assure notamment les transplantations rénales et cardiaques, ainsi que les greffes de moelle, de cornées et d'osselets.

Etablissement n°2 : les principales disciplines représentées dans cet établissement sont les spécialités chirurgicales de la tête et du cou, la neurologie, la rhumatologie et les urgences « adulte ».

Etablissement n°3 : le centre gériatrique offre des prestations de haute qualité aux personnes âgées hébergées. Il dispose d'un cabinet ophtalmologique, d'un cabinet dentaire, d'un secteur de kinésithérapie et de balnéothérapie, de même que de nombreux lieux d'animation. Il bénéficie, par ailleurs, du plateau technique du CHU.

Etablissement n°4 : c'est l'établissement le plus important du CHU, il compte 32 pavillons reliés entre eux par des galeries souterraines. Les services de soins représentent l'éventail complet des disciplines médico-chirurgicales et les services d'urgence offrent de grandes possibilités d'accueil. Il est ainsi équipé de services de haute technicité (transplantations, grands brûlés, ophtalmologie, immunologie...)

Etablissement n°5 : Il résulte d'une part de la fusion de deux anciens établissements hospitaliers, et d'autre part de l'implantation de deux nouveaux bâtiments à visée chirurgicale et médico-technique, afin d'équilibrer la répartition géographique des moyens mis à la disposition de la population. Il représente le deuxième établissement lourd du CHU. Toutes les disciplines médico-chirurgicales sont représentées.

Etablissement n°6 : Les principales spécialités concernent le coeur et le système vasculaire, les poumons, les os et articulations, l'oeil, l'oreille, l'appareil urinaire, le système nerveux, les urgences et la traumatologie de l'adulte.

Etablissement n°7 : Il concentre notamment des spécialités de médecine telles que la dermatologie, les maladies infectieuses et l'hématologie clinique. Ses services d'enfants, de gynéco-obstétrique et de pathologies digestives sont très recherchés.

Etablissement n°8 : Les spécialités chirurgicales sont tournées vers la chirurgie digestive, pédiatrique, cardio-vasculaire et l'urologie. Les spécialités médicales sont, quant à elles, très diversifiées, un centre de la douleur et un centre d'orthogénie viennent

étayer ce secteur.

Etablissement n°9 : Cet établissement accueille les urgences médico-chirurgicales et psychiatriques adultes, la réanimation, des services de médecine et de chirurgie, de même que des services de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, ces derniers constituant un pôle actif dans ce domaine.

Etablissement n°10 : Cet établissement est le plus récent du CHU. Il fut terminé en 1975. Situé géographiquement à côté de l'hôpital le plus ancien de la ville, il s'inscrit dans le complexe hospitalier du Site Nord. Il comporte une unité de recherche et de soutien en soins palliatifs, de même qu'un centre de la douleur. Ses pôles d'excellence sont les cardiosciences, la cancérologie, les greffes et prélèvements, les neurosciences, l'imagerie et les gestes médicaux assistés par ordinateur.

## **5.1.2. Présentation des Centres Hospitaliers Généraux<sup>172</sup>**

### **5.1.2.1. Présentation générale**

Tout comme les CHU, les centres hospitaliers généraux dispensent :

des soins de « court séjour », pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie (soins avec ou sans hébergement) ;

des soins de suite ou de réadaptation, dits de « moyen séjour », dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion (soins avec ou sans hébergement) ;

des soins de longue durée, ou « long séjour », à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (soins avec hébergement).

### **Une vocation de proximité**

Les CHG dispensent les soins de la population proche. Ils bénéficient du potentiel humain et technologique des CHU, pour assurer la prise en charge globale des patients qui leur sont confiés. La clientèle peut ainsi être soignée près de chez elle, tout en ayant la possibilité d'être transférée provisoirement au CHU pour des examens ou des actes médico-chirurgicaux nécessitant des équipements technologiques pointus.

### **Un pivot en matière de santé publique**

Les CHG poursuivent activement des travaux d'humanisation et de rénovation, afin d'offrir à la population des techniques médicales performantes, tout en améliorant sans cesse le

---

<sup>172</sup> Cf Livrets d'accueil des établissements (compte-tenu de l'anonymat, ils ne sont pas cités nominativement)

confort, la sécurité et les soins des hospitalisés. Diverses restructurations ont permis et permettent l'amélioration des conditions de prise en charge des clients. La mission première demeure l'offre de soins d'excellente qualité. Pour ce faire, l'ensemble du personnel, médical, soignant, administratif et technique s'efforce de concilier les besoins des malades et les nécessités de la vie hospitalière.

Les CHG sont des établissements publics autonomes indépendants de l'Etat et des collectivités locales dans leur fonctionnement juridique et financier.

Les installations médico-techniques ne cessent de progresser. On y trouve régulièrement, hormis les salles de radiologie traditionnelles, un scanner, une salle d'angiographie numérisée, des échographes, un service de radiothérapie, rarement une IRM. Sur notre échantillon de cinq CHG, seul un établissement possède une IRM. Cette technologie de pointe, encore fort onéreuse, nécessitant un rendement élevé et une pratique de recherche intensive, reste encore l'apanage des CHU. Les blocs opératoires et les laboratoires ne cessent également de se perfectionner.

### Les principaux chiffres-clés

Nous avons fait le même choix que pour les CHU et retrouvons les chiffres relatifs aux effectifs en ressources humaines, aux budgets, à l'activité d'hospitalisation.

CHG	Effectif global	Médical	Soignant	Budgets				Effectifs hospitaliers		
				Médical	Soignant	Global	Global	Soignant	Soignant	Global
CHG1	100	30	70	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHG2	100	30	70	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHG3	100	30	70	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHG4	100	30	70	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
CHG5	100	30	70	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000

Tableau : Chiffres clés relatifs aux 5 CHG de notre échantillon

#### 5.1.2.2. Présentation succincte des établissements

Etablissement n°11 : Outre les disciplines médico-chirurgicales classiques, cet établissement propose des centres spécialisés :

- un centre de cancérologie, qui fonctionne en partenariat avec deux grands centres anticancéreux ;
- un centre antirabique ;
- un centre d'hygiène alimentaire ;
- un centre de dépistage anonyme et gratuit du SIDA ;

- . un centre de prévention des toxicomanies ;
- . un centre médical de réinsertion ;
- . un centre anti-vénérien ;
- . un centre d'équilibre pour personnes âgées ;
- . un centre d'orthogénie ;
- . un centre de transfusion sanguine.

L'hôpital de jour et, depuis 1994 l'hospitalisation à domicile, garantissent un service personnalisé, assurant au patient soins, écoute et dialogue soignant-soigné.

Etablissement n°12 : On retrouve là encore les disciplines médico-chirurgicales classiques et les centres spécialisés susnommés. Cet établissement est par ailleurs doté d'un service de médecine nucléaire, il accueille ainsi des patients des départements voisins.

Etablissement n°13 : Les services de médecine et chirurgie générale prédominent, mais avec une orientation sur une discipline (orientation cardiologie, orientation orthopédie...). Cet hôpital vient de concrétiser la construction d'un centre de moyen et long séjour, en collaboration étroite avec les responsables de la municipalité, dans le but d'offrir aux personnes âgées dépendantes ou malades des structures d'accueil particulièrement adaptées à leur situation. Cette opération a permis d'ouvrir l'hôpital sur la ville dans de bonnes conditions et ce depuis novembre 1995.

Etablissement n°14 : De restructuration en restructuration, l'hôpital dispose d'un bâtiment moderne et fonctionnel où confort et soins de qualité se conjuguent pour un meilleur bien-être. L'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile permettent une prise en charge de patient, en adéquation avec ses contraintes personnelles et professionnelles. Cet hôpital est jumelé avec un hôpital anglais et un hôpital roumain. Il entretient avec eux des relations professionnelles et amicales, enrichissantes.

Etablissement n° 15 : Cet établissement propose un éventail complet des disciplines médico-chirurgicales classiques et spécialisées. Il est doté d'un plateau technique important, et possède, notamment, une IRM. Les CHG en sont rarement pourvus, contrairement aux établissements de CHU.

### **5.1.3. Taux de réponses des établissements**

	Hôpitaux visités					Hôpitaux contactés					
	1 <sup>er</sup> CHU			2 <sup>nd</sup> CHU		3 <sup>rd</sup> CHU		4 <sup>th</sup> CHU		5 <sup>e</sup> CHU	
	Etab. n°1	Etab. n°2	Etab. n°3	Etab. n°4	Etab. n°5	Etab. n°6	Etab. n°7	Etab. n°8	Etab. n°9	Etab. n°10	
IDF	12/20	12/20	6/11	42/50	21/30	35/40	17/21	16/20	15/20	0/40	Sous-total : 189 / 320
MER	12/20	14/20	Non consulté	8/21	8/21	11/21	3/21	6/21	10/20	17/33	Sous-total : 74 / 223
Total :											59 %

Tableau : Nombre de questionnaires remis et reçus en CHU

	Hôpitaux visités		Hôpitaux contactés			
	1 <sup>er</sup> CHG	2 <sup>nd</sup> CHG	3 <sup>rd</sup> CHG	4 <sup>th</sup> CHG	5 <sup>th</sup> CHG	
	Etab. n°11	Etab. n°12	Etab. n°13	Etab. n°14	Etab. n°15	
IDF	14/50	31/45	20/45	6/50	10/30	Sous-total : 81 / 220
MER	15/13	26/35	11/13	17/33	11/25	Sous-total : 79 / 102
Total :						49 %

Tableau : Nombre de questionnaires remis et reçus en CHG

Les taux de réponses sont donc sensiblement équivalents en CHU et CHG et témoignent de leur intérêt sur ce thème récurrent de la polyvalence.

**Taux de réponses des hôpitaux visités :**

En CHU : 58 %

En CHG : 63 %

Global : 59 %

**Taux de réponses des hôpitaux contactés :**

En CHU : 46 %

En CHG : 40 %

Global : 44 %

On relève une différence significative de réponses entre les hôpitaux visités et les hôpitaux contactés. Les premiers présentent un taux de réponses plus fort, ce qui montre la valeur ajoutée des visites de sites.

Les responsables rencontrés deviennent co-acteurs de l'enquête, en incitant leurs personnels à retourner les questionnaires, du fait de la relation interpersonnelle directe qui s'est instaurée au cours de l'entretien (59 % des réponses). Les hôpitaux contactés ont néanmoins bien répondu (44 %). Les échanges téléphoniques préalables ont tout de même porté leurs fruits.

**Taux de réponses de tous les hôpitaux :**

En CHU : 52 %

En CHG : 49 %

Global : 51 %

Le taux global de réponses (à savoir 51 %) nous semble satisfaisant. Nous avons, effectivement, recueilli **442 questionnaires** :

**270 pour les infirmières** (219 pour les infirmières d'unités de soins et 51 pour les infirmières de pool)

**172 pour les manipulateurs** en radiologie, ce qui constitue une bonne base de données à exploiter.

Médecins	Directeurs	Cadres soignants	
2	7	35	
Total			54

*Tableau : Nombre d'entretiens réalisés et de fiches-entretiens retournées, concernant les responsables*

Ces entretiens ont eu comme objet d'enrichir notre recherche, de par la nature des fonctions occupées.

Ils ont eu lieu dans les établissements enquêtés et se sont déroulées sur six mois environ.

Ils ont été :

effectués lors de la diffusion des questionnaires sur les sites "visités".

ou négociés lors de cette diffusion et effectués dans un second temps

ou négociés et effectués ultérieurement sur les sites "visités et "contactés".

## 5.2 Synthèse des résultats concernant les infirmières

---

Les résultats vont être présentés selon l'ordre suivant :

la répartition des réponses selon les trois cas de polyvalence de mobilité externe préétablis

la cartographie des profils relatifs aux différents cas de polyvalence

l'incidence des critères liés à l'individu, sur l'exercice de la polyvalence (âge, ancienneté professionnelle...) <sup>173</sup>, à partir des quatre axes dominants

– le contenu du travail et sa répartition

– le degré de polyvalence perçue et souhaitée

– les freins et facteurs favorisant la polyvalence

– la polysémie du terme polyvalence

– les avantages et les limites de la polyvalence de même que les suggestions d'amélioration

les points de vue d'infirmières travaillant au sein d'un même service

les points de vue des infirmières de pool

Les statistiques réalisées permettent :

une lecture **descriptive** de la polyvalence : la cartographie des profils d'infirmières, selon les cas de polyvalence fait, à ce titre, « tomber » un certain nombre d'a priori

<sup>173</sup> revoir structure du questionnaire infirmière figure 21

une lecture **explicative** des diverses situations de polyvalence, de par l'analyse de l'incidence des critères prédéterminés (liés à l'individu et à la gestion des ressources humaines) sur l'exercice au quotidien de la polyvalence :

—

les questions fermées font l'objet de résultats quantitatifs retranscrits sous forme de tableaux simplifiés et/ou de représentations graphiques variées.

—

les questions ouvertes font, bien évidemment, l'objet de résultats qualitatifs, portant principalement sur les définitions de la polyvalence, ses freins et facteurs favorisant (technicité, organisation, communication), le degré de polyvalence perçue et souhaitée par les acteurs concernés, de même que sur des remarques globales, enrichies de suggestions d'amélioration.

une lecture **prescriptive** de par les suggestions d'amélioration proposées par les infirmières ou sous-tendues dans leur propos explicatifs.

Dans tous les cas, ces statistiques<sup>174</sup> sont d'abord appliquées à l'ensemble des établissements consultés, puis aux CHU et CHG distinctement. Les résultats font apparaître les particularités des CHU et CHG, lorsqu'elles sont significatives.

### **5.2.1 Les infirmières en unités de soins<sup>175</sup>**

Les résultats, qui suivent, proviennent du dépouillement des **219 questionnaires** retournés par les infirmières en unité de soins.

#### **5.2.1.1. Les cas de polyvalence en fonction des remplacements externes**

##### **Répartition par cas de polyvalence**

**58 % des infirmières n'effectuent aucun remplacement externe**, soit plus de la moitié des effectifs. Parmi les remplacements **le cas A** (sans changement de domaine d'activité, ni de discipline médicale) **s'avère le plus fréquent, soit 20 %** des infirmières.

Les cas B et C nécessitant un changement de discipline médicale et/ou de domaine d'activité sont rares (5 % et 8 %). Ces derniers requièrent sans doute une anticipation et une préparation spécifique, dans la mesure où les activités de soins peuvent différer de celles du service d'origine. Le cumul de remplacements est encore plus rare (de 1 à 3 %).

**On ne repère pas de différence significative entre CHU et CHG** en ce qui

<sup>174</sup> le traitement des questionnaires a été facilité par les conseils d'un informaticien

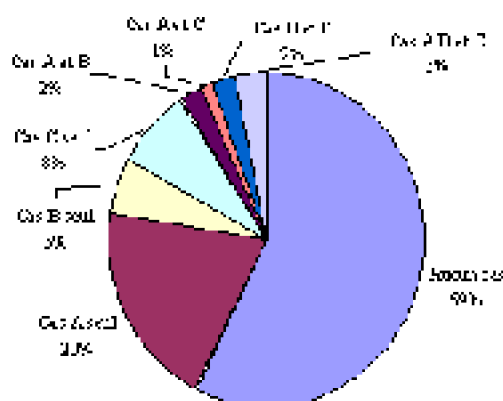
<sup>175</sup> l'intégralité des résultats se trouve en annexe 21 et 22 (résultats tous établissements confondus, résultats des CHU, résultats des CHG)



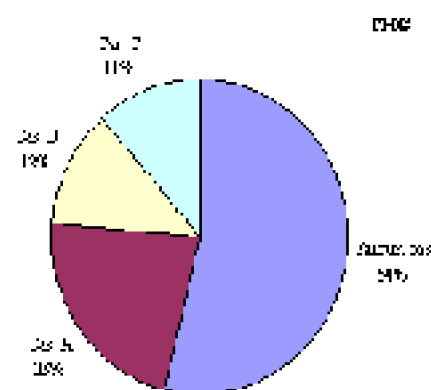
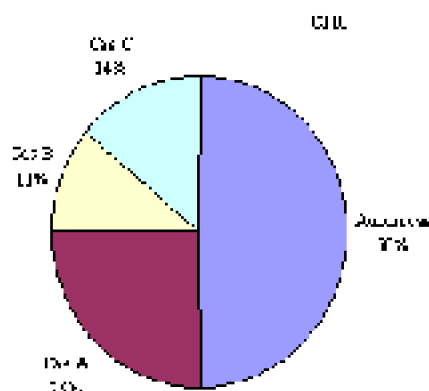
concerne la répartition des cas de mobilité externe. Les pratiques semblent être les mêmes, sans distinction liée à l'enseignement universitaire.

Les tableaux suivants font apparaître des résultats supérieurs à 100%. En effet, les pourcentages additionnés correspondent au nombre de réponses, et non au nombre de personnes, plusieurs réponses étant possibles pour une même personne. Les infirmières avaient la possibilité de cocher un ou plusieurs des cas de remplacements proposés. De ce fait, elles ont pu cocher plusieurs domaines d'activité. Par ailleurs certains domaines peuvent être jumelés au sein d'un même service (oncologie et médecine par exemple).

Répartition par cas de polyvalence	en %	n (nb)
Aucun cas	58%	125
Cas A seul	21%	44
Cas B seul	5%	10
Cas C seul	3%	7
Cas A et B	2%	5
Cas A et C	1%	3
Cas B et C	2%	5
Cas A et B et C	2%	5
Total	100%	219



	CCIU	CHC
Aucun cas	58%	57%
Cas A	29%	24%
Cas B	13%	13%
Cas C	16%	12%

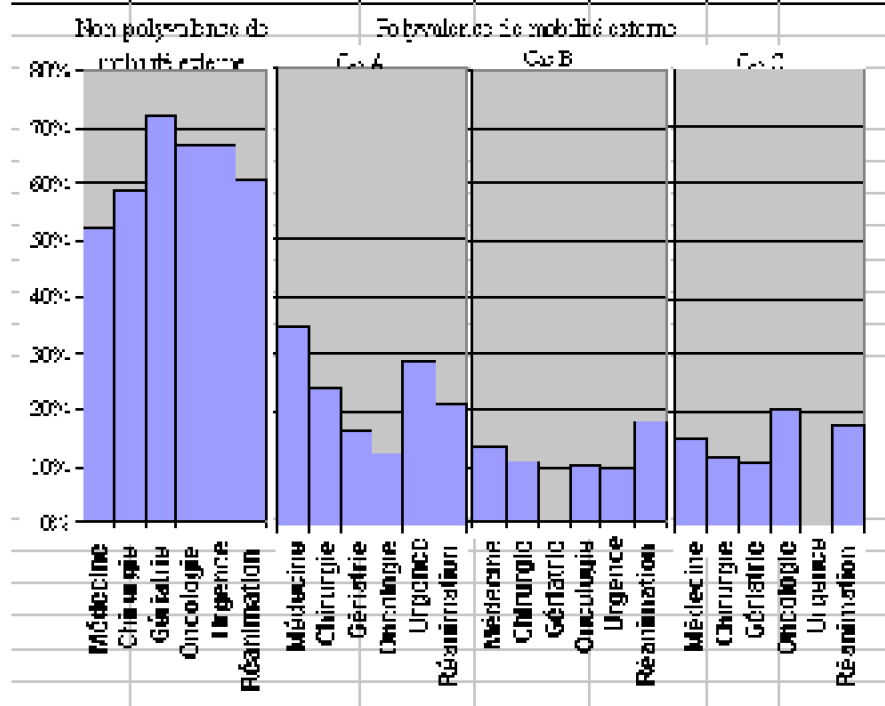


### Répartition des réponses selon les domaines d'activité du service

On peut relever que, tous établissements confondus, **les infirmières exerçant en médecine et chirurgie, font des remplacements externes, le cas A étant prédominant** (domaine d'activité et discipline médicale inchangés). On note toutefois que les cas B et C sont de l'ordre de 13%.

Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

Domaines	Tous établissements Répartition des réponses selon les domaines					Toutes fiches (219)	
	Cas A	Cas B	Cas C	Aucun cas	Total	%	Effectif
Médecine	37%	13%	15%	32%	> 100%	49%	107
Chirurgie	34%	11%	12%	39%	> 115%	70%	152
Gériatrie	7%	0%	13%	73%	100%	8%	18
Oncologie	13%	12%	21%	67%	> 100%	18%	39
Urgence	29%	12%	0%	67%	> 100%	10%	21
ESB	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0
Réanimation	21%	12%	18%	61%	> 100%	13%	28
Autres	32%	12%	0%	30%	100%	4%	8



En ce qui concerne la gériatrie, la réanimation et l'oncologie, les résultats sont différents entre CHU et CHG, en sachant par ailleurs que le taux des réponses est plus faible dans ces domaines.

Les infirmières de **gériatrie** de CHU ne remplacent globalement pas dans d'autres services, y compris en gériatrie même. Les infirmières de CHG semblent, en revanche, remplacer dans 30 % des situations, des collègues de gériatrie. On note qu'elles ne sortent pas de leur secteur.

	Cas A		Cas B		Cas C		Aucun cas	
	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU
<b>Gériatrie</b>	30%	0%	0%	0%	10%	13%	60%	88%
<b>Réanimation</b>	0%	40%	8%	27%	0%	33%	92%	33%
<b>Oncologie</b>	23%	8%	8%	12%	23%	19%	54%	73%

Ceci peut être dû à un isolement géographique, la gériatrie étant souvent excentrée, ou à une difficulté d'adaptation rapide à des services nécessitant des soins beaucoup plus techniques. Concernant la **réanimation**, les infirmières de CHU remplacent indifféremment dans les trois cas. Dans ce domaine, les techniques étant très complexes et les malades « poly-atteints », on pourrait penser qu'exercer provisoirement dans une autre unité ne constitue pas de difficultés supérieures à celles qu'elles dominent déjà. Cependant, la pratique est toute autre en CHG, puisque les infirmières ne remplacent pas dans 92% des cas.

Quant à l'**oncologie**, les infirmières de CHG semblent plus mobiles que leurs collègues de CHU. Tous les cas de remplacement sont néanmoins concernés.

### Répartition des réponses selon les disciplines médicales du service

Disciplines	Tous établissements confondus Répartition des réponses selon les disciplines				Toutes fiches (219)		
	Cas A	Cas B	Cas C	Aucun cas	Total	% Effectifs	
Cardiologie	27%	9%	5%	59%	100%	10%	22
Dermatologie	0%	0%	0%	100%	100%	1%	2
Diabète/endocrinie	20%	0%	0%	80%	100%	2%	5
Généraliste	21%	0%	21%	58%	= 100%	15%	33
Gynéco-obstétrique	0%	50%	50%	25%	= 100%	2%	4
Néonatalogie	29%	14%	25%	64%	= 100%	6%	11
Néphrologie/réno-uro	21%	11%	28%	38%	= 100%	11%	23
Néphrologie	30%	11%	17%	33%	= 100%	8%	18
Neuro-psychiatrie	0%	0%	25%	75%	100%	2%	4
Ophthalmologie/O.R.L./Oto-neuro	29%	18%	0%	53%	100%	8%	17
Otologie	70%	10%	0%	20%	= 100%	7%	11
Pédiatrie	40%	0%	0%	60%	100%	2%	5
Pneumologie	28%	21%	44%	31%	= 100%	7%	15
Radiologie					0%	0%	0
Rhumatologie	29%	14%	14%	43%	= 100%	3%	7
Urologie	30%	0%	0%	30%	100%	2%	4
Vasculaire	0%	14%	25%	61%	= 100%	3%	7
						82%	173

Tous établissements confondus, les réponses relatives aux différents cas de polyvalence de mobilité externe par discipline, ne permettent pas le constat de telle ou

telle tendance. En effet, les taux de réponse par discipline sont trop faibles pour émettre un avis éclairé. On peut néanmoins observer que le cas A est renseigné dans 75% des situations, le cas B dans 69% et le cas C dans 62 %. Certaines disciplines sembleraient plus propices que d'autres à des remplacements de cas C, c'est à dire, avec changement de domaine d'activité. Ce serait le cas des disciplines généralistes, de l'hématologie, de l'hépatogastroentérologie et de la pneumologie. D'une manière générale, le cas A est celui qui recueille le plus de suffrages, le cas B étant quant à lui fluctuant.

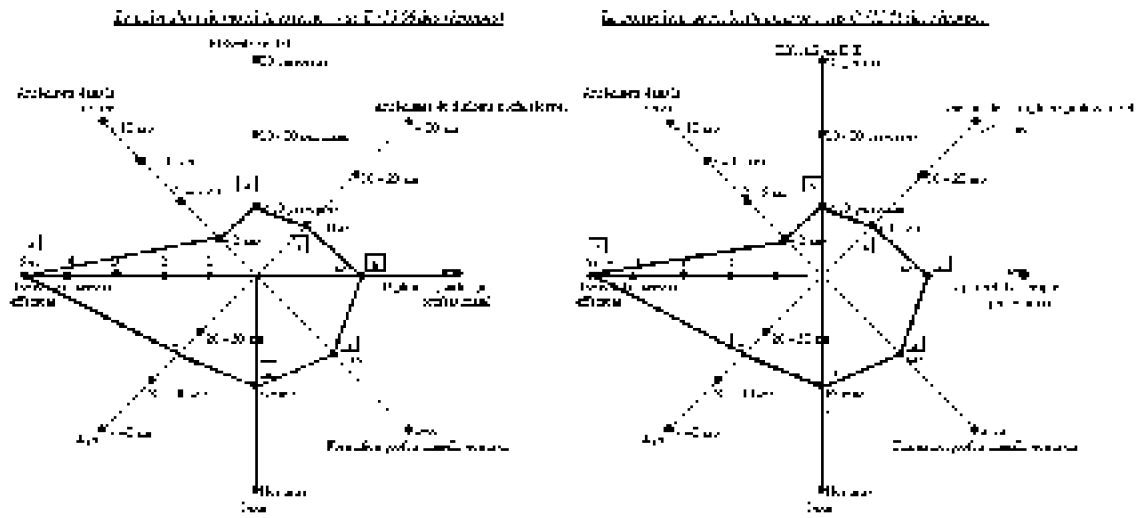
### **5.2.1.2. Cartographie des profils relatifs aux différents cas de polyvalence de mobilité externe**

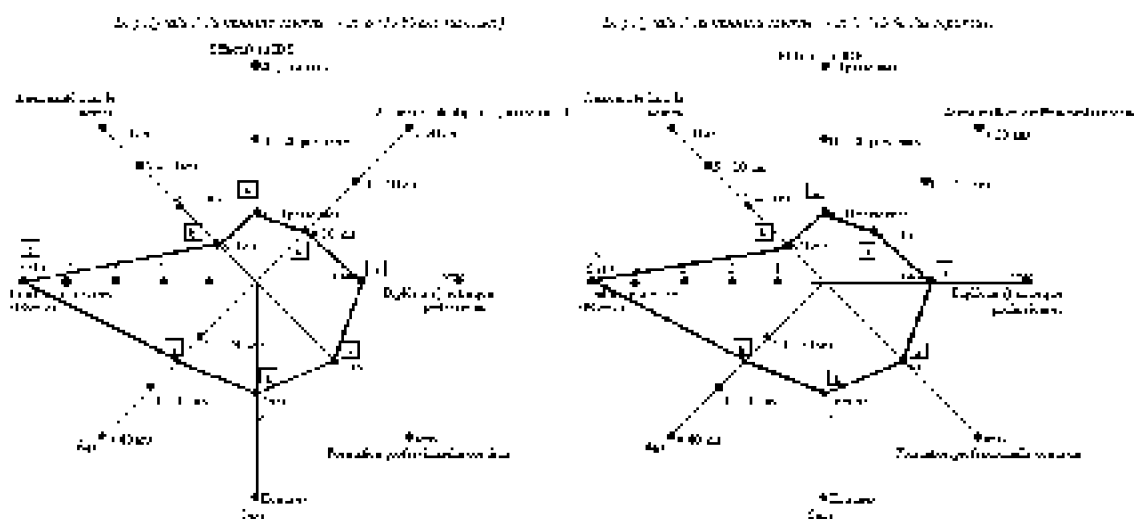
Cette cartographie a pour objet de visualiser les profils des infirmières, selon leur appartenance aux différents cas de polyvalence pré-établis et selon huit critères liés à l'histoire de la personne : sexe, âge, nombre de services effectués, ancienneté dans le dernier service, effectif du dernier service, ancienneté du diplôme professionnel, possession d'un diplôme autre que professionnel et participation à des actions de formation continue.

#### **Existe-t-il un profil type lié à la classe de polyvalence ?**

Afin d'affiner la lecture de cette cartographie, nous avons choisi de distinguer les taux de réponses de la manière suivante :

- |                               |    |
|-------------------------------|----|
| taux supérieur à 60 %         | 1. |
| taux compris entre 45 et 60 % | 2. |
| taux compris entre 30 et 45 % | 3. |
| taux inférieur à 30 %         | 4. |





Le « non polyvalent de mobilité externe » présente un profil proche du polyvalent de cas A. Ce dernier effectue des remplacements dans des unités de même domaine d'activité et de même discipline médicale. Il est fréquent que ces services de proximité dépendent du même chef de service. On note toutefois que l'ancienneté dans le dernier service est moins élevée chez le non polyvalent (< 2 ans, contre 2 à 5 ans pour son homologue de cas A).

Nous retrouvons une seconde similitude entre les polyvalents de cas B et C, ce qui pourrait signifier qu'une fois franchi le cap du remplacement de proximité, l'infirmière serait à même de changer soit de domaine d'activité, soit de discipline médicale. Ces remplaçants ont travaillé dans cinq services ou plus.

### 5.2.1.3. Incidence des différents critères sur l'exercice de la polyvalence

#### 5.2.1.3.1. Critères liés à la personne

	Polyvalence		Polyvalence indésirables			Non polyvalence
	Toutes filières	Cas A = Oui	Cas B = Oui	Cas C = Oui	Aucun cas (126)	
<b>Sexe</b>		27%	13%	15%	58%	
Femmes	92%	92%	93%	94%	92%	
Hommes	1%	1%	1%	1%	1%	
<b>Age</b>						
< 30 ans	97%	91%	98%	44%	92%	
31-40 ans	79%	75%	41%	41%	75%	
> 40 ans	14%	22%	21%	16%	25%	
<b>Ancienneté du diplôme</b>						
< 10 ans	90%	42%	59%	66%	42%	
10-20 ans	92%	31%	21%	12%	35%	
> 20 ans	18%	27%	21%	13%	15%	
<b>Nombre de services</b>						
1	1%	8%	1%	5%	14%	
2	16%	31%	19%	16%	28%	
3	20%	12%	19%	23%	21%	
4	18%	21%	31%	16%	17%	
5 et plus	13%	27%	38%	42%	21%	
<b>Ancienneté dans le service</b>						
< 3 ans	77%	27%	47%	11%	17%	
3-5 ans	16%	32%	17%	19%	27%	
5-10 ans	20%	22%	21%	19%	25%	
> 10 ans	17%	39%	17%	11%	17%	
<b>Effectif DDE</b>						
< 10 personnes	13%	51%	39%	39%	45%	
10-20 personnes	77%	75%	14%	55%	44%	
> 20 personnes	10%	8%	17%	16%	9%	
<b>Formation professionnelle</b>						
Avec DDE	88%	27%	21%	28%	27%	
Sans DDE	12%	81%	79%	72%	67%	
<b>Diplôme post-bac autre que le DE</b>						
Avec diplôme	10%	14%	21%	10%	8%	
Sans diplôme	90%	85%	79%	88%	91%	

Ce tableau, tous établissements confondus, donne bien les grandes tendances, CHU et CHG ne présentant pas de différences significatives. **L'âge ne semble pas constituer un facteur influençant la mobilité.** Les pourcentages par tranche d'âge se retrouvent dans toutes les configurations, avec un taux néanmoins plus faible pour ceux excédant 40 ans. Il faut noter, en revanche, que pour les cas de remplacements B et C, faisant appel à un changement de discipline médicale ou de domaine d'activité, **une moindre ancienneté du diplôme pourrait être un facteur favorisant** (59 % et 66 % des infirmières ont leur diplôme depuis moins de 10 ans). On relève par ailleurs **que le nombre de services effectués est plus élevé. Une expérience diversifiée**, même courte, **favoriserait ainsi les remplacements sur des secteurs d'activité** différents de celle pratiquée au quotidien. On peut toutefois s'interroger sur le nombre de services effectués en moins de dix ans (4 voire 5). Est-ce dû au fait que la jeune diplômée « testerait » plusieurs services avant de « se poser » plus longtemps, soit dans un objectif de choix optimal, soit dans un objectif de professionnalisation rapide, pour faire face à la complexité et aux aléas du métier ?

Les services ayant des effectifs en infirmières inférieurs à 10 personnes sont les plus nombreux, et ce, plus particulièrement en CHG (64 % des cas). Ils font l'objet de remplacements fréquents, quelques soient les cas.

**La formation professionnelle demeure largement sous-utilisée** pour un métier en perpétuelle évolution. Seules 28 % en moyenne des infirmières ont suivi une ou plusieurs formations professionnelles.

**L'exploitation de ces formations est globalement positive.**

### **5.2.1.3.2. Critères liés à la gestion des ressources humaines**

**Premier axe : contenu du travail et sa répartition**

#### **Fréquence de pratique des différents types de soins**

**Les mêmes tendances s'observent en CHU et CHG, en ce qui concerne les pratiques de polyvalence intraservice.**

#### **Toutes (219 fiches) / dans le service**

<b>Fréquence de pratique des différents types de soins</b>	<b>Rarement</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Très souvent</b>
Base	6%	10%	25%	60%
Techniques	0%	4%	22%	73%
Relationnels	0%	6%	29%	65%
Educatifs	9%	25%	33%	33%

On relève, en revanche, des différences entre CHU et CHG, lorsque les soins sont pratiqués dans des services externes.

En CHU, la fréquence des soins que l'on pratique très souvent dans son service, quelle que soit leur nature, baisse lors des remplacements.

Cette baisse n'est pas systématique en CHG, en l'occurrence, sur les soins de base et soins techniques. Il pourrait y avoir un lien avec la technicisation accrue des services en centre hospitalo-universitaire.

Les CHG sont, en effet, plus généralistes ce qui tend à homogénéiser les pratiques de soins. Les CHU, de par leur mission d'enseignement et de recherche, ont des services très spécialisés, dotés de technologies de pointe complexes et évolutives. L'activité de soins s'en trouve complexifiée et surtout diversifiée. A titre d'exemple, les traitements lourds en cancérologie, les greffes ne se pratiqueront pas en CHG.

#### **Niveau de connaissances et savoir-faire requis pour les différents types de**



## soins

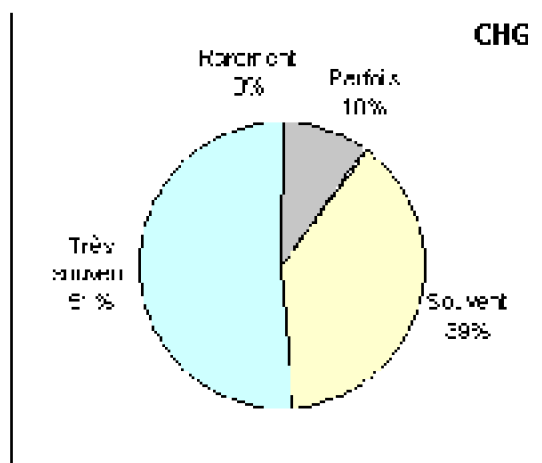
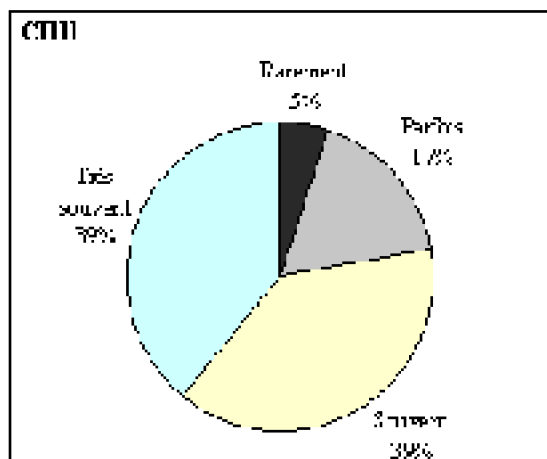
Tous établissements confondus, on remarque que **les différents types de soins sont jugés diversifiés tant en intra qu'en interservices**. Cependant, leur complexité et leur degré d'enrichissement semblent moindres lors des remplacements. Cela rejoindrait l'idée que l'équipe permanente confie des tâches plus aisées aux remplaçants, d'autant plus lorsque la durée est courte. Voici les résultats du cas A, les mêmes tendances s'observant pour les B et C.

Ces types de soins sont-ils	Dans le service			Hors du service		
	Diversifiés	Complexes	Enrichissants	Diversifiés	Complexes	Enrichissants
Base	81%	81%	8%	73%	2%	12%
Techniques	64%	64%	34%	64%	20%	17%
Relationnels	41%	41%	27%	37%	15%	47%
Educatifs	37%	37%	17%	34%	14%	25%
<b>Ces types de soins nécessitent-ils</b>	<b>Connaissances techniques particulières</b>	<b>Savoir-faire particuliers</b>	<b>Expérience antérieure longue</b>	<b>Connaissances techniques particulières</b>	<b>Savoir-faire particuliers</b>	<b>Expérience antérieure longue</b>
Base	12%	4%	17%	19%	44%	10%
Techniques	34%	32%	34%	31%	33%	14%
Relationnels	7%	27%	47%	12%	42%	37%
Educatifs	42%	37%	22%	22%	44%	19%

Que l'on soit dans son service ou en remplacement, les infirmières estiment que les connaissances, les savoir-faire et l'expérience font appel aux mêmes pré-requis.

## Existence de consignes / procédures écrites et niveau d'utilisation

Existence de consignes



L'existence des consignes est un peu plus marquée en CHG. Les thèmes sur lesquels portent ces consignes sont globalement les suivants :

**protocoles de soins :**

- 
- ° préparation et surveillance du malade : prémédication, surveillance post-examen ou post-opératoire ;
- 
- ° soins thérapeutiques : ponctions diverses, pansements, traitement de la douleur, traitements anticoagulants, prélèvements, injections, gavages, sondages, etc.
- 
- ° soins éducatifs : dialysés, stomisés, diabétiques, asthmatiques, régimes alimentaires, etc.
- 
- ° soins relationnels : prise en charge psychologique du malade en lien avec sa pathologie
- 
- ° soins délégués : nursing
- 
- ° soins d'urgence : soins spécifiques à la pathologie du service, prescrits par les médecins
- 
- ° soins médicaux

**Fiches techniques portant sur :**

-

l'utilisation de matériels courants et spéciaux : chambres implantables, voies veineuses centrales ;

–

les précautions d'utilisation de certains produits médicamenteux : chimiothérapie ;

–

l'hygiène et les conduites à tenir ;

–

les examens pratiqués par les services prestataires : radiologie, laboratoires ;

–

la manutention des malades ;

–

des activités de recherche.

**Fiches de gestion, portant sur :**

–

les procédures administratives : transport des patients, décès, recueil de données, consignes aux adolescents ;

–

l'organisation du travail ;

–

les relations interservices ;

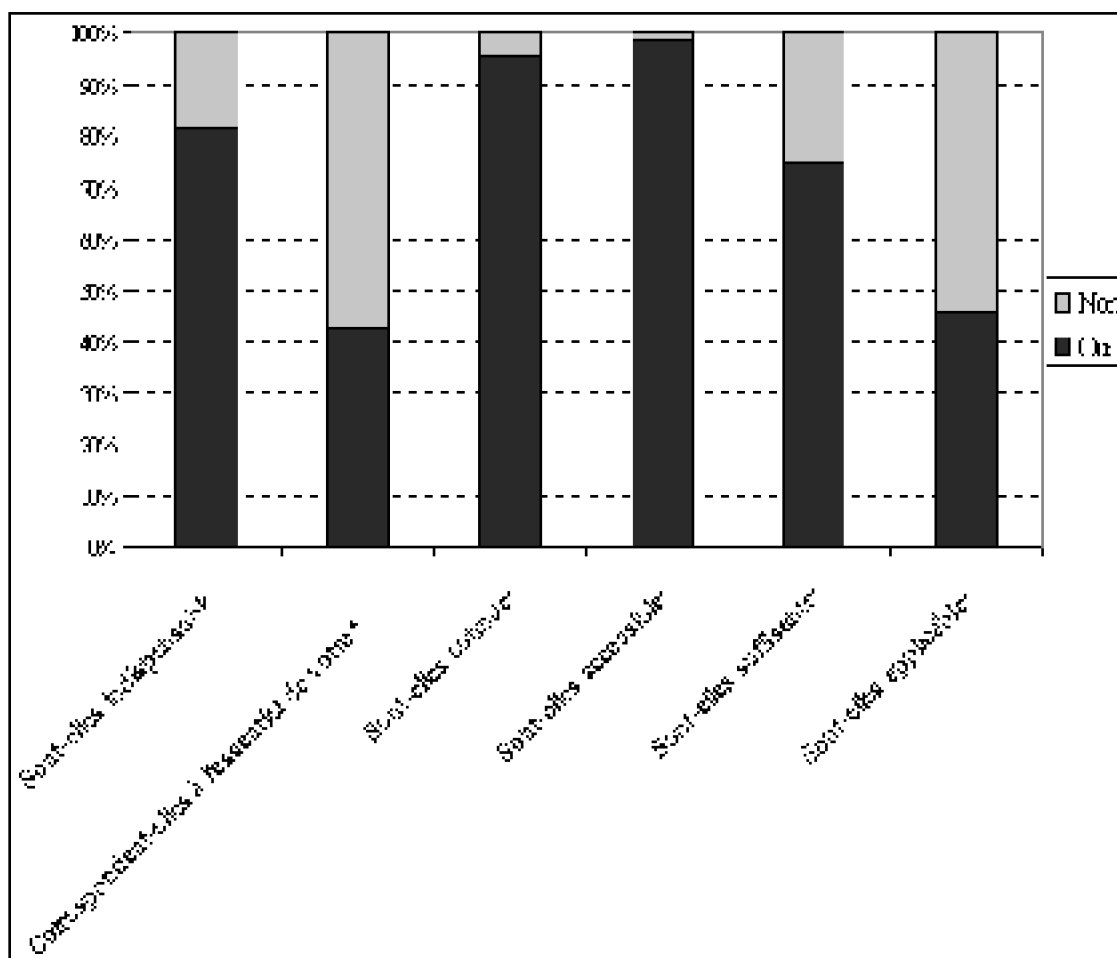
–

l'encadrement des stagiaires ;

–

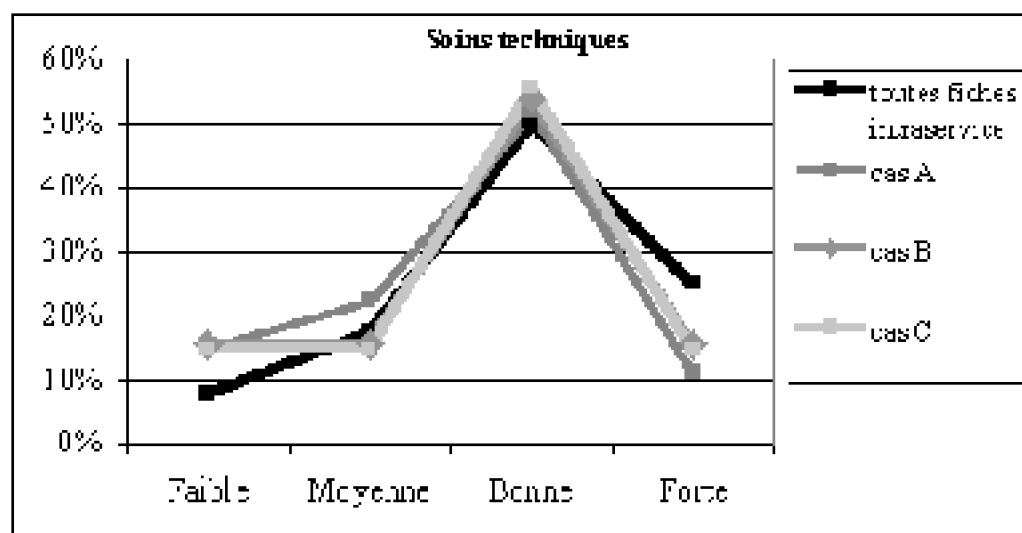
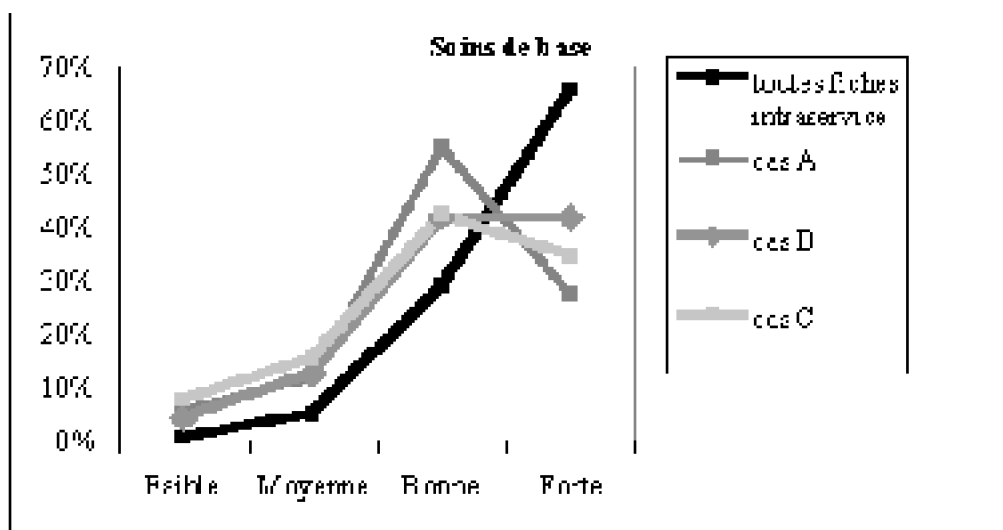
commandes de pharmacie.

Tous établissements confondus



### Marge d'initiative

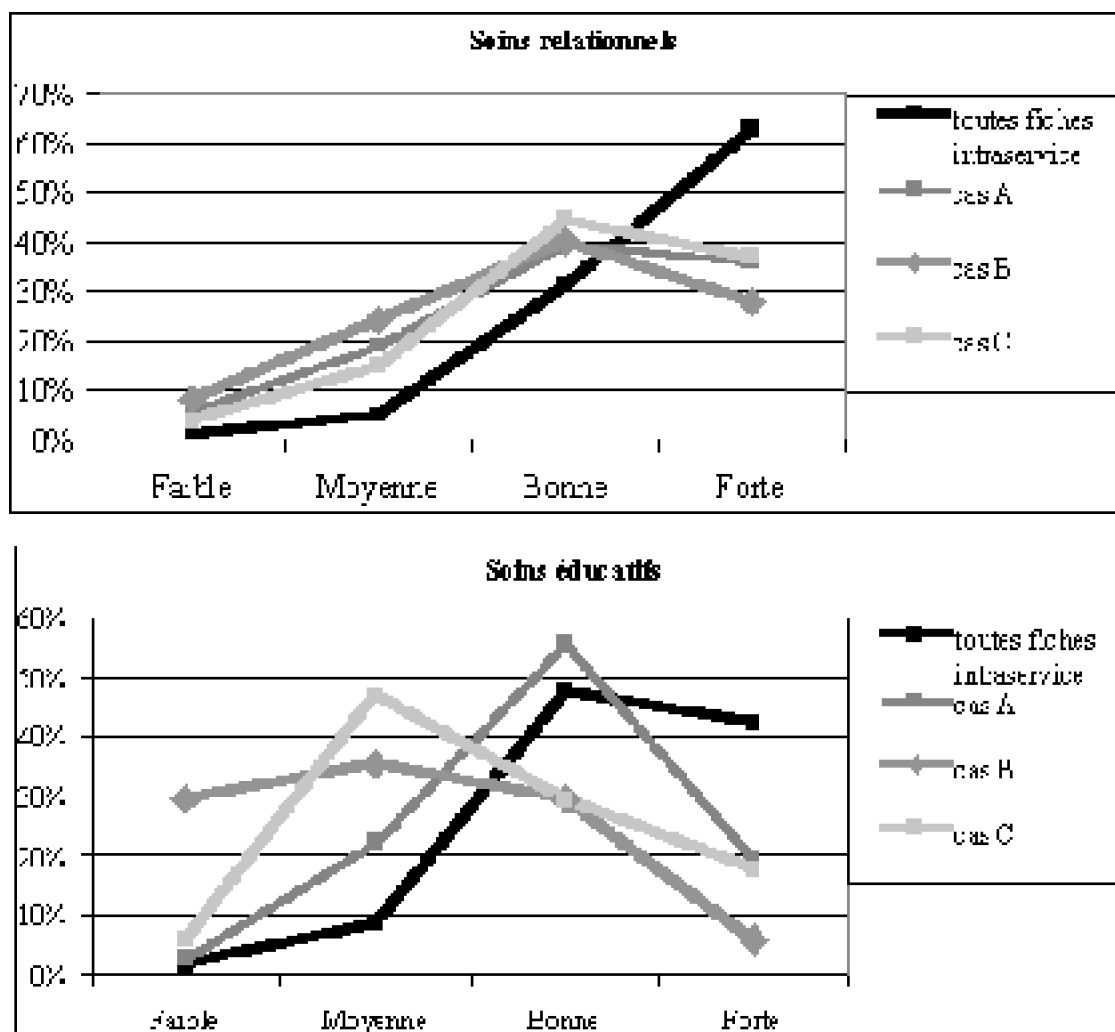
Soins de base et soins techniques :



La "forte" marge d'initiative intraservice devient "bonne" hors service, sans basculer dans les tranches "faibles" et "moyenne".

Les soins techniques font appel au même degré d'initiative, que ce soit en intraservice ou en externe. Ce sont souvent des soins prescrits, ce qui explique l'absence d'une marge d'initiative forte.

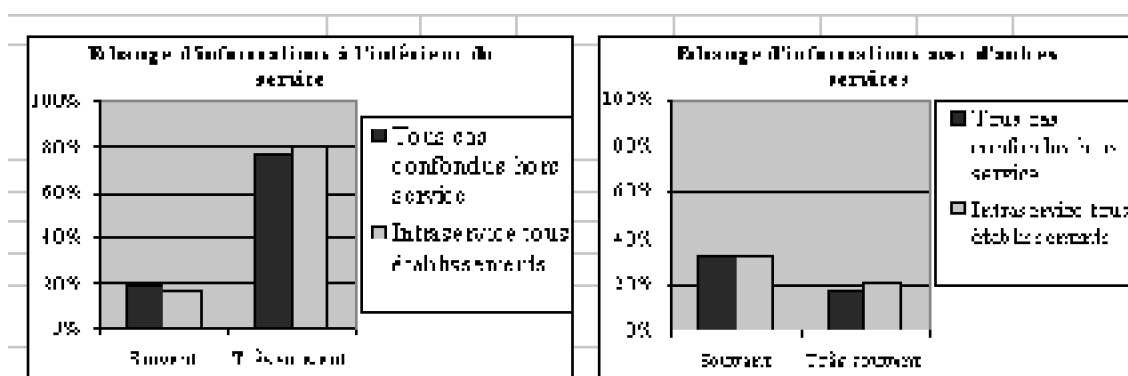
**Soins relationnels et éducatifs :**



La "forte marge d'initiative intraservice bascule, quant à elle, sur les deux tranches inférieures, à savoir "bonne" et "moyenne". Intervenir sur la relation humaine demande un minimum de connaissances de l'environnement du patient. Il n'y a pas de reproduction à l'identique d'un contexte à l'autre, d'où les difficultés rencontrées par les infirmières pour pratiquer ces soins hors service.

### Les échanges d'informations

Ils s'opèrent en très grande majorité à l'intérieur du service dans lequel on soigne le patient, que ce soit celui d'affectation ou celui de remplacement. On ne relève pas de distinction notable entre CHU et CHG.



### L'organisation d'une rotation

En intra service, CHU et CHG organisent une **rotation du personnel dans 2/3 des cas** environ. En revanche, leur rythme diffère. Il est prioritairement à la **journée en CHG**, les **CHU privilégiant un rythme à la semaine**.

		Intra service		Hors service					
		CHG	CHU	Cas A		Cas B		Cas C	
Rotation organisée	Oui	64%	69%	67%	60%	67%	50%	29%	48%
	Non	36%	31%	33%	40%	33%	50%	71%	52%
Rythme	Tout	64%	28%	64%	29%	67%	22%	100%	18%
	Semaine	19%	44%	27%	50%	0%	33%	0%	27%
	Mois	14%	24%	0%	3%	33%	33%	0%	45%
	Année	2%	4%	9%	13%	0%	11%	0%	9%

Si l'on compare les résultats selon les cas de mobilité externe, on remarque que les CHU maintiennent encore une rotation organisée pour les cas A. Elle décroît ensuite pour les cas B et C. Le rythme de semaine pour le cas A évolue vers un rythme au mois pour les suivants. Il pourrait s'agir des remplacements de congés annuels pour lesquels, compte tenu de la durée, il est plus facile d'envoyer un agent sur des services de domaine d'activité ou de discipline médicale différente. Quant aux CHG, ils maintiennent essentiellement une rotation organisée pour les cas A et B. Son rythme reste inchangé, c'est à dire à la journée.

### Remplacements de collègues

Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

		CHG	CHU
Remplacements de collègues dans le service	Rarement	16%	20%
	Parfois	40%	33%
	Souvent	30%	27%
	Très souvent	14%	15%

On observe **une similitude de fonctionnement** entre CHU et CHG **pour les remplacements internes**.

			CHG			CHU		
			Cas A	Cas B	Cas C	Cas A	Cas B	Cas C
Remplacements hors du service	Sur des activités	Habituelles	83%	83%	43%	87%	77%	43%
	Avec horaires	Identiques	69%	43%	50%	64%	93%	62%
		D'absentéisme	50%	50%	44%	45%	47%	43%
	Pour un motif	De congés	28%	50%	33%	42%	32%	28%
		De formation	6%	0%	0%	5%	0%	0%
	Sans forme	Impromptu	44%	43%	50%	44%	41%	47%
		Programmés	46%	48%	50%	52%	41%	47%

Ils s'effectuent sur des activités habituelles (90% des réponses), le plus souvent avec changement d'horaire (environ 80% des réponses), et sont programmés dans 48% des cas en CHU contre 33% en CHG. L'absentéisme en est le premier facteur déclenchant (68%) devant les congés (45%). Dans 43% des cas, l'équipe sollicite les collègues pour le remplacement, l'administration (la Direction des soins infirmiers et/ou la Direction de l'établissement) n'intervenant que dans 4% des cas

Lorsqu'il s'agit des cas de **mobilité externe**, les conditions ne sont pas les mêmes :

Les **remplacements**, tous établissements confondus, **de cas A**, dits « de proximité » (même domaine d'activité, même discipline médicale), **se font sur des activités habituelles**, car elles sont similaires globalement à celles du service d'origine. Les **remplacements de cas B** présentent, en revanche, une disparité entre CHU et CHG. Le changement de discipline médicale, au sein d'un même domaine, n'implique quasiment **pas de changement d'activité en CHU** (77% d'activité habituelles), **contrairement aux**



**CHG** (33% des activités habituelles seulement). La polyvalence de mobilité externe, étant moins spontanée en CHU, il est possible que les équipes d'accueil favorisent l'intégration des remplaçants en leur confiant prioritairement des activités réalisées habituellement ?

Les infirmières de CHG, plus "rodées" à la polyvalence, sont peut-être moins réticentes à remplacer sur des activités inhabituelles.

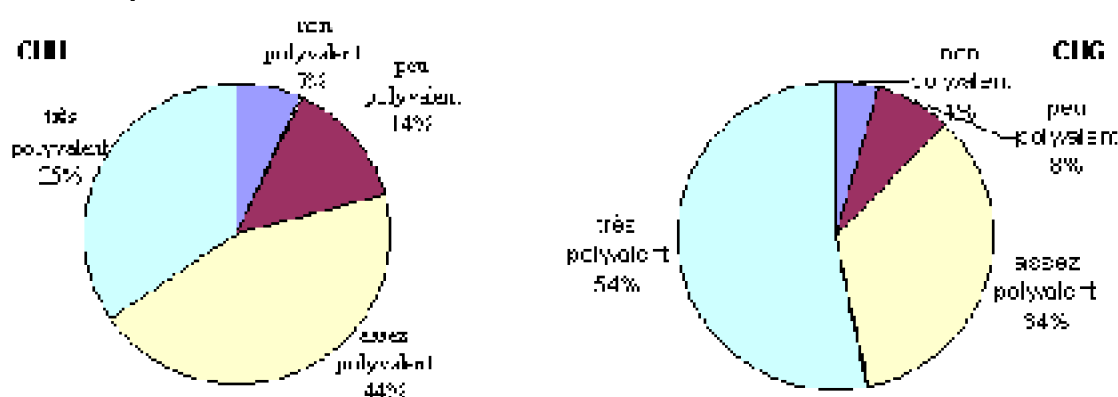
Les **remplacements de cas C** se font globalement sur des activités différentes, et ce pour les deux types d'établissements.

**Absentéisme et congés déclenchent**, à parts relativement égales, **les trois cas de remplacement**.

## Deuxième axe : degré de polyvalence perçue et souhaitée

### Mise en corrélation de la polyvalence perçue et souhaitée

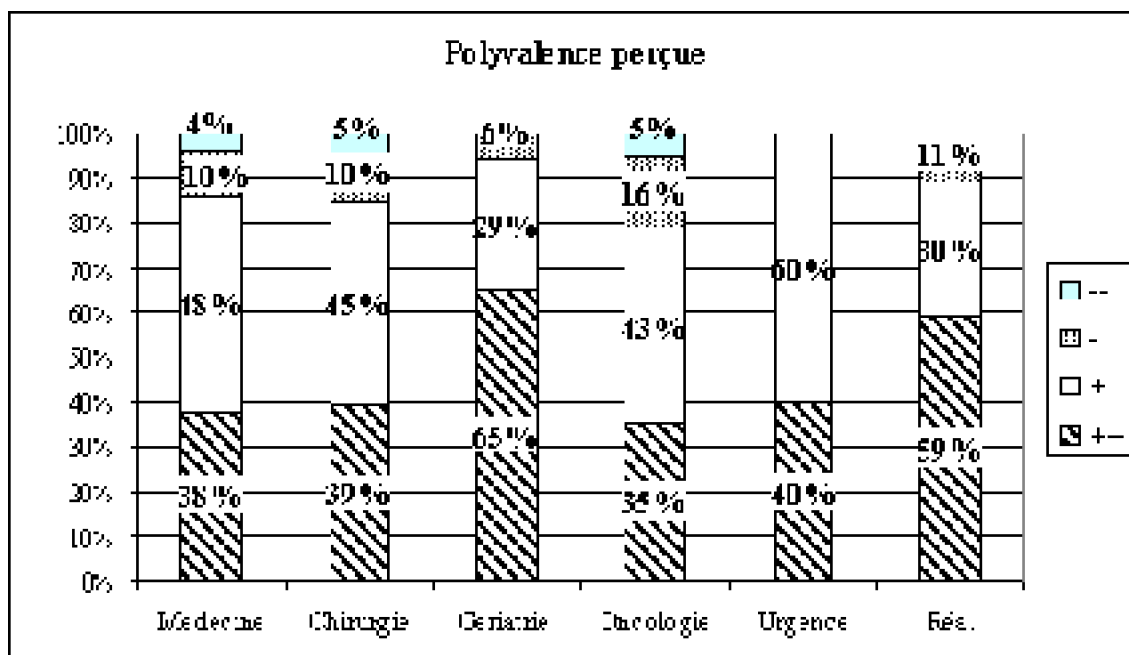
Le degré de polyvalence perçue par les infirmières d'unités de soins est majoritairement positif.



<b>Polyvalence souhaitée</b>	Moins	Aussi	Plus	<i>Effectif</i>
Perception --	25%	63%	13%	8
Perception -	5%	52%	43%	21
Perception +	13%	64%	23%	87
Perception ++	33%	62%	5%	82

Les souhaits, tous établissements confondus, sont globalement de conserver le niveau actuel de polyvalence ou bien de l'accroître. Ce sont plutôt **celles qui s'estiment non polyvalentes ou au contraire très polyvalentes qui émettent un souhait vers moins de polyvalence** : les unes sans doute par crainte de l'inconnu, les autres peut-être, par surcharge psychique et/ou physique d'une polyvalence importante, difficile à assumer.

### La polyvalence perçue par domaine d'activité comporte quelques variantes



**Les infirmières de médecine, chirurgie et oncologie** ont une perception proche de leur degré de polyvalence, c'est à dire partagée entre « assez » et « très » polyvalente.

**Les infirmières de gériatrie** sont quant à elles, celles qui s'estiment **les plus polyvalentes**. Il pourrait y avoir un lien avec le fait qu'elles remplacent régulièrement leurs collègues aides-soignantes absentes. La polyvalence serait, dans ce cas, plus synonyme de « glissement de fonction » que d'élargissement ou d'enrichissement des activités.

**Aucune infirmière de service d'urgence ou de réanimation ne s'estime « non polyvalente »**. Ce sont les tranches « assez » et « très polyvalente » qui dominent. Ce serait plutôt la diversité des pathologies traitées dans ces deux domaines qui expliquerait cette perception.

Par ailleurs, il ne se dégage pas de tendances particulières pour les diverses disciplines médicales.

**Les infirmières souhaitant une polyvalence supérieure estiment qu'elle procurerait** une maîtrise plus globale du métier, une meilleure vision des difficultés rencontrées sur l'hôpital (réduction du "nombrilisme"), un enrichissement professionnel et personnel (travail varié...), une ouverture d'esprit, plus d'initiatives de confiance en soi et d'autonomie. Les soins seraient de meilleure qualité et plus efficaces dans les situations d'urgence grâce, notamment, à un meilleur esprit d'équipe et à un travail moins routinier. Les possibilités de mutation seraient, par ailleurs, favorisés.

**Les infirmières réticentes à une polyvalence supérieure** estiment que la polyvalence est trop souvent synonyme d'absentéisme et qu'à ce titre, elle est source de stress lors des remplacements inopinés de courte durée et déstabilisante du fait des difficultés à intégrer brutalement une équipe nouvelle. La formation technique leur semble insuffisante, ce qui pose un problème en termes de compétences. De leur point de vue, trop de diversité nuit à l'efficacité du travail, à la qualité des soins, la moindre

connaissance du patient étant dommageable pour la personnalisation des soins.

La polyvalence ne conférerait aucune reconnaissance, eu égard aux efforts fournis, au rythme de travail difficile à tenir, aux impacts de la mobilité improvisée sur la vie privée. Le glissement de tâches serait également à craindre (IDE -- > ASD). Pour quelques unes, l'âge freinerait l'adaptation à une organisation trop polyvalente.

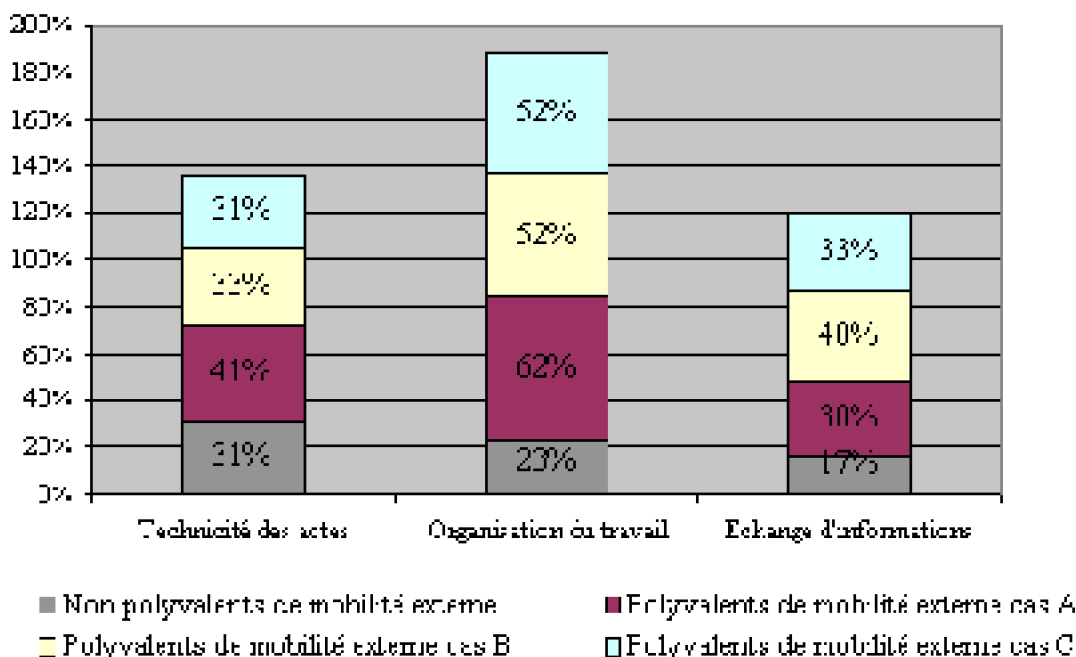
### Troisième axe : les freins et facteurs favorisant la polyvalence

Les infirmières ont eu à estimer si la technicité des gestes pratiqués, l'organisation du travail ainsi que les échanges d'informations constitueraient des freins ou des facteurs favorisant la polyvalence, selon quatre niveaux d'appréciation :

freins : -- et -

facteurs favorisants : + et ++

**Freins à la polyvalence - et - tous établissements confondus**



**La technicité des gestes** à réaliser ne constituerait pas, contrairement à certaines idées reçues, le principal frein de la polyvalence de mobilité externe. Ce frein existe, mais il l'est tant en intraservice qu'à l'extérieur du service.

**L'organisation du travail** constitue, quant à elle, **le frein dominant de la polyvalence de mobilité externe**. C'est la méconnaissance du fonctionnement d'un service autre que le sien qui pose problème. La perte de repères est un des facteurs de stress très souvent évoqués.

**Les échanges d'informations** se situent, en termes de freins, comme la technicité pour les remplacements hors du service d'origine. En revanche, ils n'en sont pas un pour un travail polyvalent intraservice.

Il a par ailleurs été demandé aux infirmières d'expliquer leurs réponses. En voici les principales idées-forces :

□ **Freins / facteurs favorisant relatifs à la technicité**

**Les opposantes** à la polyvalence mettent en avant l'évolution régulière des techniques de soins. Outre un tronc commun d'utilisation, leurs applications varient selon les pathologies traitées et les pratiques médicales, d'où les spécificités de service. L'adaptation aux techniques est ainsi fortement corrélée aux habitudes de service. La spécificité, la particularité du service ne permettraient pas à une infirmière occasionnelle de faire face à l'insécurité potentielle, les titulaires de poste n'ayant pas le temps de donner les informations suffisantes, du fait de la « situation de crise » provoquée par l'absentéisme.

**Les infirmières favorables** à la polyvalence estiment que les techniques sont transférables d'un service à l'autre, par le biais d'informations ou de formations adéquates. Les échanges interéquipes sur les gestes techniques sont très enrichissants sur le plan professionnel. Le travail en binôme infirmier permet aussi la réalisation des gestes dans des conditions optimales de sécurité et un gain de temps par patient.

Il existe un grand éventail de soins techniques communs permettant les échanges interservices. Les réelles spécificités techniques sont numériquement faibles et peuvent être pratiquées par les titulaires de poste en cas de situation difficile dans le service, les remplaçants se focalisant sur les soins techniques communs, largement majoritaires.

□ **Freins / facteurs favorisant relatifs à l'organisation du travail**

La polyvalence conçue comme un mode d'exercice professionnalisant, dans un objectif de qualité des soins et de globalité de la prestation fournie au client, exige un travail pluridisciplinaire interéquipes. La vision « structure de soins hospitalier » doit primer sur la vision « service » et ainsi inscrire les soignants dans une logique institutionnelle de soins.

L'absence d'une organisation du travail homogène dans les différents services constitue le principal écueil à la polyvalence.

**Hétérogénéité dans l'organisation des soins** : il n'existe pas ou peu de logique commune : les protocoles sont rarement uniformisés. Le mode de planification des soins varie d'un service à l'autre.

**Hétérogénéité dans la gestion des soins** : les classements des dossiers sont trop

souvent différents. Le remplaçant passe beaucoup de temps à rechercher les dossiers nécessaires à la pratique des soins. La tenue même du dossier individuel de soins comporte des distinctions entre services.

**Hétérogénéité dans la gestion du matériel et des produits** : les commandes ne sont pas faites de la même façon, par les mêmes professionnels et dans la même logique temporelle.

**Hétérogénéité des roulements** : les tranches horaires sont fréquemment différentes d'un service à l'autre (tranches de 6, 7, 8, 9 ou 10 heures par exemple). Les remplacements occasionnent donc souvent un changement de rythme horaire et, de ce fait, une perturbation du cycle de vie familial. Une pratique homogène des roulements favoriserait les échanges sur les mêmes horaires et réduirait la réticence au remplacement, avec probablement, une arrivée plus sereine dans le nouveau service.

**Hétérogénéité des demandes de remplacement** : certains services sont plus prompts à demander de l'aide que d'autres. Les infirmières souhaitent que les demandes soient réellement corrélées à une surcharge de travail de l'équipe dite en difficulté. En effet, elles ont parfois le sentiment de faire des remplacements injustifiés. A savoir que la plupart d'entre elles estiment être « plus sollicitées » qu'elles ne sollicitent elles-mêmes les services voisins ! Les conditions souvent délicates de ces déplacements semblent augmenter leur subjectivité en la matière.

Une participation plus active de leur part à l'organisation de la prise en charge globale du patient favoriserait le décloisonnement interservices.

D'ailleurs, les groupes de travail interéquipes prennent de l'importance dans les structures hospitalières actuelles. Ils ont souvent comme mission de réfléchir à la mise en oeuvre de nouveaux projets de soins (prise en charge de la douleur par exemple). Ils témoignent de cette vision plus institutionnelle des soins à l'hôpital, et de la recherche d'efficacité collective des soignants.

#### **Freins / facteurs favorisant relatifs aux échanges d'informations**

Les échanges d'informations ont été jugés satisfaisants à l'intérieur du service. Trop d'informations, toutefois, noient l'essentiel : les relèves doivent faire l'objet de transmissions bien ciblées. Les principaux manques évoqués sont les suivants :

manque d'informations entre l'équipe médicale et paramédicale,

manque de transmissions entre paramédicaux,

difficultés à préciser et prioriser les informations nécessaires à la continuité des soins.

Bien que non dominante, l'insuffisance d'échanges constitue un frein certain, dans le cadre des remplacements interservices. Lorsqu'ils sont de très courte durée, c'est à dire de l'ordre de la journée, le remplaçant arrive en catastrophe, l'équipe titulaire est surchargée et donne les informations minimales à la continuité des soins, et ce, dans un climat tendu d'urgences. Ces informations minimales concernent le patient et sa pathologie. Elles ne suffisent pas pour exercer dans la sérénité. C'est pourquoi les informations d'ordre organisationnel pourraient être données par anticipation aux remplaçants potentiels en dehors des situations de crise.

Ces différents freins interpellent le mode de management des cadres de proximité. Un travail en collaboration avec leurs équipes peut en lever un grand nombre.

### **Quatrième axe : polyvalence, sémantique et intérêt**

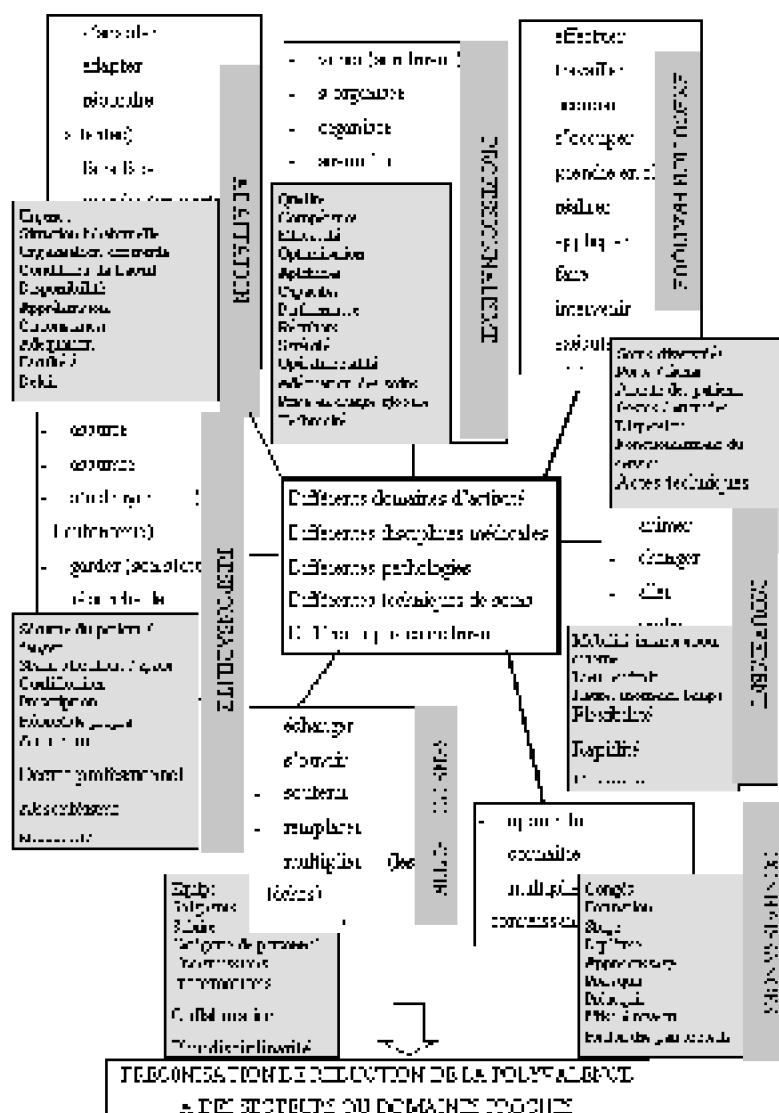
#### **□ Les définitions de la polyvalence**

Cette question ouverte a été renseignée par l'ensemble des infirmières, sans exception. Afin d'appréhender de façon synthétique, les grandes tendances qui s'en dégagent, nous avons extrait des réponses les principales idées-clés et mots-clés.

#### **□ Les principales idées-clés**



Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.



Il faut noter que ces termes, utilisés par la quasi majorité des infirmières, donnent aux définitions proposées un sens globalement positif de la polyvalence. Son champ reste cependant à circonscrire pour maintenir la qualité et la sécurité des soins prodigués. Quatre personnes seulement sur 219 en ont donné une traduction d'emblée négative :

« Etre un **pion** sur l'échiquier (1 personne)

Avoir des connaissances théoriques et techniques permettant d'être compétent dans tous les domaines est **irréaliste** et **irréalisable**. Ce serait **présomptueux** et **prétentieux** de penser l'être (1 personne)

Perte d'intérêt professionnel, à plus ou moins long terme, du fait de la **dispersion** occasionnée (1 personne).



Faire tout et n'importe **quoi** (1 personne) ».

□ **Avantages de la polyvalence**

Quatre thèmes se dégagent des réponses aux questionnaires. Ils font l'objet d'une pondération selon la critériologie suivante :

**++** très souvent

**+** souvent

**-** parfois

**--** rarement

Les infirmières considèrent que la polyvalence présente des avantages lorsqu'elle est pratiquée intraservice mais aussi interservices, à condition qu'il y ait une limitation numérique des secteurs d'intervention.

<b>Enrichissement professionnel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- accomplissement des échanges d'informations et des réflexions sur les pratiques professionnelles</li> <li>- remise en question constructive</li> <li>- élargissement du champ de vision sur les différentes techniques de soins, les différentes formes d'organisation du travail</li> </ul>
<b>Outil d'équité (-)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- postes difficiles également pris en charge</li> <li>- meilleure répartition de la charge de travail</li> <li>- répartition des horaires de travail</li> </ul>
<b>Prévention d'insuffisance professionnelle (-)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- mise à jour régulière des connaissances dans son champ professionnel d'intervention</li> <li>- perte de connaissances due au manque de mobilité (c'est le cas des équipes fixes de nuit) évitée</li> </ul> <p>meilleure collaboration dans la coordination des soins  routines évitées  expérience source de qualité</p>
<b>Enrichissement personnel (+)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- motivation renforcée</li> <li>- capacités d'adaptation stimulées</li> <li>- travail valorisant</li> <li>- polyvalence interservices bien circonscrite et maîtrisée, développe la confiance en soi et l'assurance</li> <li>- reconnaissance professionnelle</li> </ul>

#### □ Limites de la polyvalence

Seules les limites de la polyvalence interservices ont été relatées. Cela tendrait à confirmer que la polyvalence intraservice est intégrée et ne pose pas de questions en termes de limites.

Déqualification professionnelle (++)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- accès à la compétence professionnelle</li> <li>- méconnaissance de l'histoire des patients ce qui nuit aux soins relationnels et éducatifs</li> <li>- pas de cohésion dans le suivi des patients</li> <li>- connaissances superficielles, insuffisantes pour une bonne qualité des services</li> </ul>
Mal être personnel (+++)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'ennemi est un ennemi – elle Les rôles : fi de genre</li> <li>- stress dû à la crainte d'un éventuel problème (anxiété, angoisse, voire panique)</li> <li>- mauvaise visibilité vis-à-vis du patient, ceux de l'équipe médicale</li> <li>- peur de l'incertitude augmente les risques et baisse les capacités d'intervention en situation d'urgence</li> <li>- fatigue due à la surcharge de travail et à un emploi dénué</li> <li>- remplacement spécifique d'une journée déstabilisant</li> <li>- épuisement et déconfort personnel due à la difficulté d'organisation</li> <li>- efforts à faire sur le plan émotionnel, intellectuel et physique</li> <li>- changements d'unités inattendus nuisent à l'équilibre familial</li> </ul>
Gestion préévaluée de la polyvalence (++)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- remplacements interservices non prévus, non accompagnés (« du « copinage » ou « pointillé »</li> <li>- pas de formation et de stages en amont des décisions de remplacement</li> <li>- pas de suivi évalué des remplacements</li> <li>- pas de suivi ni sur le plan</li> <li>- manque de négociation</li> <li>- mauvais équilibre des remplacements</li> <li>- logique économico de rendre son accès d'élargissement du professionnalisme</li> <li>- pallier fin manque de personnel en déviation, mais renforce ce problème pendant longtemps</li> <li>- remplacements sporadiques d'une journée trop fréquents, source de tensions et source de dysfonctionnement</li> </ul>
Communication – Coordination – Concertation (++)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- hétérogénéité des pratiques de soins, des méthodes, des supports d'intervention, des modes d'organisation</li> <li>- équipes et leur communication peuvent être en prise avec les enjeux de la manière d'être. Les difficultés nécessaires sur leur fonctionnement de la journée</li> <li>- protocoles adaptés à jour</li> </ul>
Insécurité (++)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- difficulté de piloter les soins personnalisés nécessaires à la qualité attentive</li> <li>- manque de vision globale nuisent à une prise d'initiative éclairée</li> <li>- rendement attendu pourrait être source de genres créés</li> </ul>

Ces limites traduisent une certaine insuffisance managériale des cadres. La polyvalence interservices n'est pas assez pilotée, anticipée et négociée. Elle est ainsi mal vécue par les infirmières qui pourtant, n'en réfutent pas l'idée, mais à condition de l'organiser.

#### Propositions de mise en oeuvre de la polyvalence par les infirmières

Ces propositions, certaines très précises, traduisent le souhait de participation et de collaboration des infirmières à leur propre organisation et évolution.

Polyvalence : un objectif à atteindre	Cogénération vers un autre objectif
<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ajout de services médicaux aux services de soins de première ligne (admission)</li> <li>• la création de nouveaux services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> <li>• la mise en place de services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> </ul>
Recommandations de la polyvalence	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ajout de services médicaux aux services de soins de première ligne (admission)</li> <li>• la création de nouveaux services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> <li>• la mise en place de services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> </ul>
Communication / Coordination / Partenariat	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ajout de services médicaux aux services de soins de première ligne (admission)</li> <li>• la création de nouveaux services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> <li>• la mise en place de services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> </ul>
Formalités	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ajout de services médicaux aux services de soins de première ligne (admission)</li> <li>• la création de nouveaux services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> <li>• la mise en place de services de soins de première ligne (admission) dans les unités polyvalentes existantes (exemple : médecine d'urgence, médecine de soins primaires)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> <li>• l'évaluation de la polyvalence dans les unités de soins de première ligne (admission) de manière à ce que la polyvalence soit la plus efficace possible</li> </ul>

#### 5.2.1.4. Polyvalence au sein d'une même unité de soins : convergences ou divergences de points de vue

Les résultats, qui viennent d'être présentés, montrent la diversité des points de vue relatifs à la polyvalence, qu'ils portent sur sa nature, ses modes d'exercice, ses avantages, ses limites... **Il nous a ainsi semblé intéressant de repérer si cette diversité se constatait au sein d'une même unité de soins.** Les conditions d'exercice professionnel étant les mêmes (même organisation, mêmes pathologies, même organigramme...), on pourrait penser, par exemple, que le niveau de polyvalence perçue au sein de l'unité soit identique d'un individu à l'autre. Dans le cas contraire, cela renforcerait l'idée que le seul fait de promouvoir la polyvalence, sans la définir précisément, induit des interprétations différentes, donc une mise en oeuvre difficile.

Pour ce faire, nous avons choisi de relater quatre cas d'unités de soins (2 unités de CHU et 2 unités de CHG)<sup>176</sup>, ce qui permettra d'observer les convergences et/ou

divergences de points de vue au sein d'une même équipe de travail, à propos de la fréquence de pratique des différents types de soins, de leur degré de complexité, des savoirs qu'ils nécessitent, de la marge d'initiative dans le travail et enfin des freins et facteurs favorisant la polyvalence.

□ **Le cas de cinq infirmier(e)s d'un service d'oncologie, d'hématologie (CHU)**

		effectif
Ancienneté dans le service	< ; 2 ans	3
	2-5 ans	2
Nombre de services	2	1
	3	1
	4	1
	5 et plus	2
Age	< ; 30 ans	2
	31-40 ans	3
Sexe	Femmes	3
	Hommes	2
Ancienneté du diplôme	< ;10 ans	5
Effectif IDE	10-20 personnes	5

Fréquence de pratique des différents types de soins				
	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Base		4		1
Techniques				5
Relationnels				5
Educatifs			1	4

Ces types de soins sont-ils			
	Diversifiés	Complexes	Enrichissants
Base	3		
Techniques	1	2	3
Relationnels			5
Educatifs	1		4

<sup>176</sup> voir en annexe n°21.4 deux autres cas de services (CHU et CHG)

Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

Ces types de soins nécessitent-ils			
	Des connaissances théoriques pointues	Des savoir-faire particuliers	Une expérience antérieure longue
Base	1	3	
Techniques	3	1	2
Relationnels	1	3	2
Educatifs	3	1	2

Marge d'initiative dans votre travail				
	Faible	Moyenne	Bonne	Forte
Base			2	3
Techniques			3	2
Relationnels			2	3
Educatifs			2	3

Trois infirmier(e)s s'estiment polyvalent(e)s et souhaitent le rester. Deux s'estiment « très polyvalent(e)s » et souhaitent l'être moins.

On repère, par ailleurs, des différences de points de vue sur les freins et facteurs favorisant la polyvalence.

	Freins		Facteurs favorisant	
	--	-	+	++
Technicité		3		1
Organisation	1	2		2
Echange d'informations		2	1	1

**Le cas de six infirmières en service de chirurgie greffes (CHU)**

		effectif
Ancienneté dans le service	< ; 2 ans	2
	2-5 ans	2
	5-10 ans	1
	> ; 10 ans	1
Nombre de services	2	2
	3	1
	4	1
	5 et plus	2
Age	< ; 30 ans	3
	31-40 ans	2
	> ; 40 ans	1
Sexe	Femmes	6
Ancienneté du diplôme	< ; 10 ans	3
	10-20 ans	3
Effectif IDE	10-20 personnes	6

Fréquence de pratique des différents types de soins				
	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Base			4	2
Techniques			2	4
Relationnels		1		5
Educatifs				6

Ces types de soins sont-ils			
	Diversifiés	Complexes	Enrichissants
Base	4		
Techniques	3	2	1
Relationnels	2	3	3
Educatifs	1	2	4

Ces types de soins nécessitent-ils			
	Des connaissances théoriques pointues	Des savoir-faire particuliers	Une expérience antérieure longue
Base		3	
Techniques	2	1	1
Relationnels	2	2	2
Educatifs	3	3	1

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

<b>Marge d'initiative dans votre travail</b>				
	Faible	Moyenne	Bonne	Forte
Base			1	5
Techniques			4	2
Relationnels				6
Educatifs				6

Une personne s'estime « peu polyvalente » et souhaite le rester

Quatre personnes s'estiment « assez polyvalentes » et souhaitent le rester (2) et l'être plus (2)

Une personne s'estime « très polyvalente » et souhaite le rester

On repère, par ailleurs, des différences de points de vue sur les freins et facteurs favorisant la polyvalence.

	Freins		Facteurs favorisant	
	--	-	+	++
Technicité		4	2	
Organisation		4	2	
Echange d'informations	2	4		

**□ Le cas de sept infirmières en service de médecine générale (CHG)**

		effectif
Ancienneté dans le service	< ; 2 ans	3
	2-5 ans	2
	5-10 ans	2
Nombre de services	2	3
	3	1
	4	2
	5 et plus	1
Age	< ; 30 ans	3
	31-40 ans	4
Sexe	Femmes	7
Ancienneté du diplôme	< ;10 ans	4
	10-20 ans	3
Effectif IDE	< ; 10 personnes	7



Fréquence de pratique des différents types de soins				
	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Base	1		1	5
Techniques			1	6
Relationnels			5	2
Educatifs		4	3	

Ces types de soins sont-ils			
	Diversifiés	Complexes	Enrichissants
Base	6	1	
Techniques	3	1	5
Relationnels	2	2	6
Educatifs	3	3	3

Ces types de soins nécessitent-ils			
	Des connaissances théoriques pointues	Des savoir-faire particuliers	Une expérience antérieure longue
Base	1	4	2
Techniques	6	2	1
Relationnels		4	4
Educatifs	6	3	2

Marge d'initiative dans votre travail				
	Faible	Moyenne	Bonne	Forte
Base			1	5
Techniques		3	1	3
Relationnels		1	1	5
Educatifs		3	2	2

Quatre personnes s'estiment « assez polyvalentes » et souhaitent le rester (1), l'être moins (1), l'être plus (2)

Trois personnes s'estiment « très polyvalentes » et souhaitent le rester (2) et l'être plus (1)

On repère, par ailleurs, des différences de points de vue sur les freins et facteurs favorisant la polyvalence.

Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

	Freins		Facteurs favorisant	
	--	-	+	++
Technicité	1		1	5
Organisation		1	2	4
Echange d'informations		1	2	4

Le cas de cinq infirmier(e)s d'un service de réanimation polyvalente (CHG)

		effectif
Ancienneté dans le service	< ; 2 ans	2
	2-5 ans	3
Nombre de services	1	1
	2	2
	3	2
Age	< ; 30 ans	4
	31-40 ans	1
Sexe	Femmes	3
	Hommes	1
Ancienneté du diplôme	< ;10 ans	5
Effectif IDE	10-20 personnes	5

Fréquence de pratique des différents types de soins				
	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Base				5
Techniques				5
Relationnels	1	2	2	
Educatifs	4	1		

Ces types de soins sont-ils			
	Diversifiés	Complexes	Enrichissants
Base	5	1	1
Techniques	3	2	2
Relationnels	1	1	2
Educatifs	1		1

Ces types de soins nécessitent-ils			
	Des connaissances théoriques pointues	Des savoir-faire particuliers	Une expérience antérieure longue
Base	1	3	1
Techniques	4	2	1
Relationnels	1	2	2
Educatifs		1	1

Marge d'initiative dans votre travail				
	Faible	Moyenne	Bonne	Forte
Base				5
Techniques			4	1
Relationnels				5
Educatifs		5		

Les cinq infirmier(e)s s'estiment « très polyvalent(e)s » et souhaitent le rester (3) et l'être moins (2)

On repère, par ailleurs, des différences de points de vue sur les freins et facteurs favorisant la polyvalence.

	Freins		Facteurs favorisant	
	--	-	+	++
Technicité		1	1	3
Organisation		1	2	2
Echange d'informations			2	3

Sur l'ensemble de ces cas, on constate **qu'au sein d'un même service, les avis sont partagés, tant sur le degré de polyvalence perçue que sur les freins et facteurs la favorisant. Les représentations relatives à la polyvalence ne sont pas identiques** alors que les postes occupés par les infirmières d'un même service sont équivalents. Mettre en place une organisation polyvalente nécessite un travail de communication et d'explicitation auprès des acteurs concernés, afin d'éviter les réticences ou insatisfactions basées plus sur les représentations que sur la réalité.

En effet, que veut dire « être moins polyvalente » ou, à contrario, « être plus polyvalente » ? Moins ou plus par rapport à quoi ? à quel point zéro ?

Il appartient ainsi au cadre de déterminer le champ précis des activités du service, en collaboration avec son équipe, de façon à ce que chacun soit co-acteur du processus de prise en charge des soins et ce, sur les plans de la technique, de l'organisation et de la communication.

### 5.2.2. Les infirmières de pool<sup>177</sup>

Il nous a également semblé intéressant de recueillir l'avis des infirmières de pool, c'est à dire des infirmières destinées à faire des remplacements en fonction des besoins des services. Deux cas peuvent se présenter :

**Premier cas Elles ne sont pas affectées à un service en particulier**, mais à un secteur comportant plusieurs services, regroupés soit par domaine d'activité, soit par discipline médicale, les deux pouvant coexister.

**Deuxième cas L'infirmière est affectée à un service**, dans lequel elle travaille la grande majorité du temps, mais elle appartient parallèlement à une équipe de volontaires pour faire des remplacements hors du service. Dans certains hôpitaux, on appelle cette organisation « le volant de sécurité ». Ce système de « pool » ou « volant de sécurité » semble être plus spécifique aux CHU, les CHG n'ayant fourni que 10% des réponses globales.

Les données, qui suivent, proviennent du dépouillement des **51 questionnaires** retournés par les infirmières de pool.

#### 5.2.2.1. Les cas de remplacement

	Toutes (51 fiches)		
Domaines	Cas A	Cas B	Cas C
Médecine	40%	45%	78%
Chirurgie	39%	42%	85%
Gériatrie	44%	56%	89%
Oncologie	30%	40%	70%
Urgence	30%	50%	30%
Bloc	33%	33%	83%
Réanimation	20%	20%	100%
Autres	40%	80%	40%

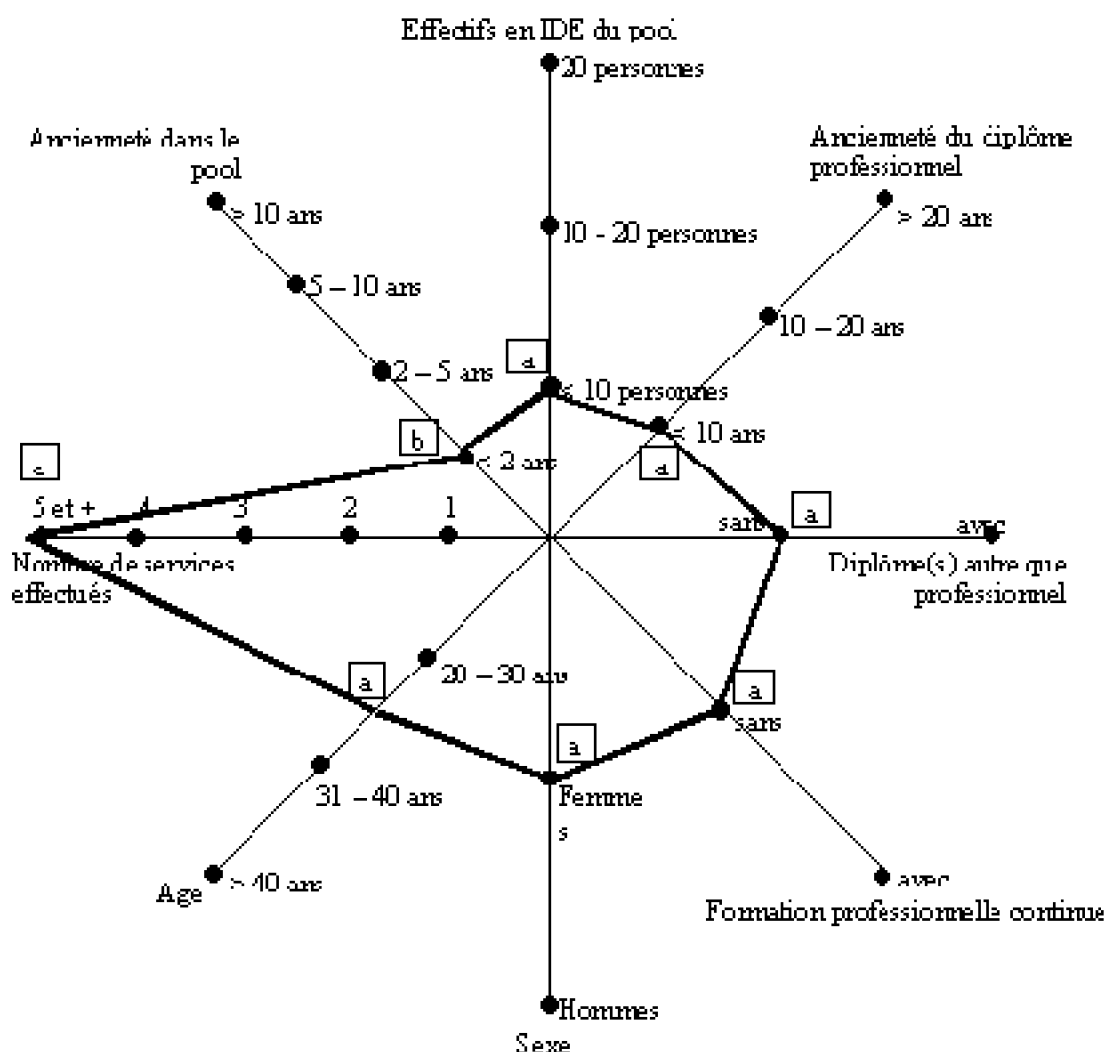
On note que **ce personnel**, dont la mission consiste à exercer son activité de soins au sein de services différents, **fait prioritairement des remplacements de cas C, soit 78%** en moyenne des situations. Il semble donc particulièrement apte à passer d'un domaine à un autre, c'est à dire de « naviguer » entre services de médecine, chirurgie, gériatrie, oncologie, urgences (à un degré moindre), bloc et réanimation.

<sup>177</sup> L'intégralité des résultats se trouve en annexe n° 24

**Les remplacements de cas A et B**, c'est à dire de même domaine d'activité, sans et avec changement de discipline médicale, s'opèrent quant à eux, dans **environ 50% des situations**.

Comme nous l'avons vu, ce sont surtout les infirmières d'unités de soins qui réalisent les remplacements de cas A, remplacements de proximité. Il appartient alors aux infirmières de pool d'effectuer les remplacements "les plus étendus" en termes d'activités de soins, puisqu'elles sont préparées pour cela.

### 5.2.2.2. Le profil des infirmières de pool



Il n'y a pas de profil différencié par cas de remplacement. La « **durée de vie** » professionnelle d'une infirmière en pool semble **très courte**, toutes les personnes ayant une **ancienneté dans le pool inférieure à deux années**. Tout comme leurs collègues d'unités de soins, une moitié des infirmières de pool se situe dans la tranche « 20 à 30 ans », l'autre dans la tranche « 30 à 40 ans », ce qui tend à dire que **ce ne sont pas les nouvelles diplômées qui occupent prioritairement ces postes**. L'expérience

professionnelle constituerait un prérequis. Le nombre de services effectués s'avère, bien évidemment, supérieur à cinq, les remplacements multiples étant leur raison d'être.

### 5.2.2.2.1. Incidence des critères liés à la gestion des ressources

#### humaines sur l'exercice de la polyvalence

#### Fréquence de pratiques

Fréquence de pratique des différents types de soins	Cas A				Cas B				Cas C			
	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Base	0%	10%	35%	55%	0%	11%	15%	74%	0%	12%	21%	65%
Techniques	0%	0%	30%	70%	0%	0%	25%	74%	0%	0%	33%	66%
Relationnels	0%	10%	45%	45%	0%	7%	33%	50%	3%	12%	44%	41%
Éducatifs	25%	42%	21%	11%	30%	40%	28%	12%	33%	36%	24%	6%

On constate que les soins de base et techniques sont « très souvent » pratiqués par les infirmières de pool, quel que soit le cas de remplacement. Les soins relationnels sont également bien pris en charge. En revanche, les soins éducatifs le sont moins. En effet, ces derniers demandent une présence durable dans le service pour être assurés. Ces chiffres traduisent une certaine assurance des personnels de pool, dans la mesure où **leur fréquence de pratiques avoisine celle des infirmières permanentes.**

Les infirmières de pool estiment que les différents types de soins sont très diversifiés, moyennement, voire peu complexes et très enrichissants, (notamment pour les soins techniques et relationnels).

Ce qui prédomine, c'est que ces soins nécessitent des savoir-faire particuliers que les infirmières de pool semblent relativement bien posséder, en « bougeant beaucoup ». Lorsque la mission de polyvalence de mobilité est clairement définie, on constate que les infirmières concernées apprécient leur travail, le valorisent et lui trouvent du sens et de l'intérêt.

#### □ Consignes

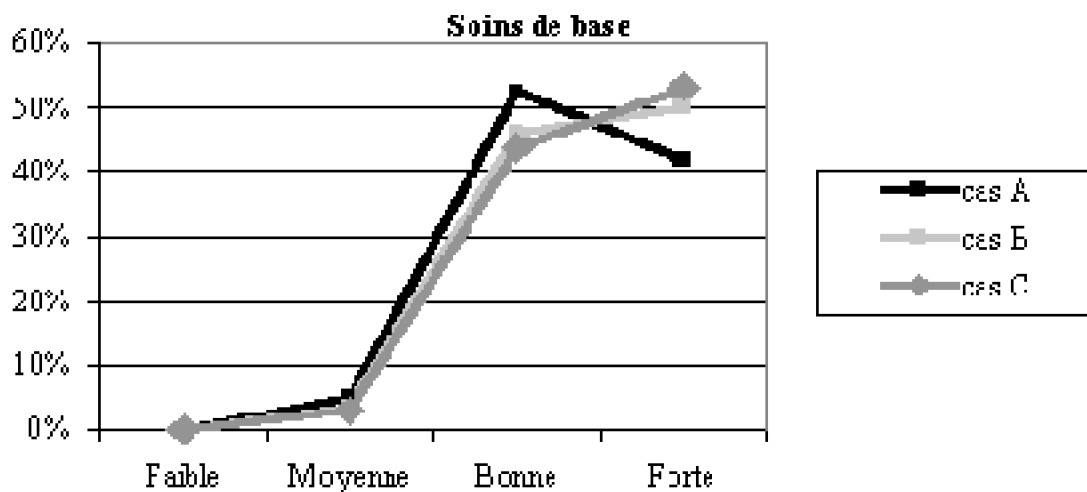
	Existence de consignes		
	Cas A	Cas B	Cas C
Rarement	3%	4%	9%
Parfois	32%	40%	41%
Souvent	37%	40%	34%
Très souvent	28%	16%	16%

En ce qui concerne **les consignes**, il existe une **disparité entre le point de vue des infirmières permanentes et celui des infirmières de pool**. Ces dernières sont moins optimistes et estiment qu'elles sont insuffisantes.

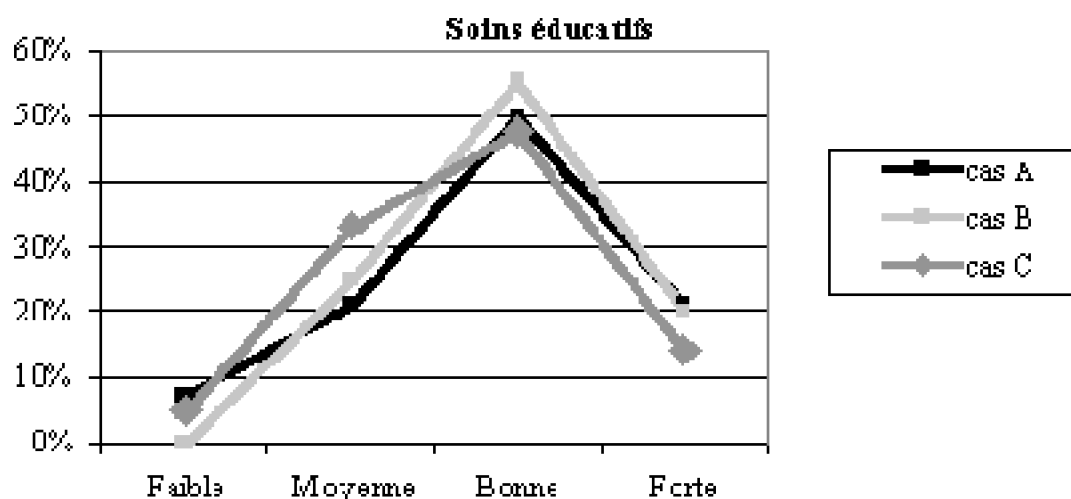
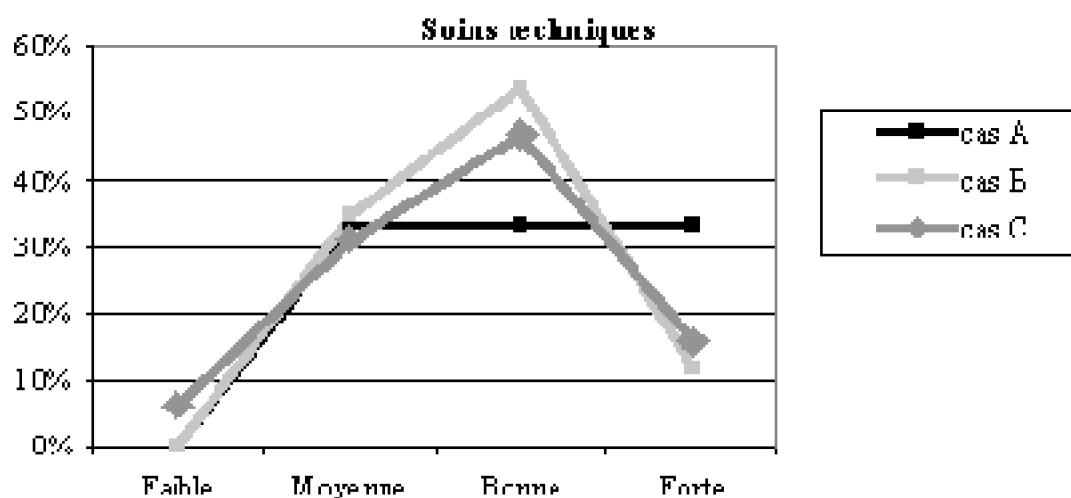
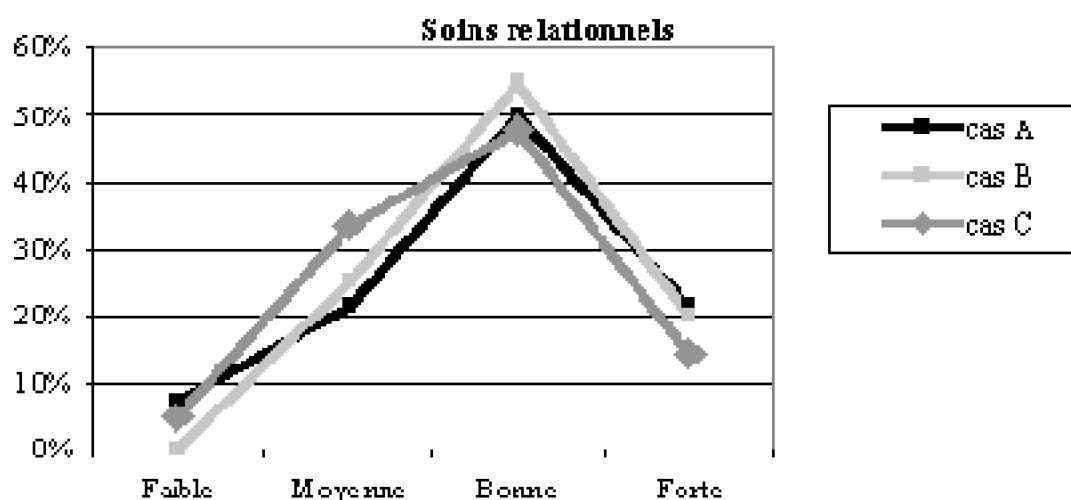
D'après les infirmières permanentes, ces consignes existent mais elles ne sont pas connues des remplaçantes. Un travail de communication reste à engager.

### Marge d'initiative

Leur **marge d'initiative** paraît tout à fait acceptable, compte tenu de l'hétérogénéité des situations qu'elles rencontrent.



Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.



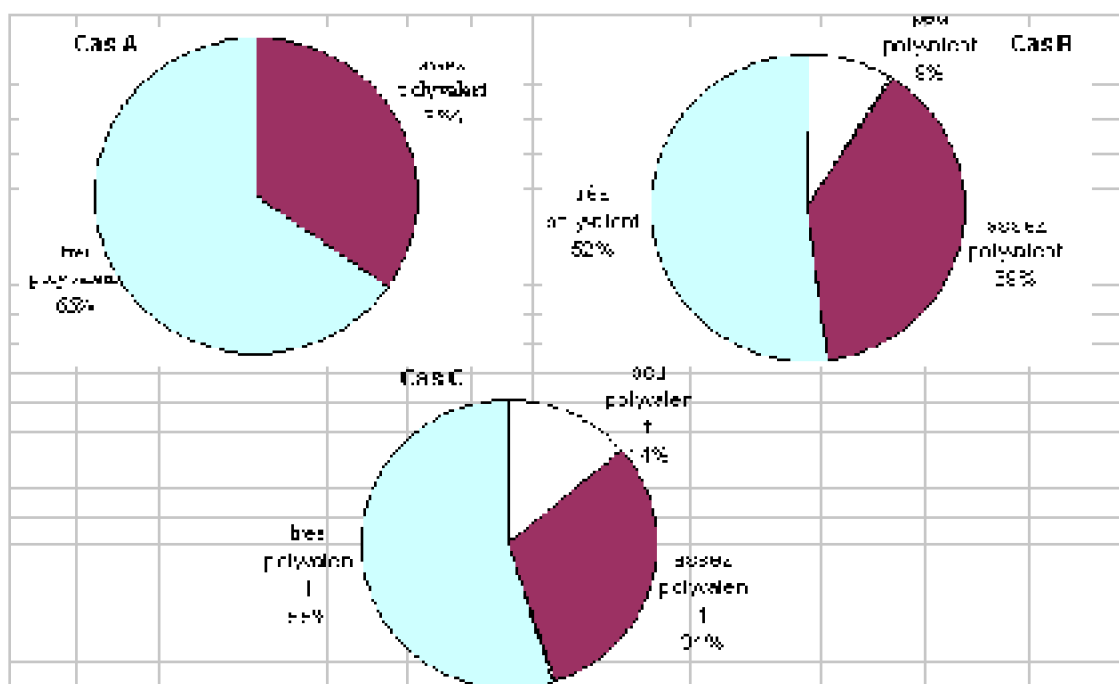
**Echanges d'informations**



Que l'on soit infirmière permanente ou infirmière de pool, les **échanges d'information** intraservice, interservices et à l'extérieur de l'hôpital demeurent dans les mêmes proportions.

### Polyvalence perçue

Le **degré de polyvalence perçue est plus fort chez les infirmières de pool**, mais varie en fonction des cas.



Aucune des infirmières de pool ne s'est considérée "non polyvalente". Certaines s'estiment cependant "peu polyvalentes". **La mobilité interservices est bien vécue comme un facteur de polyvalence.**

### □ Polyvalence souhaitée

Polyvalence souhaitée	Moins	Aussi	Plus	Effectif
Perception --				0
Perception -	33%		67%	3
Perception +	5%	41%	55%	22
Perception ++	45%	45%	9%	22

Les infirmières de pool s'estimant « assez polyvalentes » souhaitent pour une moitié conserver leur niveau actuel, pour l'autre l'accroître. Quant à celles s'estimant « très polyvalentes », la moitié souhaite le rester, l'autre l'être moins. On retrouve là les mêmes

tendances que pour les infirmières permanentes.

**Les raisons évoquées :**

Pour une polyvalence moindre, se retrouvent dans les phrases-témoins suivantes :

« Avoir plus de temps pour le suivi des patients et aussi avoir l'impression de faire partie d'une équipe ... »

« Plus il y a de services et moins les soins sont de qualité. On peut travailler plus correctement quand on découvre un service, une pathologie, une organisation et des patients... »

« A être trop polyvalent, on ne maîtrise plus la base ».

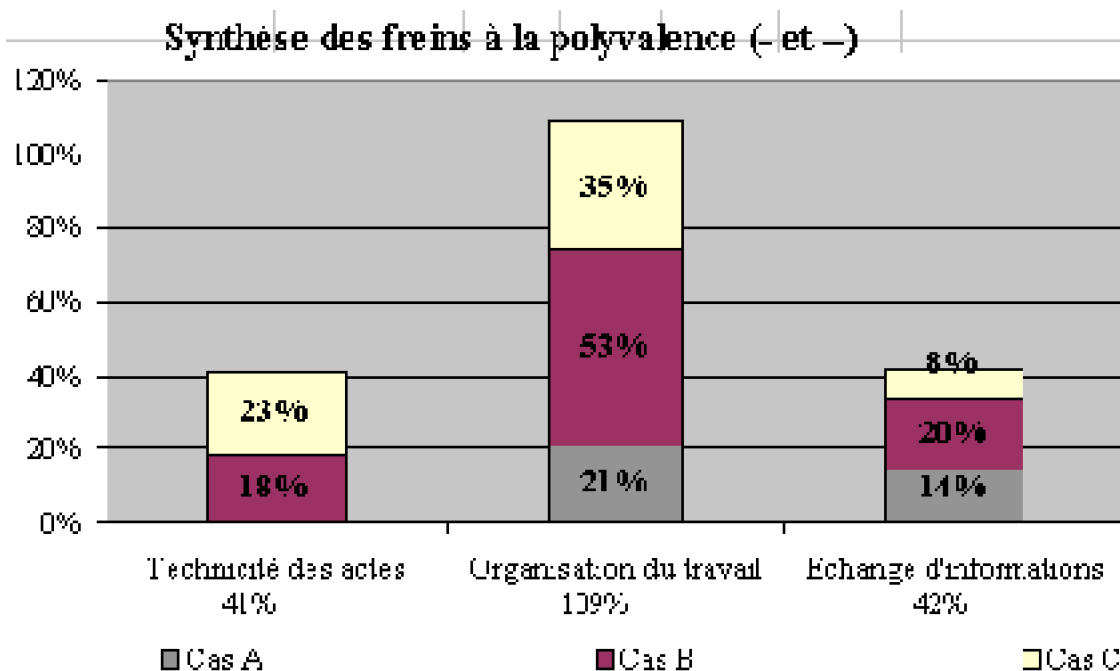
« Retrouver un équilibre de vie familiale qui serait bénéfique sur tous les plans ».

Pour une polyvalence supérieure :

« Acquérir d'autres techniques, connaître d'autres spécialités... cela permet de diminuer le stress car on est capable de faire face aux changements ou à une situation d'urgence... »

**Freins et facteurs favorisants**

Les freins et facteurs favorisant la polyvalence s'avèrent avoir des tendances similaires à celles des infirmières permanentes, mais dans des proportions bien moindres.



Ceci tendrait à dire que lorsqu'on est préparé et formé pour un exercice professionnel polyvalent, y compris avec mobilité sur un certain nombre de services, les freins ont été dépassés pour évoluer vers une bonne maîtrise du métier.

A contrario, la méconnaissance d'un milieu ponctuel de travail, par non préparation

pédagogique et psychologique, induisent réticence et mal-être, et le sentiment que des facteurs techniques, organisationnels et informationnels y participent, voire en sont la cause. La **technicité des gestes** et les **échanges d'informations** constituent des freins faibles. **L'organisation du travail**, en revanche, constitue le frein dominant.

#### 5.2.2.2. Les remarques des infirmières de pool

Tout comme leurs collègues, elles sollicitent **une réduction du champ de la polyvalence**, afin d'être mieux intégrées dans les services et plus efficaces. Cette réduction peut prendre deux formes :

·  
Etre remplaçant sur plusieurs services d'un même domaine d'activité et de disciplines médicales différentes, mais néanmoins proches.

·  
Etre remplaçant sur plusieurs services de domaines d'activité différents, mais de discipline médicale identique.

Quelle que soit la forme, **trois ou quatre services de remplacement semblent constituer le nombre opportun**, afin que l'infirmière ait le sentiment d'appartenir à un groupe identifié, même s'il est élargi, et qu'elle puisse assurer une prestation plus approfondie.

Un temps de formation s'avère indispensable, notamment des stages dits « **en doublon** » en dehors des absences, pour mieux appréhender les techniques, l'organisation et les pathologies traitées. Ces stages pourraient être programmés périodiquement.

Elles proposent également des temps de remplacement excédant, autant que faire se peut, une journée, afin de mieux connaître les patients dont elles ont la charge.

Elles souhaitent par ailleurs :

·  
**Une uniformisation** des fichiers de soins, des protocoles de soins accessibles, complets et remis à jour, une organisation matérielle des services homogène de même qu'un système de transmissions pertinent.

·  
**Une reconnaissance** administrative, médicale et soignante de la fonction « pool », avec la création d'une prime spécifique.

·  
**Un roulement régulier et équitable** des remplacements, évitant la disparité des horaires, l'éclatement des lieux d'exercice... et intégrant des récupérations fixées à l'avance, pour une meilleure qualité de vie personnelle et professionnelle.

·  
**Un recrutement** en pool basé sur le volontariat, les capacités d'adaptation et

d'intégration des personnes, en lien avec une expérience professionnelle validée .

**Malgré les difficultés, la majorité des infirmières de pool aiment leur travail et l'apprécient à sa juste valeur.** Les phrases-témoins qui suivent en éclairent la teneur.

*« Il est clair que l'infirmière fixe aura toujours plus de connaissances au niveau de son service, par rapport à la personne qui change de service régulièrement. En tant que personnel affecté au pool, nous n'avons pas les automatismes du personnel fixe, ce qui peut sembler un inconvénient, mais en contre partie, nous arrivons à avoir une mobilité qui n'est pas négligeable, ainsi que des connaissances spécifiques à chacun des services, même superficielles. Mais nous savons l'essentiel, les points capitaux...*

*Le point positif de la polyvalence, c'est qu'elle promeut une ouverture d'esprit et une plus grande tolérance. Elle devrait être un passage obligé pour tout le personnel...*

*Les points négatifs demeurent le non suivi des patients et leur devenir, parfois un manque d'investissement (lorsqu'on ne reste que huit heures dans un service), le manque de soutien d'une équipe...*

*Pour être polyvalent, il faut avoir un certain profil, sinon la polyvalence est trop lourde à vivre, il faut aussi un accompagnement formation régulier et structuré ».*

Leurs **définitions** de la polyvalence sont semblables à celles des infirmières permanentes, avec quelquefois certaines nuances :

*« La polyvalence, c'est être efficace dans tous les services, s'adapter rapidement à toutes les situations, faire face à l'urgence, s'adapter à toutes les équipes, **être un relais dans les transferts de connaissances et de soins**, faire preuve de curiosité intellectuelle et professionnelle... C'est la capacité d'assurer à tout moment, au pied levé, une fonction dans plusieurs domaines d'activité différentes ».*

En effet, cette notion de « transfert de connaissances et soins » n'a pas été évoquée par les infirmières permanentes. Les infirmières de pool estiment que travailler dans des services différents constitue une valeur ajoutée pour leurs collègues « fixes », car elles deviennent porteurs de la transmission du savoir soignant.

Nous allons maintenant présenter la synthèse des résultats concernant les manipulateurs en radiologie. L'analyse des résultats expérimentaux (monographie et questionnaires) fera l'objet du prochain chapitre.

### 5.3. Synthèse des résultats concernant les manipulateurs en radiologie<sup>178</sup>

---

Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à la méthodologie de production des données, *les manipulateurs exerçant au sein d'un plateau technique unique sur l'hôpital, les cas de remplacement envisagés pour les infirmières ne se retrouvent pas pour cette population. L'analyse du degré de polyvalence a ainsi été conçue différemment. Le croisement effectué entre "le nombre de technologies existantes au sein du plateau*

<sup>178</sup>

L'intégralité des résultats se trouve en annexe 25 et 26

*technique" et "la fréquence d'utilisation de chacune d'entre elles par les manipulateurs" a permis de déterminer cinq classes de polyvalence. Cette polyvalence est dite "constatée" car signifiante d'une situation concrète observable. Elle sera ultérieurement comparée à la polyvalence "perçue" par les manipulateurs eux-mêmes.*

**Les cinq classes de polyvalence « constatée » sont** <sup>179</sup> :

Non polyvalent (NP) : le manipulateur exerce son activité professionnelle sur un même secteur technique. Il peut être spécialisé sur une seule technique, dans ce cas de figure, il s'agit généralement de l'IRM, la dernière née des technologies de pointe, voire deux techniques. Il n'est pas mobile sur les deux ou trois autres techniques du plateau.

Peu polyvalent (PP) : le champ d'exercice professionnel est similaire à celui du « non polyvalent », à la différence que le manipulateur est exceptionnellement mobile sur les technologies restantes.

Polyvalent avec pratique occasionnelle (PPO) : réfèrent sur deux ou trois techniques et mobilité occasionnelle sur les suivantes.

Polyvalent avec pratique régulière (PPR) : réfèrent sur deux ou trois techniques et mobilité régulière sur les suivantes.

Très polyvalent (TP) : exercice simultané de trois technologies sur quatre, ou quatre sur cinq, avec pratique courante de celle restante.

Les données, qui suivent, proviennent du dépouillement des **172 questionnaires** retournés par les manipulateurs en radiologie.

Les résultats vont être présentés dans **le même ordre que pour les infirmières**, à savoir :

la répartition des réponses selon les cinq classes de polyvalence "constatée"

la cartographie des profils relatifs aux différents cas de polyvalence

l'incidence des critères liés à l'individu sur l'exercice de la polyvalence (âge, ancienneté professionnelle...) <sup>180</sup>

l'incidence des critères liés à la gestion des ressources humaines sur l'exercice de la polyvalence, à partir des quatre axes dominants :

—  
le contenu du travail et sa répartition

—  
le degré de polyvalence constatée, perçue et souhaitée

<sup>179</sup> La polyvalence "constatée" a été évaluée lorsque le service possède au minimum quatre technologies (< 4 technologies = non significatif)

<sup>180</sup> revoir structure du questionnaire manipulateur radio figure 23

- les freins et facteurs favorisant la polyvalence
- la polysémie du terme polyvalence
- les avantages et les limites de la polyvalence de même que les suggestions d'amélioration

Là encore, les statistiques réalisées permettent :

une lecture **descriptive** de la polyvalence. La cartographie des profils de manipulateurs, selon la classe de polyvalence, fait également "tomber" un certain nombre d'a priori.

une lecture **explicative** des diverses situations de polyvalence de par l'analyse de l'incidence des différents critères sur l'exercice au quotidien de la polyvalence. Nous retrouverons des résultats de nature quantitative et qualitative.

une lecture **prescriptive** de par les suggestions d'amélioration proposées par les manipulateurs eux-mêmes, ou sous-tendues dans leur propos explicatifs.

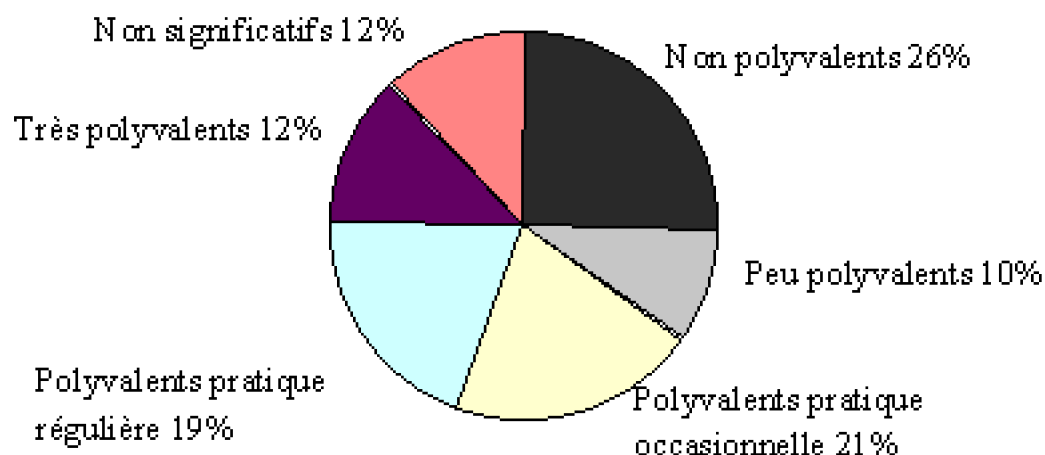
Dans tous les cas, ces statistiques s'appliquent à l'ensemble des établissements consultés, puis aux CHU et CHG distinctement. Les résultats font apparaître les particularités des CHU et CHG, lorsqu'elles sont significatives.

### **5.3.1. Les classes de polyvalence en fonction du nombre de technologies existantes**

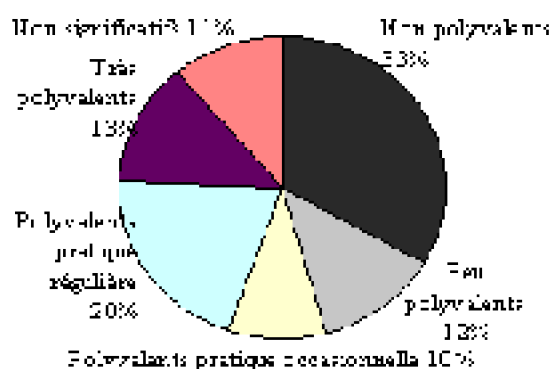
**Tous établissements confondus**, et quel que soit le nombre de technologies, les manipulateurs s'avèrent être "non polyvalents" dans 26 % des cas et "peu polyvalents" dans 10 % des cas. **Ils exercent une polyvalence dans 52 % des cas (pratiques permanente, régulière et occasionnelle cumulées).**

En revanche, si l'on distingue les pratiques en CHU et CHG, on note une réelle disparité, confirmant d'ailleurs, les idées reçues : **les manipulateurs sont plus polyvalents en CHG (66 %) qu'en CHU (43 %).**

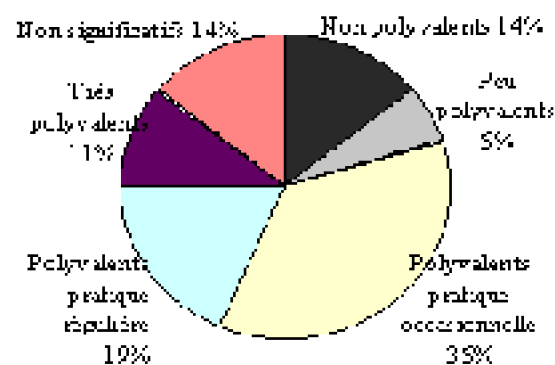
**Classes de polyvalence pour 4 et 5 technologies - Tous établissements**



**Classes de polyvalence pour 4 et 5 technologies - CHL**



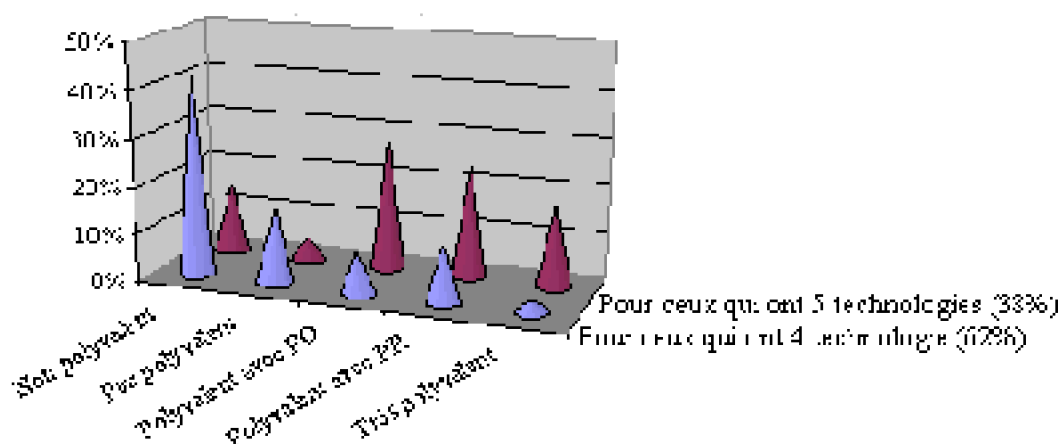
**Classes de polyvalence pour 4 et 5 technologies - CHG**



On remarque chez les manipulateurs exerçant au sein d'un plateau technique doté de cinq technologies (38 % des manipulateurs tous établissements confondus) un taux de "non polyvalent" très important, à savoir 43 % des cas. Les trois catégories de polyvalents ne requièrent, quant à elles, que 24 % des réponses.

Pour l'ensemble des établissements	Non polyvalent	Peu polyvalent	Polyvalent avec PO	Polyvalent avec PP	Très polyvalent	Nombre total de personnes
Pour ceux qui ont 5 technologies (33%)	43%	17%	9%	17%	9%	53
Pour ceux qui ont 4 technologies (63%)	15%	5%	28%	34%	18%	95
Pour l'ensemble	25%	12%	21%	17%	12%	154

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

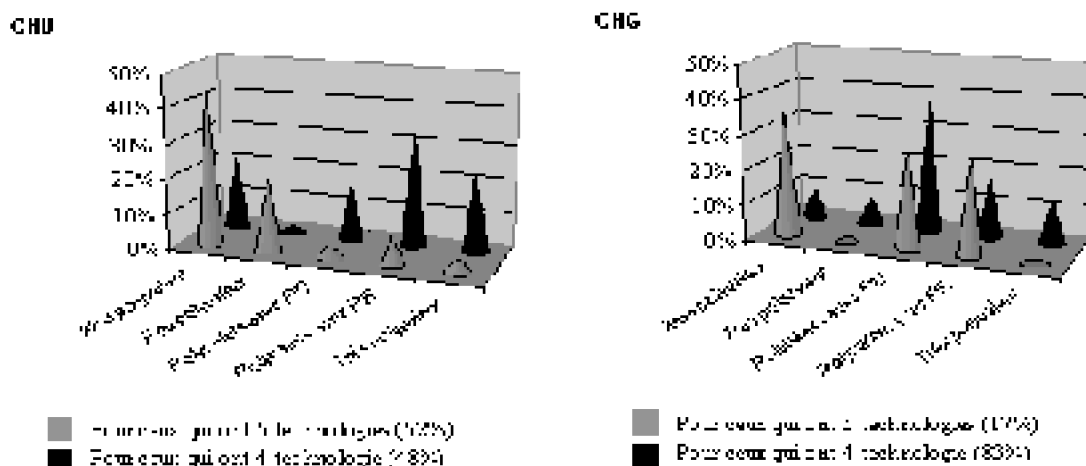


En revanche le taux de "non polyvalents" est en forte baisse, à savoir 15 % des cas, lorsque les manipulateurs exercent au sein d'un plateau technique "n'ayant que" quatre technologies (62 % des manipulateurs tout établissements confondus). Les trois catégories de polyvalents requièrent ainsi 70 % des réponses.

Nous verrons ultérieurement que **l'IRM constitue la technologie distinctive**. La dernière née des nouvelles technologies et sans doute la plus complexe, à ce jour en imagerie médicale, l'IRM semble nécessiter un personnel spécifique.

Distinction CTMI / CBG	Non polyvalent		Peu polyvalent		Polyvalent avec PO		Polyvalent avec PR		Très polyvalent		For. significatif		Nombre total de personnes	
	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU
Pour ceux qui ont 5 technologies	36%	45%	0%	2.3%	27%	4%	27%	9%	0%	4%	9%	17%	11	47
Pour ceux qui ont 4 technologies	9%	21%	8%	2%	38%	16%	17%	33%	13%	22%	13%	3%	33	43
Pour les deux ensemble	14%	33%	6%	12%	36%	10%	19%	20%	11%	13%	14%	11%	64	90





On relève une "non polyvalence" et "moins polyvalence" beaucoup plus forte en CHU qu'en CHG, lorsqu'il existe cinq technologies (66 % CHU, 36 % CHG). En revanche, cet effet s'atténue, voire s'équilibre, lorsqu'il existe quatre technologies (23 % CHU, 17 % CHG).

Il faut noter que 52 % des manipulateurs de CHU exercent leur activité au sein d'un plateau technique doté de 5 technologies. Seulement 17 % des manipulateurs de CHG peuvent en bénéficier.

### 5.3.2. Cartographie des profils relatifs aux cinq classes de polyvalence

Cette cartographie a pour objet de visualiser les profils des manipulateurs, selon leur appartenance aux différentes classes de polyvalence "constatée" et selon huit critères liés à l'histoire de la personne : sexe, âge, nombre de services effectués, ancienneté dans le dernier service, effectif du dernier service, ancienneté du diplôme professionnel, possession d'un diplôme autre que professionnel et participation à des actions de formation continue.

Comme pour les infirmières, **il nous a paru intéressant de vérifier s'il existait un profil type lié à la classe de polyvalence**. Afin d'affiner la lecture quantitative de cette cartographie, les taux de réponses sont distingués comme suit :

1. taux supérieur à 60 %
2. taux compris entre 45 et 60 %
3. taux compris entre 30 et 45 %
4. taux inférieur à 30 %

Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

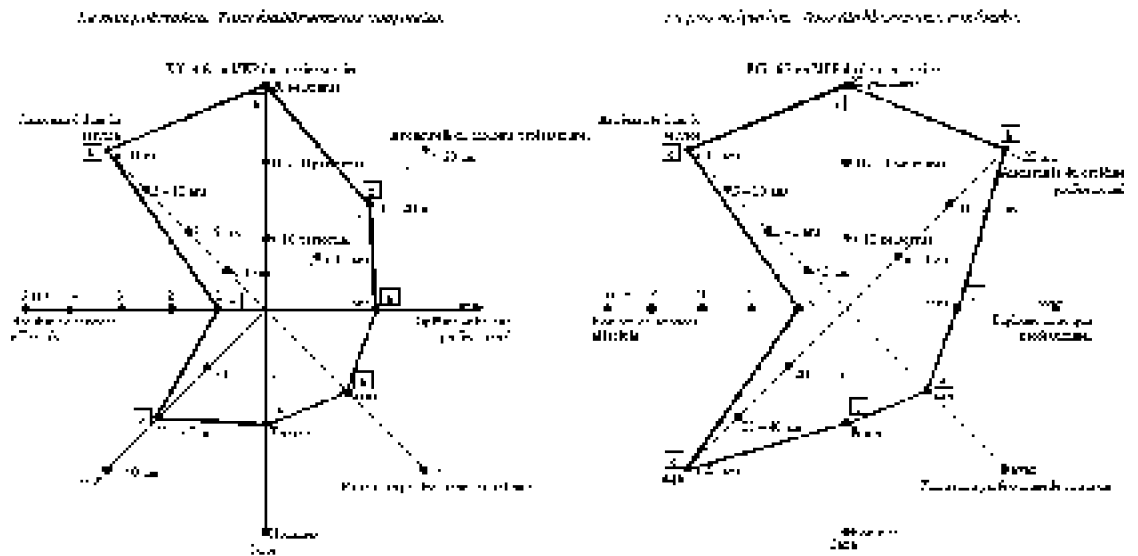


Figure 2.10 : Valeurs des angles des arêtes du tétraèdre de référence en coordonnées

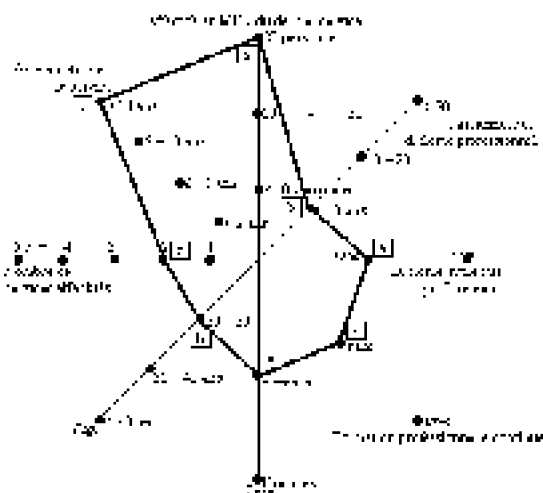
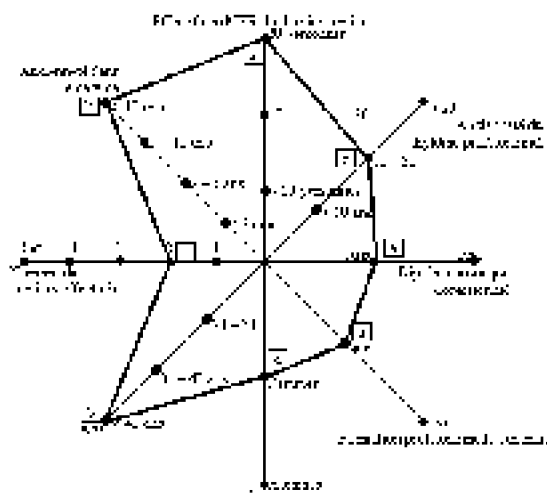
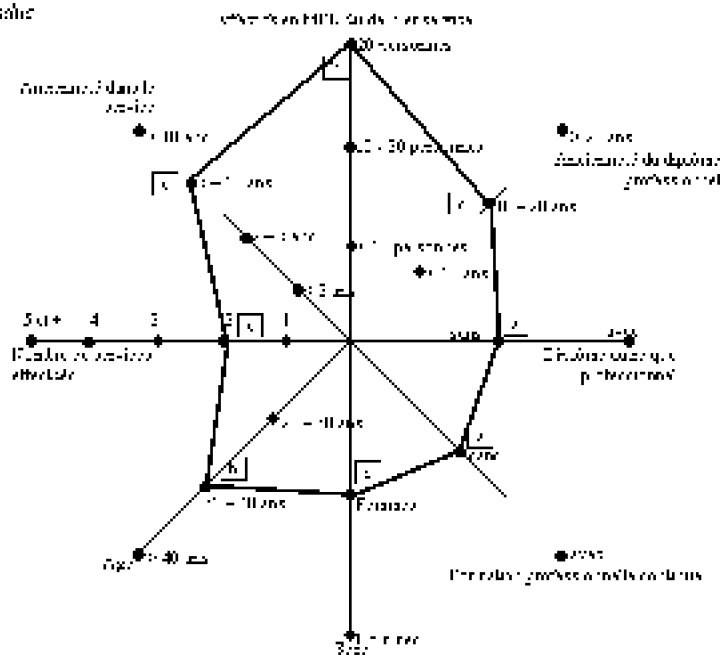


Figure 2.11 : Valeurs des projections négatives des arêtes du tétraèdre de référence



Le profil polyvalent. Sous-établissemments confondus



On peut dire **qu'il n'y a pas de profil-type dominant, contrairement aux idées reçues**. Les manipulateurs, quelles que soient les classes, n'ont que très rarement préparé d'autres diplômes. Ceux qui l'ont fait se retrouvent néanmoins dans les classes « polyvalent avec pratique régulière » et « très polyvalent ». Les femmes étant beaucoup plus nombreuses que les hommes, la variable « sexe » n'est pas significative. On ne note pas de spécificité en termes d'âges, d'ancienneté du diplôme ou d'ancienneté dans le service.

### 5.3.3. Incidences des différents critères sur l'exercice de la polyvalence

#### 5.3.3.1. Critères liés à la personne tous établissements confondus

	Très polyvalents	Peu polyvalents	Polyvalents PO Polyvalents PR Très polyvalents	nombre total de personnes
Sexe	Femmes	26%	52%	103
	Hommes	24%	52%	91
Age	20-30 ans	19%	27%	43
	31-40 ans	28%	51%	60
	> 40 ans	27%	47%	51
Ancienneté du diplôme	≤ 10 ans	21%	58%	53
	10-20 ans	27%	53%	55
	> 20 ans	28%	47%	47
Nombre de services	1	23%	47%	42
	2	17%	67%	47
	3	28%	55%	29
	4	23%	57%	16
	5 et plus	17%	25%	13
Ancienneté dans le service	≤ 2 ans	20%	40%	15
	2-5 ans	24%	32%	29
	5-10 ans	19%	67%	43
	> 10 ans	27%	52%	57
Effectif MLIU	< 10 personnes	23%	38%	13
	10-20 personnes	19%	62%	32
	> 20 personnes	28%	51%	109
Formation Professionnelle	Avec EF	23%	47%	50
	Sans EF	22%	47%	112
Autres diplômes post-bac	Avec dipl	15%	46%	13
	Sans dipl	27%	47%	159

181 182

**L'âge n'influe pas sur les différents degrés de polyvalence.** Ce n'est donc pas parce que l'on est plus âgé que l'on est moins polyvalent. Malgré les chiffres globaux, **il n'est pas dit qu'une ancienneté maximale dans le service bénéficie à l'exercice de la polyvalence.** En effet, tous établissements confondus, la tranche « 5–10 ans » semble être la plus favorable avec 68% des effectifs se situant dans les trois classes de polyvalence effective. L'ancienneté du diplôme, le nombre de services effectués et l'effectif en manipulateurs ne semblent pas constituer des facteurs discriminants.

<sup>181</sup> PO : pratique occasionnelle

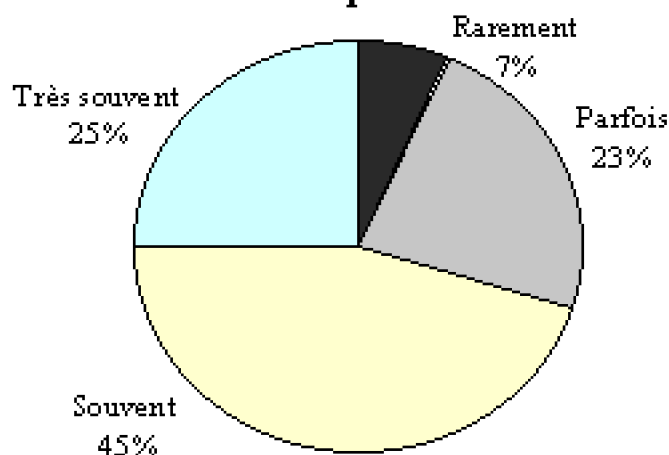
<sup>182</sup> PR : pratique régulière

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

Ancienneté dans le service	Non polyval.		Faible polyval.		Poly avec PO		Poly avec PR		Très polyval.		Hors CHU	
	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU
< 2 ans	3%	28%	14%	13%	43%	0%	29%	0%	14%	0%	7	8
2 - 5 ans	18%	44%	0%	17%	49%	6%	1%	11%	12%	6%	11	13
5 - 10 ans	16%	21%	11%	8%	37%	17%	19%	29%	11%	23%	19	24
> 10 ans	14%	24%	4%	19%	37%	17%	29%	23%	7%	13%	27	47

Si l'on distingue CHU et CHG, on relève des disparités sur l'ensemble des tranches d'ancienneté. Ceci s'explique sans doute par l'organisation polyvalente des services de radiologie en CHG. Ce choix organisationnel serait indépendant des critères individuels.

**Ces formations sont-elles exploitées ?**



Il faut noter que seuls 35 % des manipulateurs ont suivi une ou plusieurs formations professionnelles continues, mais elles sont plutôt bien exploitées.

**5.3.3.2. Critères liés à la gestion des ressources humaines**

**Premier axe – Contenu du travail et sa répartition**

- Fréquence d'utilisation des différentes technologies

5 technologies existantes	Jamais		Parfois		Souvent		Toujours		Nbre total de personnes	
	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU
IRM	60%	35%	5%	5%	0%	5%	40%	35%	10	20
Scanner	47%	47%	10%	17%	40%	24%	10%	20%	10	21
Angiographie	44%	70%	10%	5%	30%	11%	0%	14%	10	27
Radio standard	30%	24%	5%	5%	30%	37%	30%	34%	10	21
Radio interventionnelle	47%	49%	70%	17%	40%	25%	0%	23%	10	21
Moyennes	47%	49%	5%	9%	26%	20%	16%	23%		

Lorsqu'il existe cinq technologies, on peut noter que, **pour l'IRM, les CHG fonctionnent en spécialisation exclusive** ( 60 % ne la pratiquent jamais et 40 % toujours). **Les CHU, en revanche, commencent à ouvrir cette technique** complexe à des manipulateurs remplaçants (10%). Il faut préciser que ces derniers en sont dotés depuis plus longtemps que les CHG. Les technologies de pointe nécessiteraient une « durée de vie » en spécialisation, avant de pouvoir être accessibles à un plus grand nombre, bénéficiant ainsi de l'expérience des « pionniers ».

On relève par ailleurs que la fréquence d'utilisation en scanner, angiographie et radiologie interventionnelle est mieux répartie en CHG qu'en CHU. Bien qu'étant des techniques plus anciennes, il semble que les CHU privilégient un exercice spécialisé, mais là encore, avec une ouverture à des remplaçants. Les CHG, quant à eux, les pratiquent de façon polyvalente.

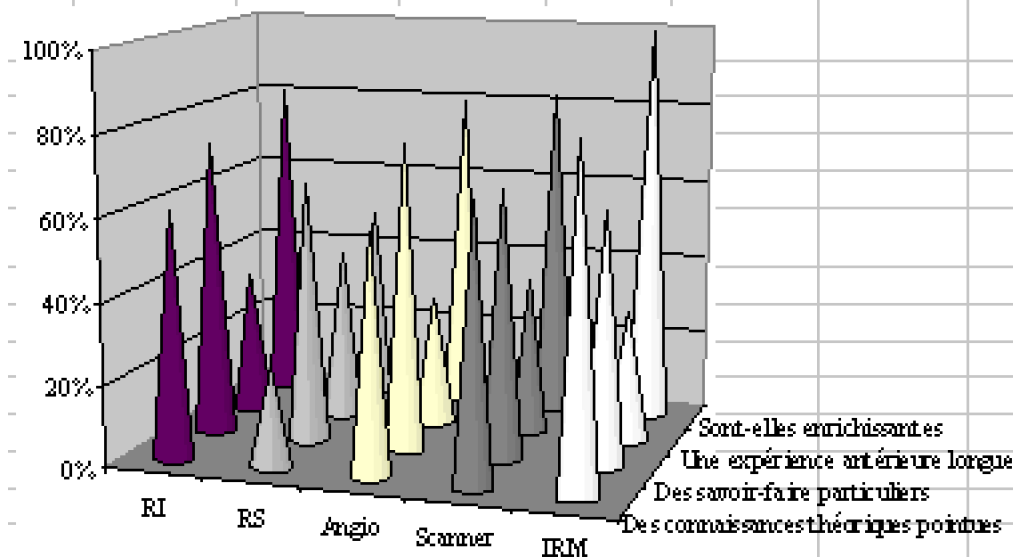
4 technologies existantes	Jamais		Parfois		Souvent		Toujours		Nbre total de personnes	
	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU
Scanner	25%	33%	16%	5%	23%	36%	12%	26%	49	39
Angiographie	17%	26%	22%	13%	56%	47%	9%	15%	45	39
Radio standard	37%	0%	4%	10%	26%	47%	67%	46%	50	39
Radio interventionnelle	22%	21%	32%	23%	30%	51%	9%	5%	47	39

**Lorsqu'il existe quatre technologies, les fréquences d'utilisation sont globalement plus proches entre CHU et CHG.** On peut penser que l'IRM, nécessitant un apprentissage complexe et long et de ce fait une équipe spécifique, crée une modification de l'organisation, dans la mesure où, dans les service qui n'en sont pas dotés, les manipulateurs semblent travailler de façon plus équilibrés sur les quatre technologies restantes, certes plus connues, donc plus maîtrisées et plus maîtrisables..

### Niveau de connaissances et savoir-faire requis sur les différentes technologies

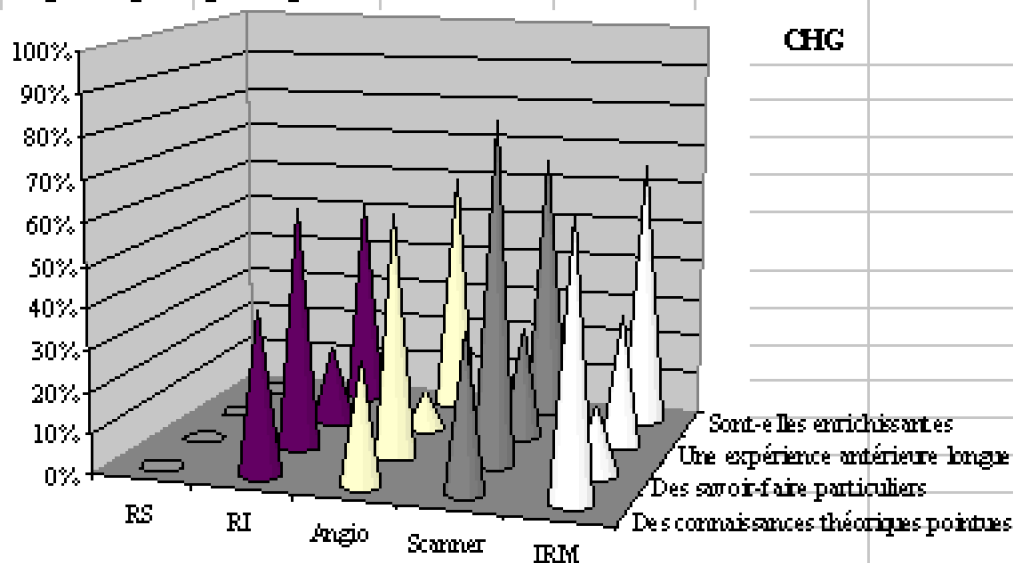
**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

**Ceux qui pratiquent tous établissements confondus**

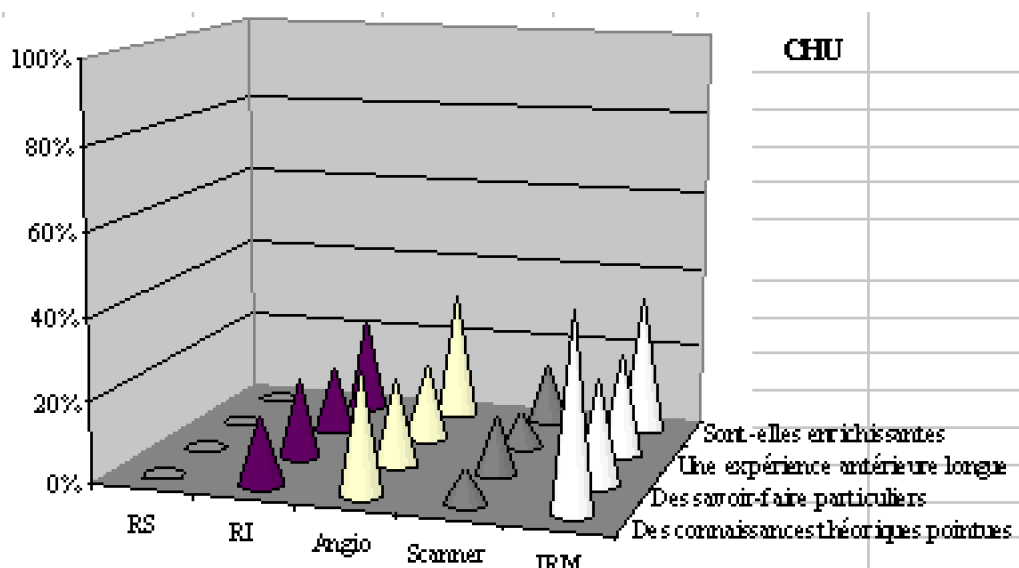


Exceptée la radiologie standard, **les manipulateurs qui pratiquent les techniques** estiment, tant en CHU que CHG, qu'elles nécessitent des connaissances théoriques pointues, des savoir-faire particuliers, et une expérience plus ou moins longue (le degré maximal étant atteint pour l'IRM). Elles procurent de surcroît un enrichissement.

**Ceux qui ne pratiquent pas**



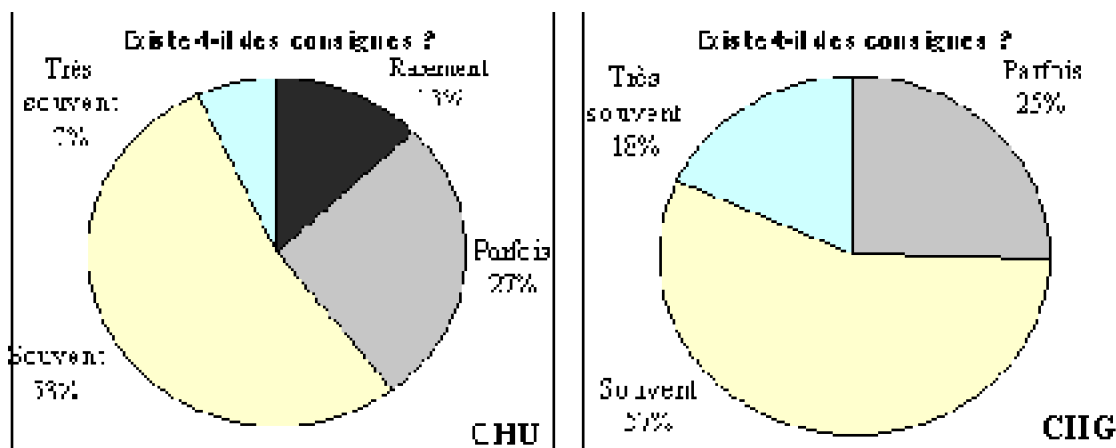




En revanche, les avis sur ces mêmes techniques, par **ceux qui ne les pratiquent pas**, sont différents selon les types d'hôpitaux. Les manipulateurs de CHG ont une représentation « magnifiée » des techniques non pratiquées, les jugeant tout à fait enrichissantes. A contrario, les manipulateurs de CHU les banalisent et, pour la majorité, ne les considèrent pas particulièrement enrichissantes.

Il faut toutefois rester prudent quant à cette appréciation, cette rubrique n'ayant pas été quantitativement bien renseignée. La représentation graphique montre bien les deux tendances.

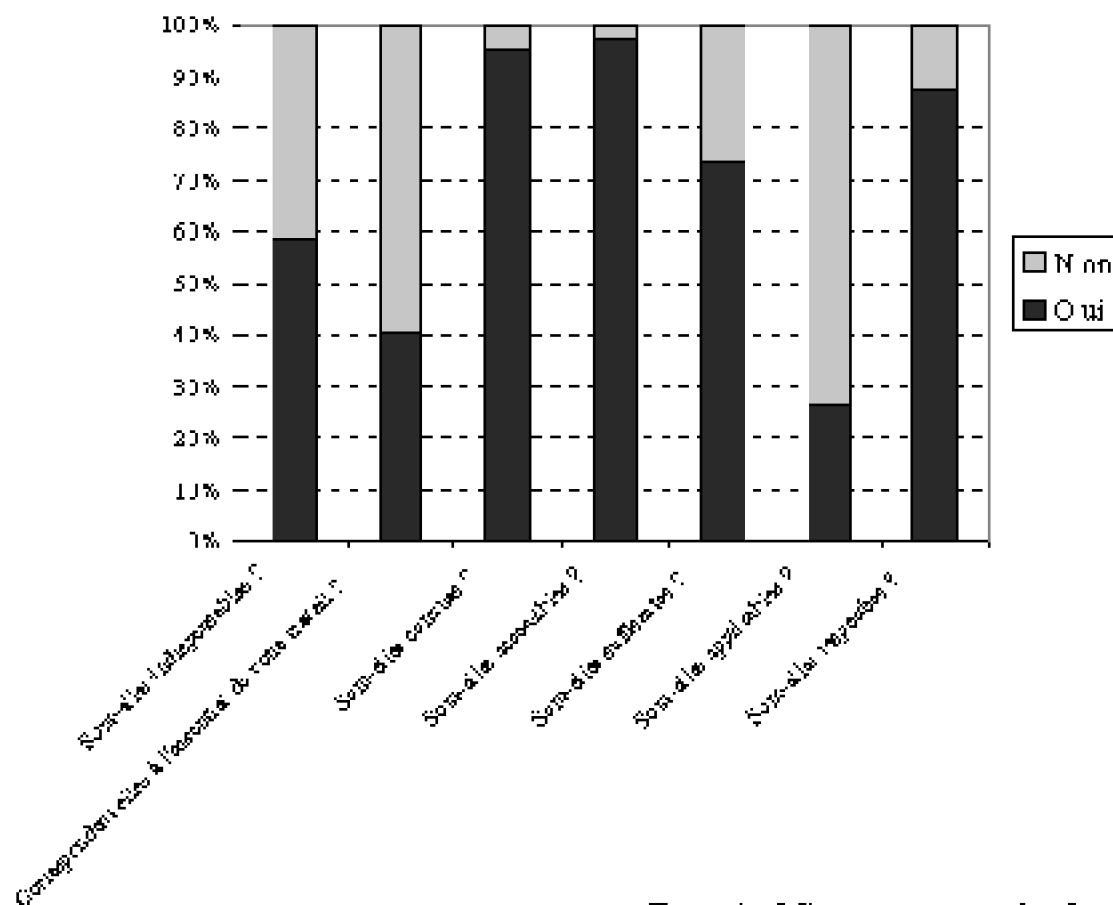
### Existence de consignes / procédures écrites et niveau d'utilisation



**L'existence de consignes est plus marquée en CHG.** Y a-t-il un lien avec leur organisation polyvalente ?

Les critères les concernant ne font pas l'objet de distinction entre CHU et CHG, compte tenu de leur similitude (approchée).

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**



**Tous établissements confondus**

**Les thèmes** sur lesquels portent ces consignes sont globalement les suivants :

**Protocoles de réalisation des examens**

- préparation et surveillance du malade (prémédication, ...)
- déroulement technique de l'examen (constantes, clichés, coupes, ...)
- les exigences du (des) médecin(s)

**Fiches techniques portant sur :**

- le fonctionnement des technologies : mise en route, incidents, dépannage, contrôle,...
- les différents types de matériels utilisés pour les examens : sondes, aiguilles, trocards,...

les précautions d'utilisation de certains produits médicamenteux : interactions, dosages, préparation, ...

l'hygiène et les conduites à tenir

la prévention du personnel : radioprotection, règles de sécurité, risques professionnels...

la prévention des patients : contre-indications de certains examens : allergies, femmes enceintes, règles de sécurité...

#### Fiches de gestion, portant sur :

l'organisation du travail

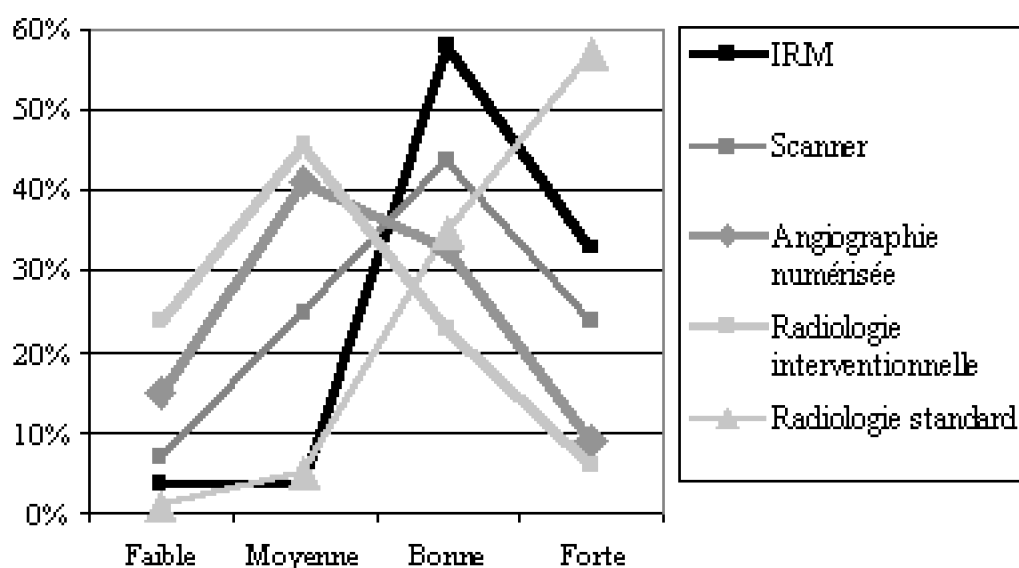
la responsabilité du manipulateur

les relations interservices

les procédures administratives : bon de transport, . perte des effets personnels d'un patient, chutes...

l'enregistrement des actes radiologiques

#### Marge d'initiative



En IRM : les « non et peu polyvalents » représentent 66 % des manipulateurs la pratiquant. Ils estiment tous que leur **marge d'initiative est bonne ou forte**. Même peu nombreux, les manipulateurs des autres classes de polyvalence ont sensiblement le même avis.

Le médecin guide, traite et interprète les images acquises par le manipulateur, c'est un travail en collaboration.

En scanner : les « non et peu polyvalents » représentent 16 % des manipulateurs qui pratiquent. Les manipulateurs des cinq classes de polyvalence ont sensiblement la même perception quant à leur marge d'initiative, à savoir **bonne et forte**.

Le binôme médecin - manipulateur fonctionne comme en IRM, à la différence que le scanner s'est standardisé.

En angiographie numérisée : les « non et peu polyvalents » sont en régression, soit 12 % des manipulateurs qui pratiquent. On note, là encore, des points de vue convergents des différentes classes sur leur marge d'initiative. Elle est globalement **jugée moindre** que sur les techniques précédentes. Le travail du manipulateur est obligatoirement couplé à celui du médecin.

En radiologie interventionnelle : les tendances sont comparables à celles relatives à l'angiographie numérisée. Ceci s'explique par le fait qu'une grande majorité des actes interventionnels sont réalisés au cours de l'angiographie numérisée.

Le radiologue mène, dans ce cas, une action thérapeutique, et non diagnostique, auprès du patient. Son activité s'approche de celle du chirurgien en bloc opératoire. **Le pourcentage du critère « faible » s'avère ainsi majoré.**

En radiologie standard : c'est la technique sur laquelle **la marge d'initiative est à l'unanimité la plus forte**. Le manipulateur est effectivement seul pour la réaliser. La radiologie standard représente la technique de base connue de tous les manipulateurs. On note toutefois un taux de « non et peu polyvalents » s'élevant à 27 %. **Le degré de polyvalence n'interfère pas sur la perception de la marge d'initiative.**

On ne note pas de distinction entre CHU et CHG. **L'importance du plateau technique n'est pas un facteur discriminant.**

## Les échanges d'informations

	A l'intérieur du service	Avec d'autres services	Avec des personnes externes à l'hôpital
Rarement	2 %	18 %	47 %
Parfois	6 %	33 %	39 %
Souvent	41 %	41 %	12 %
Très souvent	51 %	8 %	12 %

Ils s'opèrent en très grande majorité à l'intérieur du service de radiologie. Dans ce cas, 92% des manipulateurs échangent « souvent » ou « très souvent » des informations avec leurs collègues. Les 8 % n'échangeant que « rarement ou parfois » sont prioritairement « non et peu polyvalents ».

Des échanges avec d'autres services s'effectuent néanmoins « souvent et très souvent » pour 50 % d'entre eux, quelles que soient les classes de polyvalence. Ils diminuent de façon importante lorsqu'il s'agit des personnes extérieures à l'hôpital. (24 % de « souvent et très souvent »), toujours indépendamment des classes de polyvalence.

Nous ne notons pas non plus, sur ce critère, de distinction entre CHU et CHG.

### L'organisation d'une rotation

		CHG	CHU
Rotation organisée	Oui	97 %	76 %
	Non	3 %	24 %
Rythme	Jour	34 %	7 %
	Semaine	56 %	78 %
	Mois	8 %	16 %
	Année	1 %	1 %

Il est intéressant de différencier CHU et CHG, dans la mesure où les pratiques ne sont pas similaires. **La rotation est massivement organisée en CHG (97 %), comparativement aux CHU (76 %).**

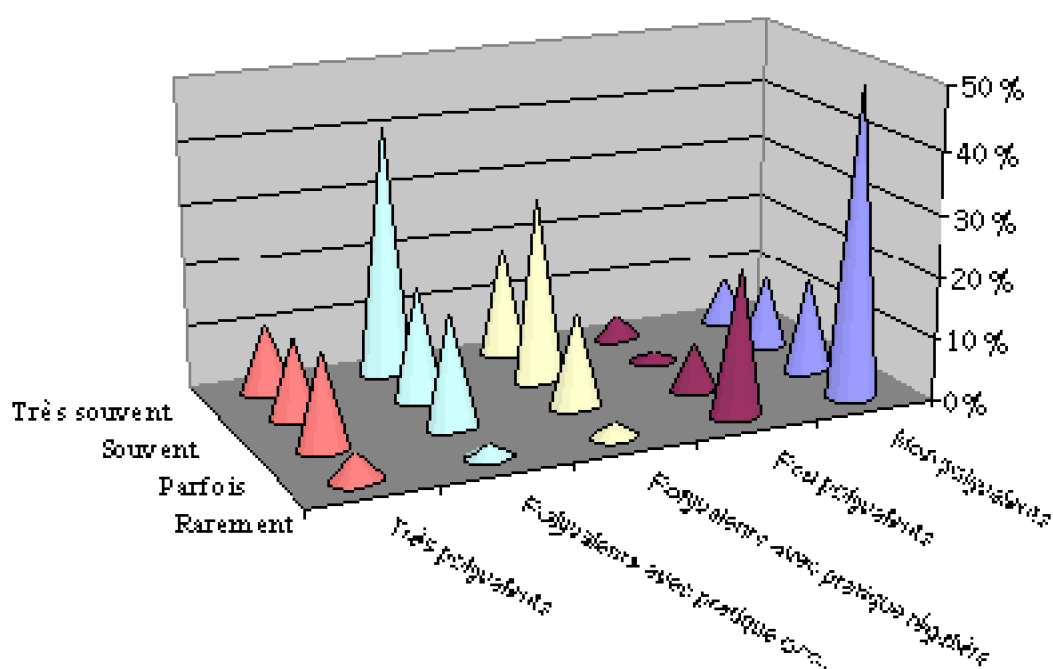
Tous établissements confondus, on relève, par ailleurs, que 50 % des personnes ne bénéficiant pas d'une rotation organisée sont "non et peu polyvalentes". **L'organisation d'une rotation semble constituer un des leviers mobilisateurs de la polyvalence.** Il appartient au cadre d'en déterminer le rythme.

### Remplacements de collègues au sein du service

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

		CHG	CHU
Remplacements de collègues	Rarement	7 %	38 %
	Parfois	23 %	20 %
	Souvent	41 %	31 %
	Très souvent	22 %	11 %

**Remplacements tous établissements confondus**



Tout comme pour le critère précédent, relatif à la rotation, CHU et CHG présentent des fonctionnements différenciés.

Il semble possible de faire le **lien entre polyvalence, rotation des personnels et remplacements des collègues**. Les manipulateurs de CHG sont, comme nous l'avons vu, inscrits dans une logique de polyvalence. Ils bénéficient d'une rotation organisée, à un rythme rapide et remplacent, de surcroît, fréquemment leurs collègues.

Ceux qui remplacent "rarement et parfois" se retrouvent bien évidemment chez les "non polyvalents et peu polyvalents".

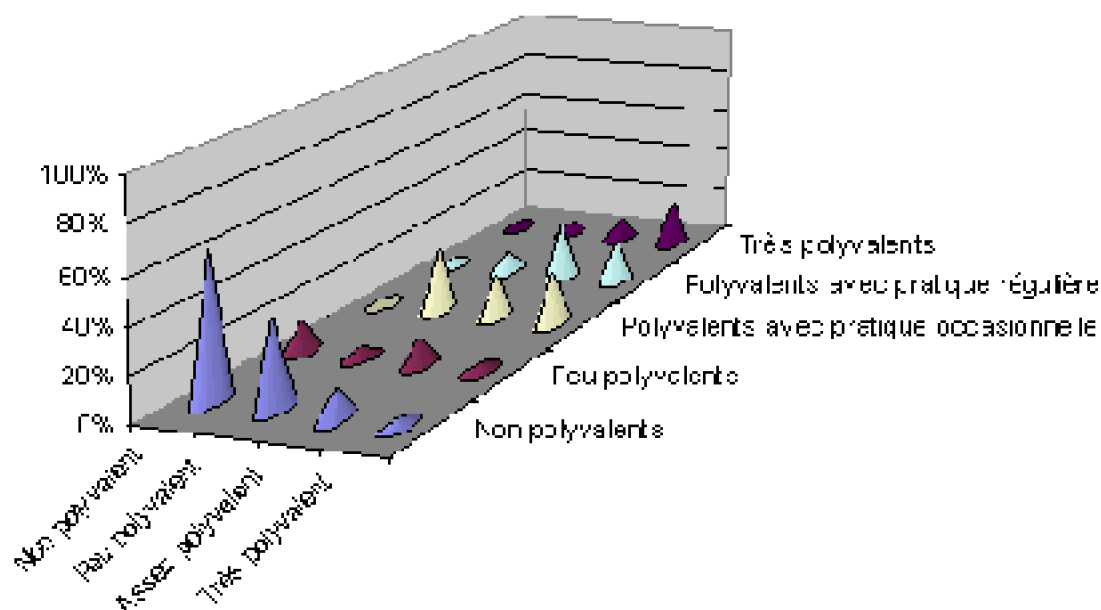
Remplacements		CHG	CHU
Sur des activités	Habituelles	73 %	86 %
	Différentes	27 %	14 %
Avec des horaires	Identiques	38 %	13 %
	Différents	72 %	57 %
Pour un motif de	Absentéisme	49 %	38 %
	Congés	16 %	39 %
	Formation	5 %	23 %
Sous une forme	Improvisée	49 %	43 %
	Programmée	51 %	57 %
Plutôt demandé par	La surveillante	54 %	74 %
	L'administration	1 %	0 %
	L'équipe	35 %	25 %

**Les manipulateurs de CHG remplacent plus que leurs collègues de CHU, sur des activités différentes**, avec des horaires différents. Toujours en CHG, les remplacements pour formation sont peu fréquents. Dans les deux types d'établissements, le ratio improvisé / programmé est assez proche.

Par ailleurs, la direction du personnel n'intervient pas dans la gestion humaine des remplacements. C'est la surveillante qui en assume principalement la charge. On note parallèlement une part intéressante d'initiative provenant de l'équipe, ce qui démontre une bonne solidarité de ses membres.

## Deuxième axe – degré de polyvalence constatée, perçue, souhaitée

### Mise en corrélation de la polyvalence constatée par nos soins et de la polyvalence perçue par les manipulateurs



**Le degré de polyvalence perçue par les manipulateurs eux-mêmes, CHU et CHG confondus, semble être en cohérence avec le degré de polyvalence dite « constatée » par nos soins.**

Ceux qui s'estiment « non polyvalents » ont été classés en « non polyvalents » pour la majorité et en « peu polyvalents » pour un moins grand nombre, ce qui montre une corrélation de proximité. En effet, la polyvalence perçue a été établie sur quatre niveaux lors de l'élaboration du questionnaire, contrairement à la polyvalence « constatée » ultérieurement, et qui nous a semblé requérir cinq niveaux.

**□ Polyvalence souhaitée, tous établissements confondus**

Aimeriez-vous être					
Polyvalence perçue	moins polyvalent	aussi polyvalent	plus polyvalent	nbre total de personnes	total
Non polyvalent	0%	17%	43%	21	100%
Peu polyvalent	5%	39%	40%	20	100%
Assez polyvalent	11%	67%	22%	63	100%
Très polyvalent	9%	80%	11%	54	100%
Ensemble des personnes	8%	68%	23%	158	
Effectif	13	103	37	153	

Il est intéressant d'observer que les manipulateurs souhaitent, dans 68 % des cas en moyenne, être aussi polyvalents quelle que soit leur classe d'appartenance et, selon cette dernière, envisagent dans 23 % des cas, toujours en moyenne, l'être plus.

43% des manipulateurs qui s'estiment « non polyvalents » aimeraient l'être plus, de



même que 40 % des « peu polyvalents ».

Quant aux manipulateurs s'estimant « assez et très polyvalents », ils espèrent encore évoluer vers un peu plus de polyvalence. Ce qui tendrait à dire qu'**une polyvalence maîtrisée donc acceptée, ne constitue pas une gêne professionnelle.**

**Au souhait d'une polyvalence supérieure**, les principales raisons évoqués sont les suivantes :

- diversification du travail
- antidote de la routine, de la sédentarité
- connaissance des dernières technologies
- satisfaction personnelle d'être capable d'élargir son champ professionnel (remise en question, acquisition d'automatismes...)
- contribution à des nécessités de service
- relations interpersonnelles multiples
- meilleure adaptation aux situations d'urgence
- intérêt d'horaires différenciés.

**A la réticence pour une polyvalence supérieure**, on relève les motifs suivants :

- investissement personnel trop important, si plusieurs technologies
- évolution trop rapide des techniques pour rester performant
- compétence inversement proportionnelle au nombre de technologies pratiquées
- restriction des « privilèges » de la spécialisation (reconnaissance, compétence accrue,...).

### Troisième axe : les freins et facteurs favorisant la polyvalence

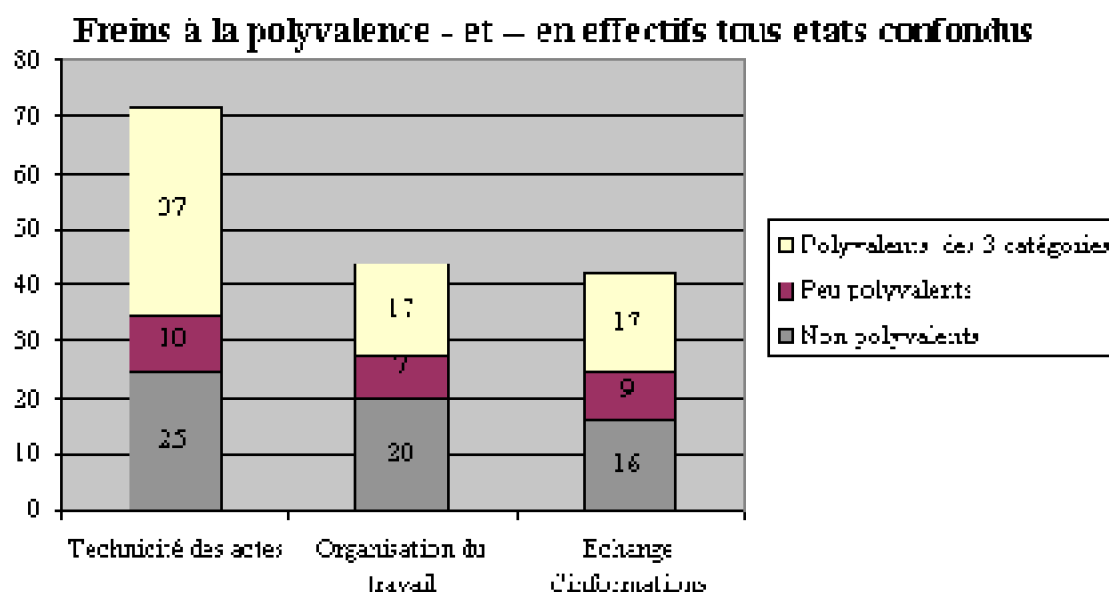
Tout comme les infirmières, les manipulateurs ont eu à estimer si la technicité des actes et des gestes pratiqués, l'organisation du travail ainsi que les échanges d'informations constituaient des freins ou des facteurs favorisant de la polyvalence, selon quatre niveaux d'appréciation :

Freins : -- et –

Facteurs favorisants : ++ et +

Par rapport aux freins exprimés, il nous a paru intéressant de les repérer en fonction des différentes classes de polyvalence.

#### Freins à la polyvalence – et -- en effectifs par classe de polyvalence tous établissements confondus



Les polyvalents des trois catégories ont été regroupés et comparés aux « peu polyvalents » et « non polyvalents ». On ne peut pas dire qu'une classe soit dominante. C'est un avis partagé, que l'on soit polyvalent ou non.

**La technicité**, noyau dur de la profession de manipulateur, constitue un frein pour la moitié d'entre eux. L'autre moitié ne la considérant pas comme telle, bien évidemment, il semble ainsi admis que le manipulateur peut exercer, avec professionnalisme, plusieurs techniques, sans pour autant les pratiquer toutes. Il appartiendra au cadre, en concertation avec son équipe, de trouver le compromis le plus bénéfique à une prestation de qualité pour le malade. **L'organisation du travail** et **les échanges d'informations**, représentent des freins beaucoup moins important (ces deux derniers points font appel

aux compétences managériales du cadre).

En revanche, il faut noter une différence significative entre CHU et CHG.

### Synthèse des freins à la polyvalence

		% des réponses		Non polyvalents		Non polyvalents		Polyvalents des 7 catégories		Nb total de personnes	
		CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU	CHG	CHU
Technicité	-	26%	60%	20%	33%	16%	11%	32%	42%	23	37
Organisation du travail	-	19%	46%	14%	47%	21%	11%	9%	24%	14	28
Echanges inter-fonctionnels	+	20%	47%	15%	37%	15%	19%	16%	31%	13	26

Les manipulateurs de CHG, comme nous l'avons vu, inscrits dans une logique de polyvalence, donc l'exerçant au quotidien, ont dépassé le stade des freins. Ces derniers s'observent surtout lors d'une application en cours ou à venir. Les freins sont donc quantitativement beaucoup plus faibles qu'en CHU, la dominante demeurant toutefois sur le technicité.

Il a, par ailleurs, été demandé aux manipulateurs d'expliquer leurs réponses. En voici les principales idées-force :

#### □ Freins/facteurs favorisant relatifs à la technicité

Les manipulateurs évoquent l'évolution très rapide des technologies en imagerie, ce qui nécessite un temps de (ré)adaptation permanent, compte tenu du rythme de travail toujours élevé. Un fort investissement personnel est indispensable. La diversité des examens, de par leur nature et les pratiques différenciées des médecins, exige une formation interne régulière, ce qui n'est pas souvent le cas.

Le système de rotation doit être pertinent pour obtenir l'efficacité attendue dans les diverses réalisations diagnostiques ou thérapeutiques. En effet, certaines techniques sont plus complexes que d'autres, les temps d'apprentissages ne sont donc pas les mêmes. **Les manipulateurs préconisent une polyvalence limitée, c'est à dire circonscrite à deux ou trois techniques présentant une proximité relative.** Une rotation sur un secteur n'exclut pas, d'ailleurs, à moyen terme le passage à un autre secteur.

L'exercice simultané d'un trop grand nombre de techniques, de leur point de vue, non acquises à l'issue de la formation initiale, entraîne un rendement et une qualité de la prestation moindres, du fait de la dispersion occasionnée. La maîtrise d'une technique est, d'autre part, reconfortante, car source de gratification et de reconnaissance. S'ils reconnaissent la polyvalence nécessaire à une gestion équitable des hommes et à la dispensation d'examens, de jour comme de nuit, ils avancent que cette **polyvalence doit être organisée et le fruit d'un effort collectif consensuel.**

### □ Freins / facteurs favorisant relatifs à l'organisation du travail

Un des blocages réside dans le caractère imposé de la polyvalence par l'encadrement. Cette « obligation » arrive généralement dans les situations d'urgence, c'est à dire de remplacements inopinés de personnels absents. C'est donc le manque de personnel qui induit le plus souvent la mobilité des manipulateurs et de ce fait, un exercice polyvalent du métier. La polyvalence, ainsi conçue comme palliatif, est mal vécue, car déstructurante.

Les manipulateurs ont comme exigence la qualité du travail qu'ils fournissent auprès du patient. Pour ce faire, ils souhaitent être formés aux différentes techniques dans des conditions satisfaisantes d'apprentissage.

Ils attendent de leurs cadres une répartition équitable du travail, des horaires et des remplacements. **Ils estiment être partie prenante de l'organisation** et aspirent à ce que leurs propositions soient prises en compte, pour une construction collective des scénarii les plus adaptés à la prise en charge globale du malade et au maintien de leur professionnalisme. Il n'existe pas de solution unique. L'importance du plateau technique, son architecture, sa situation géographique, les effectifs en personnel, les contraintes horaires, les types d'examen... sont autant de facteurs qui influenceront le choix de tel ou tel scénario.

### □ Freins / facteurs favorisant relatifs aux échanges d'informations

Les échanges d'informations sont jugés indispensables pour que soit assurée la mission de service public hospitalier, en termes de qualité et de continuité des soins. Pour que ces informations servent à quelque chose, elles doivent être ciblées, fiables, structurées et organisées. Les manipulateurs évoquent principalement **trois limites à la transmission efficace des informations, utiles à tous** :

il existe **une concurrence entre les manipulateurs**. Afin d'acquérir ou maintenir la reconnaissance professionnelle, il est constaté une rétention de certaines informations, souvent les plus stratégiques. (« *certain gardent l'information pour rester plus fort* »).

il est fait part d'un **phénomène de « non réceptivité »** de l'information donnée, lorsqu'elle ne concerne pas le manipulateur dans sa situation immédiate de travail.

**l'information ne remplace pas l'expérience sur la technique**. Elle constitue un support, facilitant l'adaptation et la continuité des soins entre les différents membres de l'équipe. Elle est le véhicule des connaissances individuelles et collectives. Elle sert la pratique mais ne la supprime pas, les deux s'alimentant simultanément et/ou alternativement.

### Quatrième axe : polyvalence, sémantique et intérêt

□ **Les définitions de la polyvalence**

Comme pour les infirmières, cette question ouverte a été renseignée par l'ensemble des manipulateurs sans exception. Nous avons également recherché quelles étaient les grandes tendances, en extrayant de leurs réponses les principales idées-clés et mots-clés.

□ **Les principales idées-clés**

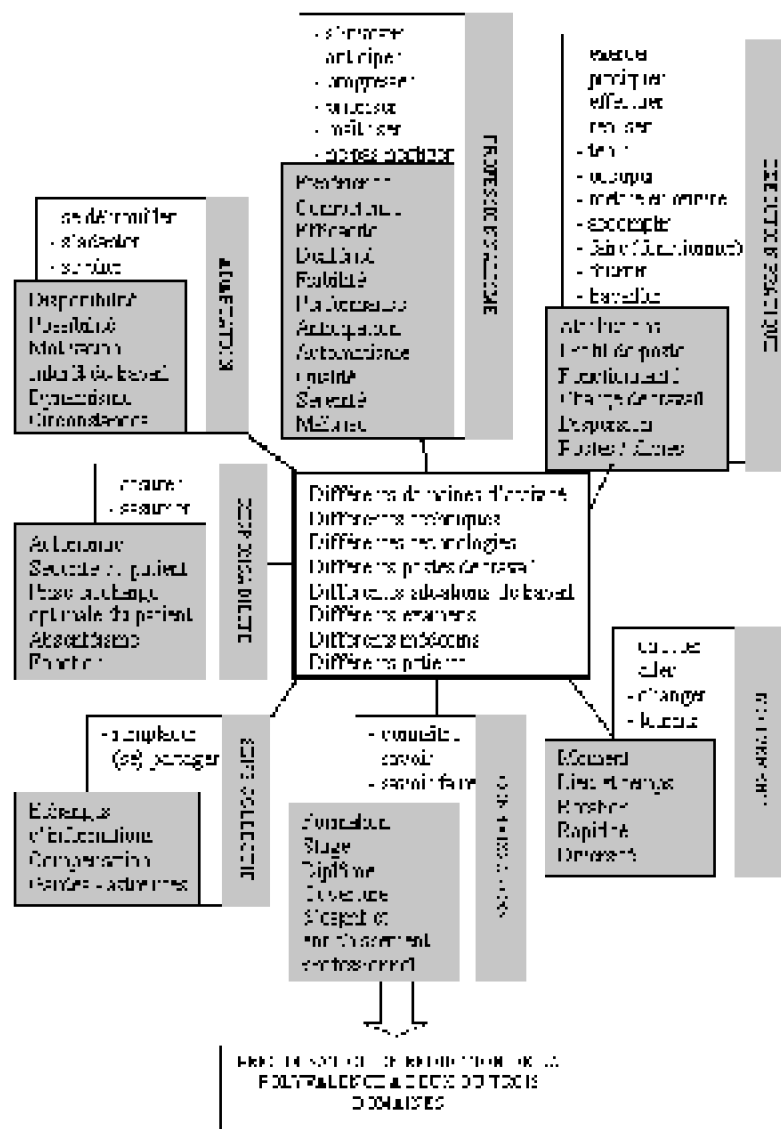
**La polyvalence, c'est :**

Être capable de	Être
<ul style="list-style-type: none"> <li>- travailler sur différents postes sans temps de readaptation au travail ;</li> <li>- s'adapter à différentes personnes et à différents postes de travail ;</li> <li>- pratiquer régulièrement toutes les technologies, ce qui est un enrichissement professionnel ;</li> <li>- remplacer au pied levé n'importe quel collègue et dans tous les horaires ;</li> <li>- effectuer dans toutes circonstances l'acte adapté à la situation, en restant autonome ;</li> <li>- assurer les urgences en gardes et aux ecrits, seul, dans des conditions optimales de réalisation et de résultat ;</li> <li>- développer un niveau de performance sur une technique moins connue ;</li> <li>- maîtriser la pratique d'examen dans différentes spécialités ;</li> <li>- progresser d'un point de vue technique et relationnel avec les patients et les collègues ;</li> <li>- se remettre en question et faire face à toute situation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- compétent dans plusieurs domaines de radiologie et assurer son travail avec efficacité, sécurité et fiabilité</li> <li>- à l'aise, rapide et efficace, sur n'importe quel poste ;</li> <li>- performant sur plusieurs techniques ;</li> <li>- être doté de multiples capacités et avoir plusieurs attributions au sein d'une même formation ;</li> <li>- actif et dynamique ;</li> <li>- plutôt jeune</li> </ul>

□ **Les principaux mots clés**

Nous retrouvons la même arborescence « verbes d'action »- « substantifs » que pour les infirmières. Les mots permettent de mieux appréhender ce que les manipulateurs entendent par « polyvalence ».

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**



Il faut noter que ces termes ont été utilisés dans 94 % des cas, dans un sens positif. En revanche, il est proposé une limitation de l'exercice de la polyvalence. **Seuls 6 % de manipulateurs ont défini la polyvalence en lui donnant une signification négative :**

«Avoir de bonnes bases générales mais au détriment de la qualité du travail (1 personne)

Connaissances superficielles à outrance (2)

Moyen ou bon partout mais non performant (1)

Etre apte à tout faire, mais n' exceller en rien (1)

C'est du butinage (1) »

### □ Les avantages de la polyvalence

Nous retrouvons les quatre thèmes évoqués par le public infirmier. Ils font l'objet d'une pondération selon la critériologie suivante :

++ très souvent

+ souvent

- parfois

-- rarement

Enrichissement professionnel (+)	Enrichissement personnel (+)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oblige à élargir ses connaissances ;</li> <li>- évite le monotone, la répétitivité, la routine ;</li> <li>- élargit le champ d'action (technique et relationnel) ; diversifie le travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- accroît la curiosité</li> <li>- permet de garder son esprit d'acceptation ;</li> <li>- contribue à entretenir une motivation, une remise en cause constante, une valorisation de la profession MEI ;</li> <li>- équilibre dose, évite la saturation et un stress négatif face aux difficultés répétitives</li> </ul>
Prévention d'insuffisance professionnelle (-)	Outil d'équité (-)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- évite la perte des acquis dans les autres domaines ; préserve l'avenir dans un milieu en perpétuelle évolution ;</li> <li>- stimule pour éviter la baisse de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorise l'égalité avec tous les MEI (certains techniques sont plus cotées que d'autres) ;</li> <li>- rompt l'élite des spécialistes ;</li> <li>- bonne gestion dans le service et évitement de conflits (même salaire, même formation) ;</li> <li>- réduction des inégalités de genre et de statut</li> </ul>

### □ Les limites de la polyvalence

En ce qui concerne les limites, quatre thèmes de préoccupations ont été mis en évidence

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

Déqualification professionnelle (+)	Mal-être personnel (-)
<p>Ne permet pas d'être présent dans tous les domaines ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- est un frein à la compétence, certaines tâches spécifiques.</li> </ul>	<p>Désengagement des responsabilités et manque de temps suffisamment dédié à son rôle ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- moindre investissement et moindre motivation ;</li> <li>- sentiment d'infériorité quand on n'est pas diplômé, changements d'horaires impactés par le remplacement nuisent à la qualité de vie.</li> </ul>
Insécurité (-)	Communication / Coordination / Concertation (-)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de suivi peut entraîner une négligence sur certains examens ;</li> <li>- polyvalence à outrance et non spécialisée peut faire baisser la qualité des soins ;</li> <li>- nuis à la performance et l'efficacité ;</li> <li>- difficile à prendre en charge du patient</li> </ul>	<p>Problèmes de transmission d'informations, le personnel en fonction des affinités et des hasards, provoque des insuffisances de communication.</p>

**□ Propositions de mise en oeuvre de la polyvalence par les manipulateurs**

Ces propositions traduisent aussi le souhait de participation et de collaboration des manipulateurs à leur propre organisation et évolution.



Polyvalence = un objectif à négocier	Organisation consensuelle et cohérente
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir la polyvalence comme moyen d'approfondir et diversifier ses connaissances ;</li> <li>- ne doit pas être imposée pour gérer l'absentéisme du personnel et répondre aux restrictions budgétaires ;</li> <li>- doit répondre aux aspirations du personnel, promouvoir le dévouement des MIEP, leur autonomie ;</li> <li>- consensus, volontariat, prise en compte des souhaits pour faire fonctionner un système polyvalent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un système de permanences avec ses soutiens (animaux) et compris sur l'IPDM ;</li> <li>- spécialise sur un ou deux domaines et en même temps polyvalent sur le reste ;</li> <li>- rotation de temps courts et temps longs (à faire varier selon les difficultés techniques) ;</li> <li>- permanences de deux ou trois ans sur le même poste de travail, puis mobilité sur un autre domaine (selon le volontaire de plan de carrière) ;</li> <li>- éviter les déperditions d'hommes entre techniques</li> </ul>
Reconnaissance de la polyvalence	Formation
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire participer tous les MIEP aux réunions, y compris les soutiens ;</li> <li>- prendre en compte la polyvalence dans l'évaluation annuelle comme facteur de motivation ;</li> <li>- valoriser la compétence du manipulateur polyvalent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sur la technique liée à chaque poste de travail (en double durabilité) ;</li> <li>- sur transmissions d'informations ;</li> <li>- sur l'économie, physiopathologie pour les maladies du service ;</li> <li>- échanges inter-techniques sur les techniques, l'organisation du travail ;</li> <li>- travailler sereinement et sans stress, avec confiance en soi</li> </ul>
Communication – Coordination – Concertation	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser les transmissions pour garantir une prestation de qualité ;</li> <li>- réaliser les protocoles en collaboration et les mettre à jour régulièrement</li> </ul>	

L'analyse des résultats expérimentaux (monographie et questionnaires réunis) fera l'objet du prochain chapitre. Mais auparavant, nous allons présenter succinctement le point de vue des responsables médicaux, administratifs et soignants.

#### 5.4. Point de vue des responsables : cadres soignants, médecins, directeurs<sup>183</sup>

**On peut d'ores et déjà dire que le point de vue des responsables : cadres soignants, médecins et directeurs est globalement similaire à celui des acteurs directement concernés par la polyvalence, à savoir les infirmier(e)s et manipulateurs radio.**

C'est pourquoi, nous avons choisi de présenter les principales idées-clés, relatives à la définition de la polyvalence, ses avantages et ses limites, de même que les modes

<sup>183</sup> L'intégralité des analyses figure en annexe n° 27



Concepts	Spécificateur		
	Indicateurs	Mécanisme	Réponses
<p>Avantages de la polyvalence</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meille réactivité des ressources humaines</li> <li>- Disponibilité des compétences dans les différents services</li> <li>- Répartition du budget de façon plus équitable</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Flexibilité pour les changements</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels à partir d'éléments concrets</li> <li>- Adaptabilité aux appels de compétence des départements en fonction des besoins</li> <li>- Permet de mobiliser les ressources disponibles de façon optimale</li> <li>- Favorise une meilleure satisfaction des clients</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> <li>- Favorise l'innovation et le développement</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Capacité d'adaptation</li> <li>- Flexibilité</li> <li>- Réactivité</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels</li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité de soins</li> <li>- Adaptation du processus de soins aux besoins</li> <li>- Réactivité des soins</li> <li>- Disponibilité des ressources humaines</li> <li>- Répartition du budget</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Flexibilité pour les changements</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels à partir d'éléments concrets</li> <li>- Adaptabilité aux appels de compétence des départements en fonction des besoins</li> <li>- Permet de mobiliser les ressources disponibles de façon optimale</li> <li>- Favorise une meilleure satisfaction des clients</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> <li>- Favorise l'innovation et le développement</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Capacité d'adaptation</li> <li>- Flexibilité</li> <li>- Réactivité</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels</li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Réactivité des soins</li> <li>- Disponibilité des ressources humaines</li> <li>- Répartition du budget</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Flexibilité pour les changements</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels à partir d'éléments concrets</li> <li>- Adaptabilité aux appels de compétence des départements en fonction des besoins</li> <li>- Permet de mobiliser les ressources disponibles de façon optimale</li> <li>- Favorise une meilleure satisfaction des clients</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> <li>- Favorise l'innovation et le développement</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Capacité d'adaptation</li> <li>- Flexibilité</li> <li>- Réactivité</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels</li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Réactivité des soins</li> <li>- Disponibilité des ressources humaines</li> <li>- Répartition du budget</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Flexibilité pour les changements</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels à partir d'éléments concrets</li> <li>- Adaptabilité aux appels de compétence des départements en fonction des besoins</li> <li>- Permet de mobiliser les ressources disponibles de façon optimale</li> <li>- Favorise une meilleure satisfaction des clients</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> <li>- Favorise l'innovation et le développement</li> <li>- <b>Meilleures pratiques de soins et de services</b></li> <li>- Capacité d'adaptation</li> <li>- Flexibilité</li> <li>- Réactivité</li> <li>- Réponse plus rapide</li> <li>- Favorise l'adhésion des professionnels</li> <li>- Permet d'offrir des soins de qualité</li> </ul>

Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

Convergences		Spécificités		
		Centre-urgences	Médecine	Diagnostique
Limites de la polyvalence	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Limites sociales</b></li> <li>- Accès à l'acte de diagnostic</li> <li>- Accès à l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>➤ <b>Limites économiques</b></li> <li>- Polyvalence vs spécialisation</li> <li>- Coût de l'acte de diagnostic</li> <li>- Coût de l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Limites technologiques</b></li> <li>- Impact de l'innovation technologique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Limites organisationnelles</b></li> <li>- Impact de l'innovation organisationnelle</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Limites réglementaires</b></li> <li>- Impact de l'innovation réglementaire</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Limites éthiques</b></li> <li>- Impact de l'innovation éthique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Centres-urgences</b></li> <li>- Accès à l'acte de diagnostic</li> <li>- Accès à l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>➤ <b>Centres-urgences</b></li> <li>- Polyvalence vs spécialisation</li> <li>- Coût de l'acte de diagnostic</li> <li>- Coût de l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Centres-urgences</b></li> <li>- Impact de l'innovation technologique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Centres-urgences</b></li> <li>- Impact de l'innovation organisationnelle</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Centres-urgences</b></li> <li>- Impact de l'innovation réglementaire</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Centres-urgences</b></li> <li>- Impact de l'innovation éthique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Médecine</b></li> <li>- Accès à l'acte de diagnostic</li> <li>- Accès à l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>➤ <b>Médecine</b></li> <li>- Polyvalence vs spécialisation</li> <li>- Coût de l'acte de diagnostic</li> <li>- Coût de l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Médecine</b></li> <li>- Impact de l'innovation technologique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Médecine</b></li> <li>- Impact de l'innovation organisationnelle</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Médecine</b></li> <li>- Impact de l'innovation réglementaire</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Médecine</b></li> <li>- Impact de l'innovation éthique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Diagnostique</b></li> <li>- Accès à l'acte de diagnostic</li> <li>- Accès à l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>➤ <b>Diagnostique</b></li> <li>- Polyvalence vs spécialisation</li> <li>- Coût de l'acte de diagnostic</li> <li>- Coût de l'acte de prise en charge et de soins</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Diagnostique</b></li> <li>- Impact de l'innovation technologique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Diagnostique</b></li> <li>- Impact de l'innovation organisationnelle</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Diagnostique</b></li> <li>- Impact de l'innovation réglementaire</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> <li>➤ <b>Diagnostique</b></li> <li>- Impact de l'innovation éthique</li> <li>- Équilibre entre soins et diagnostic</li> </ul>

Organisation de la polyvalence	Libéralisme	Spiritisme	
		Autonomie	Hiérarchie
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Polyvalence : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>2. Polyvalence : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>3. Polyvalence : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>4. <b>Libéralisme</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>5. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>6. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>7. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>8. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>9. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>10. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>11. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>12. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>13. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>14. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>15. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>16. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>17. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>18. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>19. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>20. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>2. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>3. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>4. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>5. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>6. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>7. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>8. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>9. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>10. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>11. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>12. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>13. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>14. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>15. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>16. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>17. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>18. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>19. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>20. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>2. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>3. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>4. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>5. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>6. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>7. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>8. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>9. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>10. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>11. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>12. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>13. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>14. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>15. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>16. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>17. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>18. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>19. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>20. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>2. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>3. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>4. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>5. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>6. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>7. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>8. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>9. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>10. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>11. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>12. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>13. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>14. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>15. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>16. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>17. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>18. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>19. <b>Autonomie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> <li>20. <b>Hiérarchie</b> : réalisation de tâches au sein d'un service</li> </ul>

En conclusion de ce chapitre consacré aux résultats des enquêtes réalisées tant en CHU qu'en CHG, et ce, auprès des publics infirmiers, manipulateurs radio et de leurs responsables, nous pouvons dire que :

**les définitions relatives à la polyvalence** présentent les mêmes caractéristiques, à savoir que l'étendue du champ d'action en constitue la base. Ce peut être un approfondissement du travail au sein du même secteur d'activité, un élargissement du travail limité à des secteurs de mêmes spécialités ou bien étendu à des secteurs de spécialités différentes. Ceci montre à quel point il est important d'en préciser la nature et les contours, afin que chacun puisse se prononcer sur le même objet.

**les critères personnels** ne semblent pas influencer sur le niveau de polyvalence (âge, ancienneté...), puisque l'on retrouve à peu près tous les cas de figure dans chaque classe de polyvalence.

en revanche, **les critères liés à la gestion des ressources humaines** semblent constituer des facteurs sur lesquels le cadre peut agir pour mobiliser son équipe autour d'un projet commun, la polyvalence pouvant être une des conditions de réalisation de ce projet. Malgré les particularismes, les professionnels de santé ont tous la même finalité, à savoir dispenser la meilleure qualité de soins aux patients. C'est pourquoi les cadres ont à optimiser leur gestion des ressources humaines, en utilisant, notamment, des outils de management fiables et adaptés, ces derniers leur faisant souvent défaut.

**les freins à la polyvalence** ne sont pas seulement liés à la technicité des actes, l'organisation du travail et la communication en constituant tout autant, voire plus. Ces deux derniers points dépendent directement des compétences managériales du cadre.

**les avantages relatés de la polyvalence** témoignent des nombreuses possibilités d'adhésion des personnels à une organisation polyvalente, à condition qu'elle soit comprise, anticipée et négociée. La permanence du service rendu aux usagers, la globalité du soin, l'enrichissement professionnel, l'équilibrage des charges de travail, la souplesse du fonctionnement, l'homogénéisation des pratiques et le décroisement représentent les principaux avantages.

**les limites évoquées** traduisent le moindre management de la polyvalence. L'incertitude et la crainte font de la polyvalence "un risque à ne pas prendre". Une polyvalence subie et improvisée devient synonyme de déqualification professionnelle, de baisse de la qualité des soins, de charge physique et psychologique de travail accrue...

Nous allons maintenant procéder à **l'analyse des données produites** par les entretiens, les questionnaires et notre expérience professionnelle. Cette "opération de subjectivation" complète ainsi "l'opération d'objectivation" qui vient d'être présentée.

## PARTIE 3 une polyvalence ciblée et structurée comme réponse organisationnelle a des intérêts partages

Nous avons vu, au travers de la monographie, de l'enquête par questionnaire et des entretiens effectués auprès des responsables à quel point la polyvalence interroge, quant à son étendue, ses conditions de mise en oeuvre, ses impacts. Son caractère imprécis suscite et encourage les interprétations.

Les deux premiers chapitres de cette troisième partie complètent la recherche exploratoire, dans le sens où il s'agit de réaliser « une opération de subjectivation »<sup>184</sup>, c'est à dire, de donner notre point de vue, donc une autre lecture des données recueillies :

· Nous procéderons tout d'abord à **une analyse au second degré** de ces données, pour trouver un sens et une cohérence à « l'histoire » de la polyvalence sur le terrain.

· Puis, nous en tirerons un certain nombre de conclusions pour tenter une **conceptualisation de la polyvalence** : une approche diachronique et synchronique de

<sup>184</sup> Cf figure n° 24 : Processus itératif de production de données relatives à la polyvalence (Processus de construction à la connaissance) ( chapitre 3)

la polyvalence complètera l'approche sémantique, en quelque sorte, incontournable. Seront également traités les processus mobilisateurs de la polyvalence en tant que leviers d'action managériale.

Le dernier chapitre de notre recherche, à visée transformative consistera à donner une ouverture sur la gestion des ressources humaines dans son ensemble, en apportant quelques **recommandations à destination des cadres**, ayant à développer leurs compétences managériales. Notre recherche met, effectivement, en lumière qu'une carence à ce niveau, constitue un frein à **la mise en oeuvre d'une organisation polyvalente**.

## **Chapitre 6 – Analyse des résultats expérimentaux**

Ce chapitre présente notre analyse sur l'ensemble des données recueillies dans le cadre de notre recherche. Il porte ainsi, tant sur la monographie réalisée au sein d'un établissement hospitalier de rééducation ayant une expérience de la polyvalence, que sur l'enquête exploratoire relative à l'exercice de la polyvalence paramédicale en CHU et CHG. En effet, les deux études étaient centrées sur le même objet (l'exercice de la polyvalence, ses représentations, sa traduction au quotidien) et sur le même public (les paramédicaux). Elles nous ont permis de rencontrer les mêmes types d'acteurs, à savoir les médecins, les directeurs, l'encadrement ainsi que les professionnels de terrain et ont constitué deux approches tout à fait complémentaires.

Pour tenter de cerner le fonctionnement des unités de soins et de radiologie en termes de polyvalence, nous avons retenu les six familles de dysfonctionnements proposées par H. SAVALL<sup>185</sup>, à savoir : l'organisation du travail, la gestion du temps, les conditions de travail, la communication – coordination – concertation, la mise en oeuvre stratégique et la formation. Elles constituent à la fois des variables explicatives du fonctionnement de l'entreprise et des domaines de solutions potentiels.

L'avis d'expert présenté ci-après est, selon la définition de l'ISEOR, « l'intime conviction des intervenants sur les dysfonctionnements majeurs et les causes profondes ou racines de ces dysfonctionnements (exprimés ou non par les acteurs rencontrés)... ».

### **6.1. Mise en oeuvre stratégique : la polyvalence au coeur d'une politique institutionnelle déterminée par l'accroissement général des contraintes écono-miques et financières**

---

Les pressions touchent tous les domaines d'activité. Elles conduisent à une interrogation permanente sur les coûts, la rentabilité, les délais, la performance et imposent un management des équipes plus exigeant et beaucoup plus fin, basé sur l'optimisation des

---

<sup>185</sup> Cf. SAVALL (H), ZARDET (V) : « Maîtriser les coûts et les performances cachés ». Op. cit.



processus de gestion

### **6.1.1. L'hôpital, une coexistence de multiples « microcosmes » correspondant à des lieux de vie, personnelle et professionnelle, cloisonnés**

Chaque service vit en vase clos. Il y règne une atmosphère quasi-familiale, dans le sens où les relations interindividuelles sont chargées d'affectif. « L'implicite » et « l'informel » favorisent les jeux d'influence, donc les jeux de pouvoir entre les membres d'une même équipe. Les zones d'incertitude étant fortes, la quête de protection peut parfois mobiliser une quantité importante de l'énergie humaine.

Au sein de la « macroculture » hospitalière, existent des « microcultures » de service portées, voire supportées, par les responsables médicaux et paramédicaux. La logique de service prévaut souvent sur la logique institutionnelle. Ainsi, bien qu'ils soient conscients de la nécessité d'équilibrer les charges de production de soins, afin que chaque patient bénéficie d'une répartition équitable des prestations, les personnels restent hésitants à intervenir dans des situations de travail occasionnelles, car ils manquent de visibilité sur la contribution attendue.

Une polyvalence subie et non managée accroît l'incertitude, et avec elle, la perte des points de repère habituels. Il en résulte une instabilité individuelle puis collective, induisant une perturbation du fonctionnement de la structure de soins. Le passage de la situation connue (en l'occurrence celle de son service) à une situation inconnue ou en devenir (l'exercice provisoire dans un autre service) ne fait que peu souvent l'objet d'une mise en oeuvre stratégique ciblée.

« Il y a une **difficulté réelle à penser l'hôpital dans sa globalité avant de penser les services dans leurs spécificités**. Chaque service a tendance à se comporter en concurrent vis à vis de l'autre, et défend jalousement son personnel, son matériel, son champ d'activité.

Cette conception du fonctionnement bloque les synergies entre services et par exemple pose de nombreux problèmes aux infirmières générales lorsqu'il s'agit de répartir le personnel soignant en fonction des variations du taux d'activité des services. Elle a des conséquences aussi sur la relation au patient qui est rarement considéré comme un client de l'hôpital mais plutôt comme un client du service. D'où la difficulté de mettre en oeuvre un dossier de soins unique qui suivrait le patient dans les différents services... Ce fonctionnement en chapelles (les services) se couple d'un fonctionnement en « tuyaux d'orgue » organisé autour des corps professionnels qui sont autant de logiques professionnelles différentes...

Tout ceci explique les difficultés rencontrées pour développer des pratiques transversales dans les établissements et pour faire en sorte que les équipes fonctionnent comme des équipes et non comme une juxtaposition d'individus dont les projets et les logiques sont divergents »<sup>186</sup>.

---

<sup>186</sup> BARATHAY (P), GUERIN (T), MAHE (M-C), TAVERNIER (N) : « La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics ». Rapport d'Etude, Entreprise et Personnel, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la ville, Direction des hôpitaux, Sous-direction de la Fonction Publique Hospitalière, Janvier 1994, P. 22 et 23

### 6.1.2. Une complexification croissante des mécanismes de régulation, difficile à intégrer

La multiplicité des acteurs et des centres de décision a bouleversé **la logique d'auto-régulation de chaque territoire**, c'est à dire de chaque service, **basée sur le cloisonnement catégoriel et sectoriel**. C'est une nouvelle vision de la répartition des moyens humains qui, peu à peu, prédomine, de même que parallèlement, la nécessité de professionnaliser les personnels en leur donnant plus d'autonomie, plus de responsabilités pour plus de compétences. La polyvalence s'opposerait ainsi aux défenseurs de l'ordre antérieurement établi. On se retranche, de ce fait, derrière les injonctions d'une tutelle pour « faire », voire pour « faire face », ce qui semble constituer un transfert de responsabilités salvateur pour un certain nombre de cadres, non encore prêts à s'inscrire dans une logique managériale plus systémique. C'est une façon d'externaliser ses propres manques et insuffisances.

### 6.1.3. L'absence d'un « modèle conceptuel » de la polyvalence

Nous avons vu que les avis des responsables et des paramédicaux sur la polyvalence se rejoignent le plus souvent. Leurs définitions sont convergentes, de même que les avantages et les inconvénients pressentis. Personne ne s'y oppose formellement, beaucoup la redoutent, tous reconnaissent qu'elle permet davantage de souplesse dans le système. Le problème réside bien **dans l'hétérogénéité des représentations** qu'elle suscite.

L'absence d'un « modèle conceptuel » officiel, formulé clairement et partagé, génère les incertitudes et les réticences si souvent évoquées, et ce, quels que soient les acteurs. Un modèle ou guide permettrait aux infirmières ou manipulateurs radio de coordonner leurs connaissances, valeurs, opinions et pratiques, de penser et agir de manière semblable (et non pas identique) et ainsi de déterminer la façon dont ils prendraient en charge les patients, en tant qu'individus et groupes.

### 6.1.4. La polyvalence utilisée comme réponse curative à un problème d'absentéisme

La polyvalence intégrée intrasecteur semble être évidente et bien vécue par les acteurs concernés. Elle constitue un réel enrichissement et confère une certaine reconnaissance. En revanche, la polyvalence intersecteurs se révèle être créatrice de stress, d'incertitude et de déstabilisation. Nous avons pu repérer que **dans la grande majorité des cas, elle n'était pas préparée**. La mobilité externe, trop souvent déclenchée par l'urgence d'un poste à remplacer, se vit mal. On observe même un phénomène d'amplification du problème.

*« C'est toujours les mêmes qui remplacent... Nous remplaçons beaucoup plus que nos collègues du palier voisin... »*

Ce qui interroge, c'est que tous disent la même chose !

La polyvalence relève d'une politique institutionnelle inscrite sur les compétences et

la démarche qualité : elle représente, en quelque sorte, la vision globale des « macromanagers » basée sur l'anticipation des compétences à posséder et non sur la solution à apporter dans une situation de crise. La mobilité, érigée comme une fin en soi, et non comme un levier de développement de compétences transversales, se heurte à des blocages durables.

### **6.1.5. La polyvalence, une remise en cause des cadres de référence traditionnels**

Cette remise en cause entraîne par la force des choses une révision profonde des attitudes et des façons de concevoir le travail au sein d'une équipe de santé, c'est à dire une équipe beaucoup plus large que celle de l'unité de soins ou du secteur technique. Il faut par conséquent progresser vers une conception plus dynamique de l'équipe de santé, afin de faire coïncider l'offre et la demande en matière de santé. **La polyvalence intersecteurs, ou interservices fait de la mobilité une nouvelle valeur professionnelle à promouvoir.**

## **6.2. Organisation du travail et gestion du temps : la polyvalence, une approche organisationnelle discréditée**

---

### **6.2.1. Un management basé sur l'affectivité**

Ce type de management est antinomique avec la rationalité des pratiques d'organisation et de planification requises pour le fonctionnement optimal d'un collectif. **Le subjectif prédomine avec son lot de dysfonctionnements** : peu ou pas de diagnostic des situations, insuffisance d'analyse stratégique, peu ou pas de pronostic, absence de décisions objectives.

Dans ce cas de figure, les cadres sont toujours surchargés : ils répondent instantanément à toute demande, quelle qu'en soit sa nature, se situent dans l'arrangement permanent, font corps avec l'équipe face aux injonctions des supérieurs hiérarchiques, s'enferment dans une logique émotionnelle... En clair, on assiste à une navigation « à vue » et non « aux instruments ».

### **6.2.2. La faiblesse des compétences en organisation**

L'organisation est de la responsabilité du cadre et repose sur les compétences du personnel, via les compétences managériales du cadre lui-même. Ce dernier a pour mission de répartir les activités en fonction des compétences du personnel d'une part, et en fonction du temps d'autre part. Il a également **une mission de mise en cohérence** :

De la gestion de l'activité

—

processus de soins (protocoles validés et remis à jour)

–  
modes de gestion techniques des dossiers, des matériels...

De la gestion des hommes

–  
roulements du personnel,

–  
grille de compétences, tableaux de bord...

Il semble que beaucoup de cadres méconnaissent encore les procédures de management par projet, ce qui limite leur champ d'action à la gestion du quotidien « ici et maintenant », sans maîtrise de l'environnement.

### **6.2.3. L'insuffisance de mesure des fluctuations qualitatives et quantitatives de la charge de travail**

L'implantation de la polyvalence des personnels consisterait tout d'abord, pour le cadre, à analyser prospectivement la charge de travail de l'équipe. Nous avons constaté que les cadres étaient mal pourvus en outils de gestion d'adéquation « formation – emploi – compétence ». Cette **insuffisance d'outils managériaux de pilotage** induit une gestion au « coup par coup », source d'insatisfaction pour les personnels vivant dans l'incertitude du lendemain. Une gestion anticipée des situations potentielles permettrait au cadre d'envisager différents scénarii d'intervention – régulation et de mettre en oeuvre, le moment venu, la réponse la plus appropriée.

### **6.2.4. L'absence de règles de fonctionnement formelles et communes**

Les règles sont le plus souvent de **nature informelle**. Seuls les personnels permanents les connaissent, et encore, à des degrés différents **selon les affinités interpersonnelles**. Les remplaçants sont vulnérabilisés par le manque de clarté de l'organisation et le flou des modalités de travail de même que des responsabilités.

### **6.2.5. Une gestion des soins et des techniques fréquemment hermétique aux non initiés**

**Les réserves** des produits et matériels, **leurs rangements, restent l'apanage de quelques-uns**, au détriment d'un collectif pourtant chargé de prodiguer des soins cohérents de qualité. Les remplaçants disent « passer leur temps à chercher dans les placards ce qui leur est nécessaire pour fournir la prestation attendue ». Leur travail est dispersé, fatigant et peu efficace. C'est un des facteurs de stress relaté par les différents personnels.

### **6.2.6. Une gestion du temps difficile**

Les cadres ne sont pas les seuls à souffrir d'un émiettement du temps de travail. Les personnels en souffrent également, et ce, d'autant plus qu'ils sont amenés à exercer dans une « sphère étrangère ». Les interruptions de l'activité sont constantes, **la logique de l'urgence prévalant à l'hôpital**. Le règlement simultané de plusieurs problèmes, la gestion de l'imprévu, le sentiment de devoir répondre instantanément tant aux autres acteurs hospitaliers qu'aux patients et leurs familles, altèrent quotidiennement la qualité du travail fourni ou à fournir.

## **6.3. Conditions de travail**

---

### **6.3.1. La pénibilité du travail soignant, génératrice de stress et d'absentéisme**

Cette pénibilité s'inscrit dans un cercle vicieux, duquel il semble difficile de sortir :

Pénibilité du travail absentéisme remplacements

Absentéisme pénibilité du travail remplacements...

**La solution envisagée ne s'exprime qu'en termes d'effectifs supplémentaires à octroyer.** Les études réalisées par l'encadrement tendent généralement à démontrer l'insuffisance d'effectifs au regard d'une charge de travail incompressible. En revanche, il en existe peu ayant comme objet d'apporter des solutions à une situation de crise, par le biais notamment de propositions en termes d'aménagement du temps de travail.

Personne n'ignore que les rythmes demeurent très inégaux, en fonction des périodes de la journée (matins : très surchargés, après midi : moins surchargés et nuits : plus axées sur la veille et la surveillance).

Les réponses quantitatives à une pénibilité du travail, fortement décriée de par ses impacts sur le personnel et sur les patients, devraient être corroborées à des réponses qualitatives trop souvent absentes.

### **6.3.2. Une surcharge de travail réduisant la marge de manoeuvre individuelle**

La polyvalence présente, dans un premier temps, des aspects négatifs dûs à la surcharge de travail perçue ou réelle. Lorsque la polyvalence n'est pas préparée, anticipée, le personnel va s'épuiser dans l'accomplissement de sa tâche, se trouvant fortement dépendant d'autrui pour obtenir les informations nécessaires à l'exercice de son activité. Sa marge de manoeuvre diminue, sa confiance également. Le travail devient alors source d'insatisfaction et de malaise personnel. A ce titre, **la polyvalence de mobilité externe occasionnelle se révèle être la situation de travail la plus déstabilisante pour les personnels.**

A contrario, **une polyvalence négociée, programmée et consensuelle permet à l'infirmier(e) ou au manipulateur radio de dépasser le stade de l'ignorance et de l'incertitude**, par une maîtrise progressive des tâches confiées. Dès que l'agent parvient à mettre en oeuvre ses compétences, le travail devient source de satisfaction. Dans notre recherche, on l'observe pour les cas de remplacement de longue durée.

### 6.3.3. La non valorisation de la polyvalence

L'insuffisance de soutien des personnels dans les premières expériences de polyvalence constitue une des explications à ce sentiment de non reconnaissance d'un travail polyvalent. Beaucoup évoquent leur arrivée précipitée dans un service en effervescence et leurs difficultés à y trouver leur place. Un accueil quasi inexistant, quelques informations sibyllines « happées dans le couloir », précèdent un travail à exécuter dans les plus brefs délais !

La valorisation attendue ne se situe pas en termes d'obtention d'avantages sociaux mais en termes de **reconnaissance des compétences transversales développées**. Cette valeur ajoutée devrait, aux yeux des personnels, constituer **un facteur de progression professionnelle individuelle**.

### 6.3.4. La baisse de la qualité de vie au travail

Elle se perçoit à travers le surmenage des personnels et les tentatives de fuite de la situation. Fatigue et stress prédominent et altèrent les capacités de raisonnement, au profit de réactions émotionnelles difficiles à contrôler. **Les personnels ont le sentiment de vivre dans un service en perpétuelle crise**. Cette vision pessimiste constitue un frein certain à la promotion de nouvelles données organisationnelles, telles que la polyvalence. Le personnel est démotivé et se consacre uniquement à assurer la sécurité du service, au quotidien. Tout projet, faisant appel à une réflexion sur le moyen et le long terme, semble illusoire et inutile.

### 6.3.5. Une vie familiale déséquilibrée par un travail polyvalent insuffisamment organisé

Il y a résistance au changement dès que l'agent ne peut plus concilier vie de famille et vie au travail. La pénibilité des horaires, leur désynchronisation par rapport aux rythmes familiaux et sociaux, la contrainte des jours fériés travaillés ne sont supportables et supportées que dans le cadre d'une organisation rationnelle et fiable. **Les remplacements provoquent très souvent une rupture de la planification et, de ce fait, une rupture de l'équilibre familial**.

Nous avons pu constater que la crainte d'avoir à changer son organisation personnelle constituait un poids psychologique fort.

## 6.4. Communication – Coordination – Concertation

---

### 6.4.1. Le sentiment d'une communication verticale tronquée

Les cadres ne sont pas toujours en mesure de transmettre à leurs équipes les informations plus générales qu'elles attendent. **En effet, les informations relatives au processus de travail ne suffisent plus aujourd'hui**. Elles doivent être resituées dans un contexte plus global, intégrant notamment l'environnement interne et externe du travail,

les implications politiques... L'objectif est en quelque sorte de « comprendre le tout » pour « intégrer les parties ».

« Dans le cadre de notre recherche, on repère des incompréhensions : *pourquoi cette tendance à promouvoir la polyvalence ? Quelles sont les intentions cachées de la direction ? Que veut-on faire de nous ?* »

#### **6.4.2. Les déficiences d'une communication latérale interservices**

La communication latérale intraservice fonctionne plutôt bien. « Les rouages sont bien huilés ». Demeurent, néanmoins quelques hétérogénéités dues en partie, aux affinités interindividuelles, l'information constituant un facteur d'influence, source de pouvoir.

En revanche, **la communication latérale interservices fonctionne mal. L'ouverture aux autres secteurs n'est pas encore intégrée culturellement.** Sortir de sa sphère confère encore méfiance et doute. Le rôle de communicateur de l'encadrement apparaît aujourd'hui comme une exigence également prioritaire. Il est sans doute le mieux placé pour transmettre cet ensemble de valeurs, de règles, de comportements, d'objectifs fédérateurs, qui constituent la culture de l'entreprise.

#### **6.4.3. Le service hospitalier, une zone de promiscuité source d'échanges plus affectifs que professionnels**

**« Il semblerait que plus des professions de statuts différents se côtoient facilement dans le travail, moins la communication s'établit facilement entre elles . Des mécanismes régulateurs de mise à distance sociale semblent alors à l'oeuvre et ils seraient destinés à préserver les identités professionnelles de chacun »<sup>187</sup>**

Autant les échanges peuvent être faciles et courtois lorsqu'il s'agit de partager un moment de convivialité, en lien avec l'histoire individuelle d'un des membres « de la communauté », autant les échanges peuvent être difficiles, voire évités, lorsqu'il s'agit de traiter un dysfonctionnement de service, dont les impacts touchent tout le monde.

Nous avons pu voir que la polyvalence de mobilité externe était le plus souvent synonyme de remplacement impromptu, donc synonyme de dysfonctionnement organisationnel. Chacun en fait sa propre analyse : rancoeur, amertume, désillusion prennent alors le pas sur un raisonnement objectif, seul apte à permettre la clarification de la situation.

Il appartient, probablement, au cadre de réunir son équipe afin de réfléchir collectivement aux activités nécessaires à la prise en charge optimale des patients et afin de construire consensuellement les réponses adaptées.

Pourraient être ainsi déterminées, la nature de la contribution à fournir et par là même la nature de la polyvalence à promouvoir dans un intérêt partagé. C'est effectivement un des manques importants à combler : **communiquer autour des stratégies à mettre en oeuvre** pour assurer sereinement et efficacement la mission de service public hospitalier

---

<sup>187</sup> HART (J), MUCCHIELLI (A) : « Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc », éditions Lamarre, 1994, P. 141 et 142.

si chère à tous les acteurs de santé. Ceci **éviterait la prolifération d'interprétations mettant plus en avant leurs auteurs que leur objet.**

Débattre de la polyvalence, c'est entendre les points de vue de ses collègues, exposer son propre point de vue, et chercher ensemble comment rendre gérable la complexité et non pas comment la réduire. En effet, vouloir annihiler une situation ne va pas dans le sens de l'intégration et de l'appropriation des évolutions inhérentes à toute organisation.

## 6.5. Formation

---

### 6.5.1. La formation continue, un lieu de réflexion et d'échanges à promouvoir en concertation avec les agents

Partir en formation, non pas pour « prendre l'air », mais pour, au retour, réinvestir au sein de l'équipe les nouveaux savoirs acquis, demande un travail préalable bien ciblé. Là encore, la formation ne doit pas être une fin en soi, mais un outil d'amélioration de la compétence individuelle, puis collective. Que va-t-on y chercher ? Pour quoi faire ? Les personnels sont demandeurs de formations-actions, qui les aideront à formaliser des projets d'équipe visant à fournir, directement ou indirectement, une meilleure qualité des soins aux patients. Ces temps de réflexion, pilotés à l'extérieur du service, permettent la prise de recul et, de ce fait, un retour à plus d'objectivité sur les situations vécues.

Il existe cependant une certaine contradiction : **la formation continue est à la fois sollicitée par les personnels, mais aussi vécue comme facteur d'absentéisme.** Les retours de formation sont parfois difficiles pour les agents, qui recueillent les griefs des collègues ayant dû « mettre les bouchées doubles » pendant leur absence. Théoriquement, le transfert des savoirs acquis est souhaité, pratiquement il est souvent rejeté.

### 6.5.2. La sous-utilisation de formes éducatives plus informelles

Le compagnonnage ou tutorat<sup>188</sup> 1, que les personnels sollicitent sous la forme de « stages en doublon », présente des effets d'insertion ou d'intégration tout à fait intéressants. Il permet une mise en confiance progressive, et favorise les apprentissages relationnels et sociaux. Sans volonté éducative organisée, le compagnonnage constitue, néanmoins, un levier d'acquisition des compétences transversales à posséder, dans le cadre de la polyvalence.

Il nécessite, toutefois, une gestion organisée et anticipée des effectifs au regard de la charge de travail pressentie.

---

<sup>188</sup> Cf (J.J) BORN, (C) LEBORGNE « Rendre l'entreprise tutrice », Ed Entente, 1992, 150 pages Cf (C) LEBORGNE « Développer la fonction tutorale dans l'entreprise : guide méthodologique élaboré à partir de l'analyse du dispositif ATC (Accueil et transmissions de compétences) Cf (F) VINCENT « La pédagogie du tutorat » Education permanente, n° 65, 1982 Cf (J.L) AUGER « Tutorat : des situations et des pratiques diverses », FFC, n° 464, 1<sup>er</sup> mai 1998, p 11 à 16



Le compagnonnage ne se limite pas au travail prescrit et aux structures formelles, mais il prend en compte le réel et l'informel. Or il n'est pas suffisamment utilisé pour amener les personnels vers plus de polyvalence, bien que régulièrement demandé.

### **6.5.3. Une forte demande des personnels de cours d'actualisation des connaissances par les médecins**

On peut s'interroger sur le fait que la mise en place, a priori aisée, de ces cours soit en réalité si difficile. Les personnels et les médecins se côtoient en permanence et travaillent ensemble. Malgré cela, les équipes n'arrivent à bénéficier que de deux ou trois heures de cours animées par les médecins annuellement, et encore, pas toujours !

La motivation des demandeurs est-elle aussi forte que cela ? Qu'en est-il de l'intégration de ces actions formatives par le cadre dans l'accroissement du capital de compétences ? Pourquoi les médecins ont-ils du mal à dégager du temps pour des interventions pédagogiques au sein de leurs propres services ?

Certes, nous avons vu que les rythmes et charges de travail étaient conséquents, mais cela ne semble pas suffire à expliciter le phénomène.

**« On se trouve dorénavant dans des modes d'organisation du travail, où ce n'est plus l'intelligence et le savoir de quelques uns qui définit le travail des autres, mais une forme d'intelligence collective, favorisée par des modes d'organisation qui favorisent l'apprentissage permanent et l'amélioration continue. Il y a fondamentalement un parallèle entre les modes d'apprentissage et les modes d'organisation. Le savoir réellement utile se crée sur le terrain au plus proche des situations à résoudre, et dans l'innovation qui ouvre des voies nouvelles de développement des produits, des services, et de progrès des processus de gestion »<sup>189</sup>**

**En conclusion**, il existe une réelle difficulté à « penser » l'hôpital dans sa transversalité, de par la logique prédominante d'auto-régulation de chaque service. Dans ce contexte de cloisonnement catégoriel et sectoriel, la polyvalence interservices n'est pas anticipée, ni préparée. Elle demeure une réponse curative à un problème d'absentéisme.

Manager la polyvalence demande, de fait, aux cadres de solides compétences managériales. Pour ce faire, il est nécessaire qu'ils développent des outils de pilotage stratégique. Ceci les aiderait à dissocier « gestion de l'activité de soins » et « gestion des hommes », ces dernières étant encore bien souvent confondues.

Promouvoir la polyvalence, c'est valoriser des compétences transversales reconnues. Reconnaître ces compétences, c'est au préalable les avoir identifiées et circonscrites. Nous allons ainsi tenter de dégager un modèle conceptuel générique de la polyvalence, dans un objectif de clarification et d'homogénéisation des représentations sur le contenu du travail attendu.

---

<sup>189</sup> MEIGNANT (A) : « Le savoir et l'entreprise, un nouveau paradigme ». Revue personnel, ANDCP, n° 378, mars-avril 1997, p. 77 à 85, p. 81

## Chapitre 7 - La polyvalence : un concept pluridimensionnel

### 7.1. Les références théoriques et pratiques

---

#### 7.1.1. La polyvalence : une terminologie plurielle

La polyvalence constitue une forme d'organisation du travail, basée sur le principe de la non-spécialisation. Elle apparaît ainsi comme une alternative à l'organisation taylorienne du travail encore très prégnante aujourd'hui. Selon le dictionnaire Robert, « l'adjectif « polyvalent » est apparu en France à la fin du XIXe siècle, dans la médecine et la chimie. Le substantif est probablement plus récent. Le terme « valence », en chimie, se réfère aux liaisons possibles d'un atome avec d'autres atomes ; ainsi, les mots multivalence ou polyvalence renvoient à l'idée de liaisons multiples entre les éléments d'une catégorie quelconque ou entre des éléments d'une catégorie avec ceux d'une autre catégorie. Dans le domaine de l'organisation du travail, la notion de polyvalence renvoie aux liaisons établies entre un homme d'une part et des postes de travail ou des fonctions d'autre part. Le contexte historique dans lequel apparaît le vocable met clairement en évidence que le phénomène de « polyvalence » s'oppose à la spécialisation des tâches, prônée par le taylorisme...

Contrairement à la spécialisation des tâches, qui stipule « un homme, une tâche, un poste de travail », le principe de la polyvalence suppose, dans le champ de l'organisation du travail, la possibilité d'affecter alternativement et/ou successivement, un homme à deux tâches différentes, à deux postes de travail différents, à deux fonctions différentes »<sup>190</sup>

Il est généralement admis que **la polyvalence est la qualité de celui qui peut exercer plusieurs activités différentes et qu'elle est une manifestation de l'engagement personnel et professionnel**. La littérature abonde toutefois en définitions : les termes plurivalence ou multivalence peuvent être considérés comme synonymes de polyvalence ou bien comme comportant une nuance. La plurivalence serait par exemple, la qualité de celui qui peut exercer une même activité, en produisant des effets différents. Son développement est dans ce cas favorisé par la rotation des tâches ou par l'élargissement du travail et conditionnerait la mobilité inter-postes. A un niveau plus élaboré, la polyvalence conduirait à une mobilité inter-emplois<sup>191</sup>.

<sup>190</sup> DADOY (M) et collectif d'auteurs : " Les analyses du travail, enjeux et formes " Cereq. Collection des études. N° 54. Mars 1990, 240 pages, P. 125

<sup>191</sup> BOCQUILLON (M) : " Perspectives nouvelles dans l'évaluation des emplois : l'apport des approches socio-techniques et socio-économiques ". Thèse pour le doctorat en sciences de gestion à l'université Lumière Lyon 2, supplément, 1986, 400 pages.

Cette difficulté à définir ce qu'est la polyvalence va induire des représentations très diverses au sein des organisations. Les suffixes « multi », « poly », « pluri » évoquent, certes, la multiplicité, un nombre pluriel, mais par rapport à quoi ?

Théoriquement, la polyvalence est une extension de la monovalence, mais que veut dire monovalence ?

Le substantif « valence » n'étant pas lui-même explicite, dans le contexte étudié, d'autres substantifs sont couramment utilisés pour tenter de définir la polyvalence : (poly)activité, (poly)fonctionnalité, (poly)technicité, (poly)compétence... On retrouve ainsi la même ambiguïté. Qu'est-ce que la monocompétence ? Qu'est-ce qu'une monoactivité ? Le problème réside bien dans la méconnaissance du point de départ ou statut de référence. En effet, on ne peut comprendre la pluralité si l'unicité n'est pas clairement définie.

La gestion des ressources humaines n'est pas une science exacte, et le travail de l'homme ne peut se réduire à l'addition mathématique de « tâches univoques ». Pour comprendre la polyvalence, il est ainsi nécessaire d'explorer les formes qu'elle revêt, comment elle se manifeste dans les situations de travail au quotidien, et comment elle est perçue et vécue par les personnels. Il appartient à chaque organisation de lui donner un sens concret, par rapport à des normes collectives connues. Il apparaît ainsi difficile, voire délicat, de rechercher une définition univoque du terme polyvalence. En revanche, en observer sa traduction opérationnelle concourt à appréhender ses principales caractéristiques.

**La polyvalence peut se rencontrer dans trois situations distinctes**<sup>192</sup> :

**« - La polyvalence est requise par la recomposition de tâches qui étaient autrefois éclatées sur plusieurs postes et qui sont maintenant regroupées sur un seul. - Le travailleur tient deux postes ou deux fonctions alternativement et/ou successivement, mais les deux postes sont bien distincts. - La polyvalence correspond à une double formation, systématique ou sur le tas, à un double savoir du travailleur, mais celui-ci est affecté à un poste précis. La polyvalence n'est donc pas obligatoirement formellement mobilisée ».**

Ces situations sont celles les plus couramment relatées dans la littérature, pour tenter de définir la polyvalence. **Outre les situations d'exercice, on relève l'utilisation fréquente d'adjectifs ou de noms pour la qualifier :**

la polyvalence horizontale : elle évoque un groupement de tâches de même nature, le plus souvent d'exécution, ne nécessitant pas de réflexion plus globale sur le travail ;

la polyvalence verticale : elle rassemble des tâches de natures différentes. Les tâches d'exécution sont ainsi élargies aux tâches de contrôle et d'entretien ;

---

<sup>192</sup> DADOY (M) et collectif d'auteurs : " Les analyses du travail, enjeux et formes " Cereq. Collection des études. N° 38. Mars 1990, p. 125 à 135 RUFFIER (J) : " Les nouvelles formes du travail dans l'industrie française ", " L'organisation du travail et ses formes nouvelles ". Paris, Documentation française, collection du Cereq, n°18, p. 123-153

la polyvalence comme exigence du poste ou de la fonction : elle résulte, à l'origine d'initiatives patronales pour réintroduire la flexibilité dans les systèmes de travail. Dans ce cas, elle concourt à dessiner une fonction plus large, inscrite dans une logique de complémentarité de tâches précédemment scindées. Elle peut être permanente ou épisodique. Les impacts varient considérablement selon l'un ou l'autre des deux cas.

La « polyvalence intégrée permanente » ne se perçoit que transitoirement. En effet, cette notion de polyvalence n'a de sens que par rapport à la situation antérieure. Elle va ainsi perdre progressivement son statut de polyvalence, en constituant une tâche ou fonction permanente et pourquoi pas, être vécue comme une « monovalence ».

Ce type de **polyvalence intrasecteur ou intra équipe**, correspond tout à fait à celle observée au sein de l'hôpital de rééducation. Comme nous l'avons vu, les unités de soins étaient auparavant cloisonnées par pathologie. Elles ont ensuite accueilli des patients présentant des pathologies diverses, induisant un élargissement et un enrichissement du travail soignant. Cette exigence de la fonction est actuellement évidente, d'où les regards différents des acteurs de soins sur leur polyvalence (certains se disant polyvalents et d'autres non, en réalisant strictement le même travail). Cet exemple confirme la difficulté de définir ce terme : polyvalence, oui ou non, mais par rapport à quoi ?

Si la référence de départ n'est pas la même pour tout le monde (histoires professionnelles différentes, ancienneté dans la fonction différente, ...) le terme polyvalence ne peut avoir la même représentation, d'où **l'importance pour les managers de fédérer les personnels sur le contenu et le sens du travail plutôt que vouloir les convaincre de l'intérêt de « la polyvalence »** sans en expliciter sa traduction opérationnelle. L'évolution des systèmes de travail, des technologies, remet régulièrement en cause le sens que revêt la polyvalence, d'où la **nécessité de travailler sur l'adéquation des situations de travail à l'atteinte des objectifs individuels et collectifs**. Pour ce faire, logique productive, logique de progression individuelle et logique de satisfaction de la clientèle sont à prendre en compte simultanément.

La polyvalence intégrée permanente permet une rotation intrasecteur des postes, et de ce fait, favorise un équilibrage de la charge de travail. Il s'agit dans ce cas d'une mobilisation continue, interne à une équipe de travail, à un groupe, induite le plus souvent par la contrainte de couverture horaire. L'équipe est généralement soudée, sait autogérer les divers changements de roulements et trouve le bon compromis entre exigences du poste et exigences personnelles.

La polyvalence épisodique, de mobilité « externe ». Elle s'inscrit toujours comme une exigence du poste ou de la fonction, mais prend une dimension variable selon la compensation recherchée. Cette polyvalence s'opère généralement lors de remplacements ponctuels liés à des absences diverses d'autres salariés (maladies, formation, congés, ...) et ce, hors de la sphère habituelle de travail. **Elle présuppose la transférabilité des capacités d'un poste interne à un poste externe**, nécessite de

s'interroger sur les logiques d'action et, de ce fait, renvoie plus aux capacités d'adaptation personnelles de l'homme.

La polyvalence comme capacité de l'homme<sup>193</sup> « **Qu'elle s'exerce dans un poste, sur plusieurs postes ou dans une fonction, la polyvalence est d'abord un attribut du travailleur. Elle recouvre cependant des situations plus larges que la seule prescription dans un poste ou une fonction, même si aujourd'hui, elle est plus systématiquement développée qu'autrefois. En effet, elle est devenue une des exigences centrales de la gestion des personnels, pour résoudre les problèmes de l'absentéisme et donner de la flexibilité au système de travail. La polyvalence des travailleurs peut prendre des formes variables, très souples** ».<sup>194</sup>

Cette polyvalence, liée au parcours professionnel du salarié, à sa formation initiale et continue, ne s'inscrit pas dans le poste ou la fonction et peut n'être que rarement sollicitée si le besoin ne s'en fait pas sentir. « **Elle joue cependant un très grand rôle dans la fiabilité du système de travail... Une gestion rationnelle des ressources humaines suppose la connaissance par l'entreprise de ces savoirs et savoir-faire, qui participent à la définition des potentialités des travailleurs et de la capacité d'évolution de l'unité de travail. Les personnes disposant de double formation et de multiples expériences, qui se fécondent les unes les autres et qui, à terme, peuvent produire de nouveaux savoirs et créer de nouvelles pratiques sont susceptibles d'entraîner une évolution des métiers et des emplois. Cependant, l'employeur ne s'intéresse qu'à la polyvalence requise directement par le travail ou par les impératifs de la gestion du personnel. Dès lors, les acquis du personnel sont systématiquement laissés dans l'ombre : le principe de la valeur d'usage de la qualification prévaut sur sa valeur d'échange** »<sup>195</sup>

Il est toutefois difficile de gérer la **polyvalence potentielle**, qui de fait, ne s'objective pas ou peu dans l'exercice régulier. En effet, les formations ne peuvent se consolider en qualification opératoire que dans la pratique concrète. Elles constituent néanmoins un terreau qui pourrait être fertilisé à la moindre occasion.

Polyvalence horizontale, polyvalence verticale, polyvalence comme exigence du poste ou de la fonction, polyvalence comme capacité de l'homme... ces terminologies permettent en fait d'objectiver ses différentes formes.

Pour mettre de l'ordre dans la diversité des pratiques observées, **une typologie** a été proposée par Jean RUFFIER en 1977 :

alternance des tâches

<sup>193</sup> DADOY (M) : les analyses du travail, enjeux et formes ". Op cit., p.128

<sup>194</sup> DADOY (M) : les analyses du travail, enjeux et formes ". Op cit., p.129

<sup>195</sup> DADOY (M) : les analyses du travail, enjeux et formes ". Op cit., p.132

élargissement des tâches

enrichissement des tâches

groupe semi-autonome

**« Cette typologie, élaborée dans le contexte des problématiques sur l'amélioration des conditions de travail, est construite sur le principe implicite d'une échelle progressive de contribution de la polyvalence à la remise en cause du taylorisme. Elle est fondée sur des critères non explicités, parmi lesquels l'étendue de la polyvalence, le degré de complexité de la tâche, l'autonomie des travailleurs par rapport à la maîtrise, le niveau de valorisation du travail dans les différentes formes de polyvalence. Cette classification des formes de polyvalence, qui a rendu d'immenses services pour comparer les observations et les résultats des nombreuses recherches dans ce domaine, reste cependant quelque peu silencieuse sur les contenus de tâches réels et sur les effets dysfonctionnels provoqués par la polyvalence elle-même ».**<sup>196</sup>

Ainsi conçue, la polyvalence est un phénomène ambigu. **« D'un certain point de vue, elle est pour les opérateurs un alourdissement de la charge de travail et des responsabilités. D'un autre, elle est un réel moyen d'enrichir les tâches et d'ouvrir des possibilités de carrière »**<sup>197</sup> Elle suscite donc des résistances quand elle est introduite avec maladresse et notamment lorsqu'il existe ce sentiment d'accroissement de la charge de travail dont les gains ne vont pas à l'opérateur. En revanche, si l'accent est mis sur l'acquisition d'une autonomie dans le travail, d'une nouvelle professionnalisation, alors le personnel verra l'intérêt de la polyvalence.

### **7.1.2. Polyvalence, compétence, expertise : opposition ou articulation ?**

Dans l'application pratique, la polyvalence reste à doser pour préserver le savoir-faire et maintenir la position concurrentielle. En effet, **comment développer la polyvalence sans perdre pour autant la compétence ?** Cette problématique nécessite que l'on s'interroge sur l'opposition ou l'articulation des termes compétence, expertise par rapport à la polyvalence.

#### **7.1.2.1. La compétence : un instrument de gestion**

Quid de la « **Compétence** ». Omniprésent, et médiatique, son concept n'est toutefois qu'en voie de fabrication, d'où la multiplicité des interprétations<sup>198</sup>. Il remonte aux années 60 et représentait alors une avancée culturelle non négligeable. Du fait de l'influence des psychosociologues notamment, l'accent fut mis sur les changements d'attitudes plutôt que sur l'acquisition de savoirs opérationnels.

<sup>196</sup> DADOY (M) : *les analyses du travail, enjeux et formes* ". Op cit., p.131

<sup>197</sup> BERNIER (C) : *La polyvalence des emplois, nouvelle tendance de l'organisation du travail* ". Bulletin de l'IRAT n°22, Montréal, 1982

Dans les années 75, on observe l'apogée de la pédagogie par objectifs, déclinés en savoir, savoir-faire et savoir être. Puis très rapidement, les exigences économiques deviennent prépondérantes. La compétitivité s'affermi et la rentabilité sonne comme un leitmotiv incessant, entraînant avec elle l'inévitable nécessité de performance, d'innovation, d'efficacité optimale tant des ressources matérielles qu'immatérielles. Le savoir des acteurs devient un capital pour lequel il faut consentir un investissement, dont la formation continue fait largement partie.

Les années 90 voient se développer le professionnalisme des acteurs, lié directement à la **« capacité de faire face à l'incertitude »**. Dans ce contexte, il est impératif de dépasser la vision, trop mécaniste du contenu relativement stable des emplois, donc d'introduire une nouvelle dimension du métier, en prenant en compte non seulement l'acquisition des savoirs, mais surtout leur mobilisation, source d'adaptation aux situations professionnelles. Peter DRUCKER<sup>199</sup> prend la position suivante :

**« Aujourd'hui, le savoir est la seule ressource qui compte. Les facteurs de production traditionnels, la terre (c'est à dire les ressources naturelles), le travail et le capital n'ont pas disparu mais sont passés au second rang. On peut se les procurer, et facilement, pourvu qu'on ait le savoir. Et le savoir, dans ce sens nouveau, est devenu une utilité économique, en tant que moyen d'obtenir des résultats dans les domaines économique et social ».**

L'entreprise n'est plus à considérer, aujourd'hui, comme un simple portefeuille d'affaires à gérer, mais comme un portefeuille de compétences à valoriser.<sup>200</sup>

#### **- La compétence individuelle : Un savoir - Agir reconnu**

Selon Guy Le BOTERF, **« la valorisation sociale de cette notion est impressionnante : si les entreprises sont jugées à l'aune de leur performance, les individus le sont à celle de leur compétence. L'incompétence n'est pas loin de mener à l'exclusion. Etre qualifié d'incompétent, c'est risquer la marginalisation des circuits de production et de reconnaissance sociale. A l'inverse, être reconnu comme un excellent professionnel est un atout inestimable »**<sup>201</sup>

#### **Un savoir-mobiliser**

La compétence n'est pas un état. Elle n'est pas assimilable au seul acquis de formation. Elle ne se réduit pas à une connaissance et des capacités possédées. Leur acquisition ne constitue que la première étape de la construction de l'édifice. Le passage à la

<sup>198</sup> DUGUE (E), MAILLEBOUIS (M) : « De la qualification à la compétence : sens et danger du glissement sémantique ». Education permanente, n°118, 1994, p. 43 à 50 Cf TREPO (G), FERRARY (M) « Les enjeux méthodologiques de la gestion par les compétences » in Direction et gestion des entreprises, n° 164-165, 1997, p 7 à 14

<sup>199</sup> DRUCKER (P) : « Au-delà du capitalisme » - Dunod, 1993

<sup>200</sup> RAUX (JF) : « Retrouvons la voie de l'ambition » - Le Monde Initiatives, 16 mars 1994

<sup>201</sup> Le BOTERF (G) : « De la compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Les Editions d'Organisation. 1994. 176 pages

compétence ne peut se faire que si l'individu mobilise de façon pertinente l'ensemble des savoirs enseignés, et ce, au moment opportun dans une situation de travail donné.

C'est donc l'action qui donne corps à la compétence. De ce fait, **« elle ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités...) à mobiliser, mais dans la mobilisation même de ces ressources... Elle désigne une réalité dynamique, un processus davantage, qu'un état. C'est en mettant en oeuvre la compétence que l'on devient compétent... Elle est un savoir-faire opérationnel validé. »**<sup>202</sup>

Le terme « validé » démontre bien que seule la reconnaissance de l'action par les autres transformera la réalisation en compétence. Le professionnalisme est interactif, de par l'alternance permanente de validation au niveau individuel et collectif, des réalisations matérielles ou immatérielles.

Pour LORINO<sup>203</sup> **« un savoir n'est utile que s'il se concrétise dans un savoir-faire, donc dans un faire : dans une activité. La compétence fait ses preuves dans l'action. Si la compétence est indissociable de sa mise en oeuvre son exercice est nécessaire pour qu'elle se maintienne. »**

G. Le BOTERF distingue six savoirs mobilisables<sup>204</sup>, pouvant être considérés comme un pôle de ressources :

**les savoirs théoriques** : ils visent à comprendre un phénomène, un objet, une situation, une organisation, un processus... donc « le comment ça marche ». Ils servent à en décrire et à en expliquer les composants ou la structure, à en saisir les lois de fonctionnement ou de transformation (concepts, schémas, connaissances...).

**les savoirs procéduraux** : ils visent à prescrire « comment il faut faire » « comment s'y prendre pour ». Ils permettent de disposer de règles pour agir et décrivent les savoirs opératifs en vue d'une action à réaliser.

**les savoir-faire procéduraux** : ils représentent l'action même à réaliser, donc l'application de la procédure, qui passe par l'expérience pratique sous contrainte temporelle. Après entraînement le savoir procédural deviendra savoir-faire.

**les savoir-faire expérimentiels** : c'est le savoir issu de l'action. Il comprend les leçons tirées de l'expérience pratique. C'est le savoir de l'acteur, celui qui ne peut être produit qu'en agissant.

---

<sup>202</sup> Le BOTERF (G) : « De la compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Op. cit.

<sup>203</sup> LORINO (P) : « L'économiste et le manager » Edition La Découverte, 1989

<sup>204</sup> Le BOTERF (G) : « De la compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Op. cit.



**les savoir-faire sociaux** : les seules connaissances théoriques ou procédurales ne suffisent pas à construire « l'équipement en savoir » de l'individu. La compétence relève aussi du savoir-être induit par les représentations sociales, les valeurs et les statuts. Ils sont corrélés aux savoir-faire relationnels et comprennent les comportements sociaux et professionnels, les attitudes relationnelles et de communication, les attitudes éthiques.

**les savoir-faire cognitifs** : ils correspondent à des opérations intellectuelles nécessaires à la formulation, l'analyse et la résolution de problèmes, la conception et la réalisation de projets, la prise de décision, la création ou l'invention. Il s'agit d'actions intériorisées complexes.

La compétence se situe donc au carrefour de trois domaines, visualisée comme suit. Elle ne peut être que compétence en situation, donc contingente.

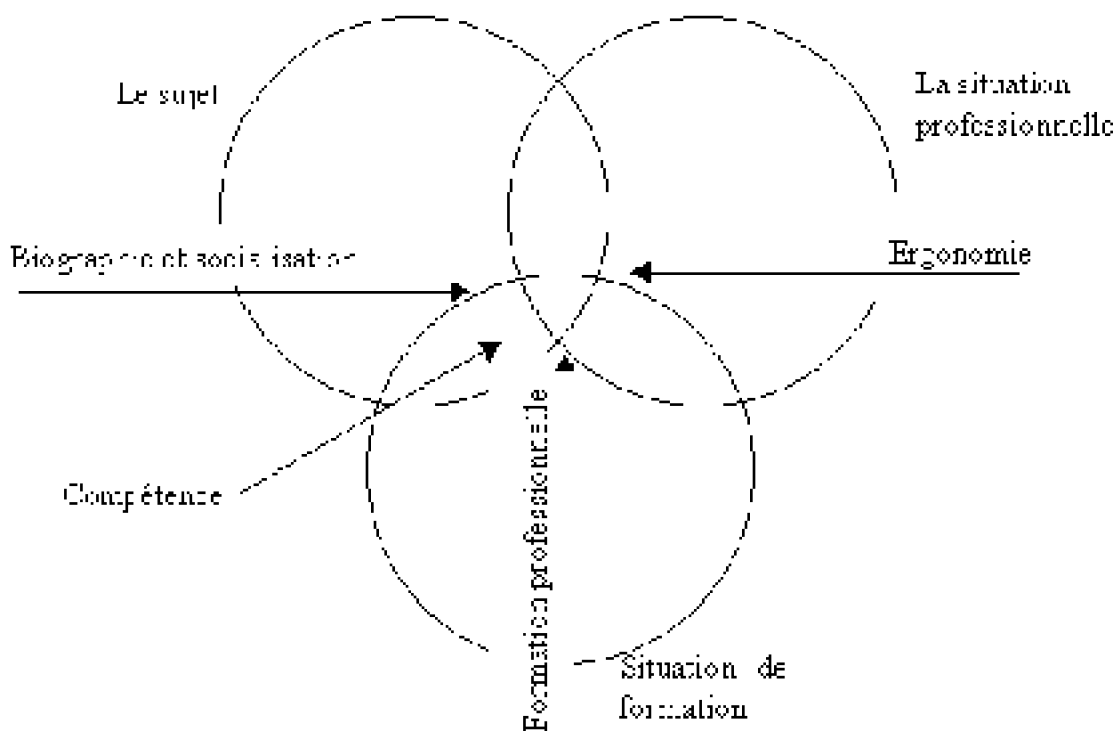


Figure 25 : La compétence au carrefour

205

### Un savoir-transférer

La compétence ne peut se limiter à résoudre un problème unique, dans une situation unique. Elle est polyvalente et suppose d'agir sur un ensemble de problèmes, du plus simple au plus complexe, dans une variété de situations données. Il ne suffit pas de

<sup>205</sup> G. Le BOTERF : Schéma extrait du livre : « de la Compétence - Essai sur un attracteur étrange ». Les Editions d'Organisation, 1994, 176 pages, p 17

répéter la même opération, il importe prioritairement à chaque individu de transférer la compétence à deux niveaux :

• à une pluralité d'actions de nature autre, sinon différente,

• à un groupe de personnes, dont la fonction, est d'oeuvrer à la même construction d'actions d'apprentissage.

Transfert de compétences et management des ressources humaines sont étroitement liés.

### **Un savoir-intégrer**

La compétence nécessite une capacité à intégrer des savoirs divers et hétérogènes pour les finaliser ensuite sur la réalisation d'activités.

R. BOUDON<sup>206</sup> décrit un «double effet» qui conditionne la mise en oeuvre des compétences :

• « un effet de position » qui dépend de la position de l'acteur dans un contexte particulier et sous-tend son accès aux informations pertinentes ;

• « un effet de disposition » qui dépend de ses capacités mentales, cognitives, affectives et qui le conduira à une interprétation différente de la même réalité.

Les ressources propres à chaque individu sont multiples et induisent des conduites et des types de raisonnement différents en fonction notamment de sa propre histoire, de son système de valeurs lié à un environnement socioculturel donné, ainsi que de son ou ses réseaux de connaissances.<sup>207</sup>

De nature combinatoire, la compétence n'est pas une simple addition de savoirs partiels, mais une imbrication d'ingrédients pluriels triés à bon escient. La situation dans laquelle doit s'exercer la compétence n'est pas l'unique élément à prendre en compte. Les représentations individuelles et les styles cognitifs constituent tout autant des éléments d'intégration.

« Savoir mobiliser », « savoir intégrer », et « savoir transférer » forment les étapes indissociables du « savoir agir », qui impose ainsi de savoir enchaîner et combiner un ensemble d'instructions. En effet, les appliquer isolément, avec le savoir propre à chacune ne constitue pas pour autant la compétence. Ce « savoir-agir » deviendra néanmoins «compétence » s'il est reconnu d'autrui. La ROCHEFOUCAULT aimait à dire : « **On ne**

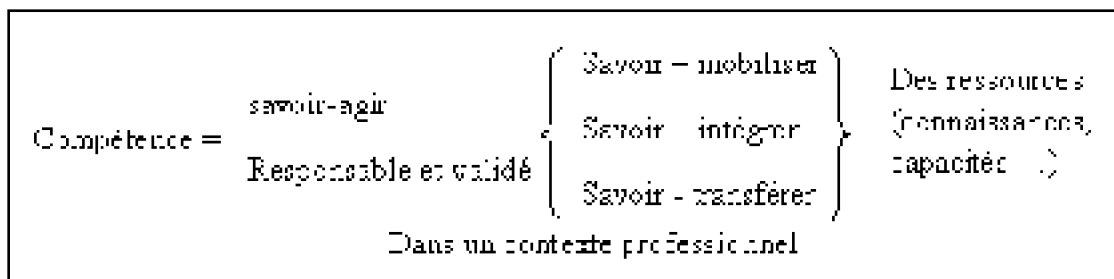
---

<sup>206</sup> BOUDON (R) : « L'idéologie », Fayard, 1991

<sup>207</sup> THIERRY (D), SAURET (C) : « La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences », Editions l'Harmattan, 1993, 268 pages SIMON (A) : « Sciences des systèmes, Sciences de l'artificiel », Editions Dunod, 1991, Nouvelle Edition

***juge pas un homme sur ses qualités, mais sur l'usage qu'il sait en faire ».***

C'est pourquoi il ne suffit pas de s'estimer compétent pour l'être : toute compétence, pour exister, suppose le jugement d'autrui et sa contextualisation dans une situation communicationnelle.



*La compétence, un « savoir agir »*

208

### **- La compétence collective : un système dynamique**

Dans une situation professionnelle, il n'existe pas une somme d'acteurs uniques, mais un groupe d'acteurs en interaction, dans un système contingent. Considérer que l'individu est un être indépendant de l'environnement dans lequel il se situe, avec ses besoins exclusifs, conduit à des recensements de besoins en formation complètement inadaptés.

La nature des besoins en formation est effectivement complexe, mais préhensible dans une approche interactionnelle.

La compétitivité des entreprises implique une montée en charge du professionnalisme des acteurs. La compétence collective constitue, à ce titre, un avantage concurrentiel majeur.

### **Un savoir-coopérer**

L'approche par les compétences ne saurait s'imposer si l'on ne s'assure pas, au préalable, qu'elle est compatible avec les caractéristiques organisationnelles de l'entreprise.

De même que la compétence individuelle ne se résume pas à une somme d'opérations standardisées répétitives, la compétence collective ne se limite pas à la somme des compétences individuelles. D'autres éléments entrent en jeu, tels que la complicité, la connivence, l'alliance, la participation...

L'esprit d'équipe, si souvent évoqué, apporte « **la confiance opérationnelle** »<sup>209</sup> : chacun est en permanence à l'écoute des autres pour savoir quand, où et comment intervenir. La compétence collective naît de la mise en commun des compétences

<sup>208</sup> G. Le BOTERF - Schéma extrait du livre : « De la Compétence - Essai sur un attracteur étrange » - Les Editions d'organisation - 1994 - 176 pages, p 33

<sup>209</sup> SENGE (P) : « La cinquième discipline », First, 1991

individuelles dans un objectif de co-action et coproduction.

La coordination des activités ne peut se faire que dans un contexte de collaboration forte de tous les membres à l'intérieur de l'équipe mais aussi entre les différentes équipes.

Trouver la bonne articulation entre les diverses compétences possédées par des individus ayant des statuts, des cultures, des ressources ou des démarches cognitives distinctes, ne se fait pas sans tensions, voire même sans conflits.

En revanche, on peut dire qu'il y a compétence collective, lorsque les membres d'une équipe, réussissent à gérer les heurts, par la négociation et le consensus.

### **Un Savoir expérientiel**

L'apprentissage est collectif et l'ensemble des membres s'enrichira de l'expérience commune. Si des problèmes se posent, leur résolution fera appel aux acteurs concernés directement et indirectement par le problème en question.

Tout dysfonctionnement ne peut être le fruit que d'un seul individu, mais le résultat d'une série d'actions mal maîtrisées ou non corrélées.

Selon G. de TERSAC<sup>210</sup>, « **un collectif de travail se constitue par la production d'une règle non écrite de fonctionnement et de coopération. L'acteur collectif n'est pas défini à l'avance. Cette règle résulte de négociations effectuées entre les opérateurs eux-mêmes et entre les opérateurs et l'encadrement... Une entreprise ne fonctionne que sur la combinaison d'une pluralité de règles : certaines sont écrites et proviennent de l'encadrement, d'autres ne le sont pas et sont élaborées par les exécutants eux-mêmes... Il s'agit de règles complémentaires tout autant rationnelles.** »

C'est la règle non écrite qui va permettre la coordination des compétences individuelles, donc leur combinaison.

La formation-action, qui consiste à lier la formation d'un groupe de personnes à la résolution d'un problème réel de leur environnement de travail, est un outil de développement de la compétence collective. Le même thème de formation fédérera ainsi les individus interdépendants autour d'une situation problématique à résoudre.

Les problèmes à traiter pourront porter sur tout sujet se trouvant dans la zone d'activité professionnelle des membres du groupe : problème de qualité, d'organisation du travail...

La nature et la prégnance des modes de collaboration sont à la source de la performance. C'est pourquoi, l'institution hospitalière, de par la multiplicité de ses métiers, et sa mission de service public auprès de la population, pour le maintien de la santé, concentre prioritairement ses efforts sur la gestion du patrimoine de compétences de son personnel. . .

Caractériser les compétences requises pour les différentes catégories socio-professionnelles, nécessite un travail de fond prenant en compte la gestion

---

<sup>210</sup> de TERSAC (G) : « Autonomie dans le travail », PUF, 1992

prévisionnelle des emplois, les évolutions techniques, technologiques ou architecturales et le puissant levier d'action constitué par la formation professionnelle continue.

La compétence constitue bien un maillon important de la chaîne gestion des ressources humaines. Elle représente une capacité à agir sur le marché. Cette capacité sera d'autant plus forte que les compétences effectivement détenues par les personnes sont importantes. Elle autorise la maîtrise d'un ensemble de situations et induit un phénomène logique de reconnaissance, l'idée de **potentiel d'évolution** y étant souvent associée. Devant la fréquence d'usage de ce terme, éminemment polysémique, il convient de ne pas se précipiter sur le choix d'un modèle. Il importe que les méthodes soient concrètes, efficaces, utilisables et surtout évolutives. L'erreur consisterait à les considérer comme « la panacée universelle » donc la solution à tout problème. Les grilles de compétences, les référentiels de compétences entrent bien dans la boîte à outils des ressources humaines car ils ont le mérite de clarifier et objectiver les situations professionnelles et permettent ainsi la mise en place d'un programme d'action adéquat.

**« L'objectivation permet de retrouver le dialogue professionnel, la considération, et la relativisation, car si tout le monde a des compétences, personnes ne les a toutes. Le référentiel casse le manichéisme compétent / incompétent en permettant de faire valoir les richesses spécifiques de chacun. La différence est reconnue et rendue possible... »**<sup>211</sup>

La finalité du management est de créer les conditions pour que chacun exprime le meilleur de lui-même. Cela suppose que l'entreprise mette en place une véritable ingénierie de la connaissance et des compétences, portée par les cadres managers, à destination de chacun des salariés.

#### **7.1.2.2.L'expertise : un exercice de compétences ciblées**

**L'expertise** représente la forme la plus élevée de détention d'une compétence. C'est une connaissance fortement expérimentée, qui sort de la « logique métier » pour s'inscrire dans d'autres logiques : logique de marché, logique de maîtrise des technologies, logique de processus, ..., et rompt l'identité professionnelle liée au corporatisme. Faire évoluer les carrières en fonction des expertises nécessaires à l'entreprise remet en cause la promotion à l'ancienneté.<sup>212</sup>

Cependant, comment définir la fonction d'expert ? Pourquoi y retrouve-t-on souvent des ex-managers ?

Un bilan de l'expérimentation de la fonction expertise dans les établissements publics de santé, organisé par la direction des hôpitaux<sup>213</sup>, a mis en exergue non pas une

---

<sup>211</sup> FLUCK (C) : « Bâtir un référentiel de Compétences , conjuguer faire simple à tous les temps », Performance globale, n° 1, juillet 1995, p 16 à 20 Cf. BOYE (M), ROPERT (G) : « Gérer les compétences dans les services publics » - Les Editions d'Organisation, 1994 - 233 pages.

<sup>212</sup> PHILIPPE (B) : « Doser la polyvalence pour préserver son savoir-faire et maintenir sa position concurrentielle ». Intervention à la manifestation de l'Institute for International Research (IIR) intitulé « Développer la polyvalence pour gagner en flexibilité » le 28 janvier 1997. Paris

définition de l'expertise, mais en revanche les différentes formes qu'elle peut prendre.

Le cahier des charges préalable à cette **expérimentation** mentionnait tout d'abord que « les agents ayant développé, par la pratique et la formation, un savoir et des compétences dans un domaine donné, ainsi que l'aptitude à les transmettre à d'autres agents en vue d'améliorer globalement la prise en charge des patients ou le fonctionnement des services pourraient se voir confier des fonctions et missions d'expertise de niveau institutionnel ou professionnel.

L'expertise institutionnelle correspond à l'exercice d'une fonction transversale au niveau de l'ensemble de l'établissement (hygiène, conditions de travail, ergonomie, formation).

L'expertise professionnelle correspond à l'exercice d'une fonction, au niveau des services, issue d'une pratique professionnelle thérapeutique, diagnostique ou de gestion, faisant appel à une technicité ou une technologie particulière.

La fonction d'expertise doit répondre :

• à un besoin au sein de la structure (établissement, services, ...)

• à une possibilité de diversification des carrières.

L'expertise est une mission confiée à un agent de façon temporaire, c'est à dire pour une période de temps limitée, elle peut être envisagée pour tous les emplois paramédicaux. Elle est également ouverte pour les emplois des services administratifs et des services techniques ».<sup>214</sup>

Cette fonction d'expertise<sup>215</sup> est assimilée à celle d'un **consultant interne**, et à ce titre, comporte la participation aux actions d'audit, de conseil et d'évaluation. Dans tous les cas, elle s'exerce en lien et en interactivité permanente avec le projet d'établissement, le projet de service ou le projet médical, et s'inscrit dans une logique matricielle. Ce n'est pas tant la notion de contrat, que la notion d'engagement qui se joue dans la dynamique d'expertise.

En résumé, voici ce que peut être **l'expertise** :

• elle répond à un besoin institutionnel ;

---

<sup>213</sup> VILCHIEN (D) : Direction des hôpitaux, ministère des Affaires Sociales, de la santé et de la ville, « Bilan de l'expérimentation de la fonction expertise dans les établissements publics de santé ». Colloque du 19 juin 1997, Tours

<sup>214</sup> VILCHIEN (D) : Direction des hôpitaux, ministère des Affaires Sociales, de la santé et de la ville, « Bilan de l'expérimentation de la fonction expertise dans les établissements publics de santé ». Colloque du 19 juin 1997, Tours

<sup>215</sup> Voir annexe 29 « les types d'expertise », proposées dans le cahier des charges de l'expérimentation, impulsé par le Direction des Hôpitaux, op. cité

elle s'exerce dans le cadre d'un projet connexe au poste occupé ou bien, à temps plein mais avec un contrat à durée déterminée ;

elle produit des effets transversaux.

Pour ce faire, **l'expert** aura à :

développer des compétences pointues, en adéquation aux situations particulières et problèmes de terrain à résoudre ;

transformer la connaissance et l'expérience acquises en réponses institutionnelles ;

transférer son savoir-faire aux autres acteurs de l'entreprise ;

opérer une veille interne et externe.

### **7.1.2.3. La polyvalence : un parcours professionnalisant, de par la compétence**

Que dire de la **polyvalence** : est-elle antinomique avec les notions de compétence et d'expertise ? Pour B. PHILIPPE<sup>216</sup>, la polyvalence est une capacité de mise en oeuvre des compétences acquises, elle croise deux logiques :

**une logique individuelle** consistant en une approche par les personnes : c'est une **polyvalence de polycompétences** qui confère à l'individu un enrichissement de son travail par une maîtrise approfondie de compétences diversifiées.

**une logique collective** consistant en une approche par l'organisation : c'est une **polyvalence de mobilité** qui nécessite association, coopération par le biais d'un management d'équipe responsabilisant et qualifiant, prenant en compte simultanément le stratégiquement souhaitable et l'humainement possible et souhaité.

Pour cet auteur, **une articulation demeure non seulement possible, mais encore souhaitable entre compétence, expertise et polyvalence**, selon le schéma suivant :

---

<sup>216</sup> PHILIPPE (B) : « Doser la polyvalence pour préserver son savoir-faire et maintenir sa position concurrentielle ». IIR. Op. cité

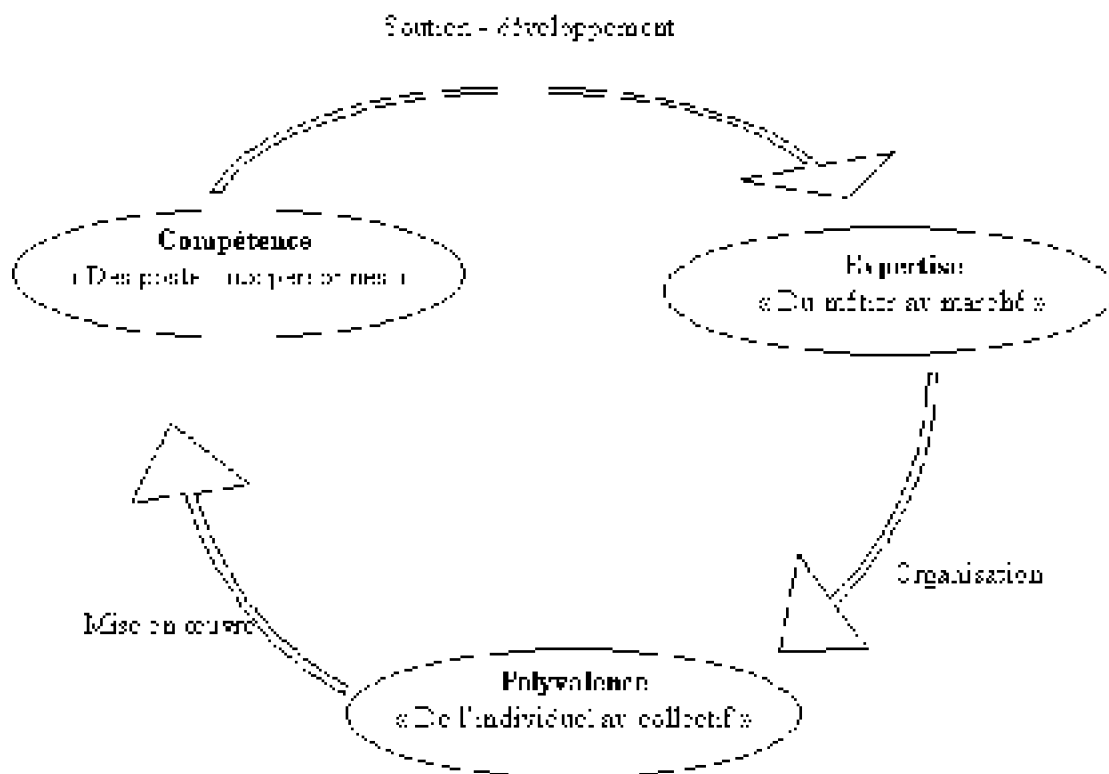


Figure 26 : Articulation compétence, expertise et polyvalence

### 7.1.3. La traduction opérationnelle de la polyvalence : cas d'entreprises françaises

La polyvalence constitue un des facteurs clés des politiques de flexibilité interne de l'entreprise de cette fin de siècle. Afin d'illustrer la polysémie du terme polyvalence, nous proposons de recenser quelques essais de définitions émanant de directeurs de ressources humaines. Il nous a en effet semblé intéressant de relater le sens qu'ils donnent à la polyvalence, ainsi que la traduction opérationnelle qui en est faite au travers des actions de management.

Gagner en flexibilité pour demeurer compétitif dans un environnement toujours plus concurrentiel, constitue le défi de toute entreprise indépendamment de sa taille et de la nature de sa production. La polyvalence semble être un outil majeur pour aller vers plus de flexibilité et concilier impératif économique de productivité et impératif social.



**« La polyvalence est la possibilité pour un individu d'accomplir des missions mettant en oeuvre des compétences différentes au sein d'une entreprise... Elle favorise la flexibilité du temps de travail, c'est à dire la possibilité de mettre en oeuvre une organisation variable selon les périodes et donc d'utiliser les ressources humaines et industrielles de façon variable dans le temps... La polyvalence se situe au niveau d'un même atelier, d'un même rôle au sein de l'entreprise (par exemple : un ouvrier capable de tenir tous les postes d'une ligne de production). La polycompétence se situe, quant à elle, au niveau d'ateliers différents nécessitant des compétences différentes, ou se situe au niveau de rôles différents dans l'entreprise (par exemple : une personne capable d'être à la fois ouvrier de production et technicien de maintenance)... La polyvalence et la polycompétence repoussent les limites de l'employabilité des salariés et accroissent donc leur flexibilité... Par le développement des connaissances requises, elles sont motivantes pour les hommes ».**<sup>217</sup>

La polyvalence, comme source d'adaptabilité de l'homme au travail et du travail à l'homme nécessitera un management fondé sur la confiance et la clarté des échanges. Voici l'exemple de quatre entreprises qui ont fait évoluer leur organisation pour rester compétitives.

#### **7.1.3.1. La mise en place « d'équipes à responsabilités élargies » dans une entreprise de production, transformation et distribution de papier**

Cette entreprise de 600 personnes environ, a souhaité réorganiser ses activités pour être plus réactive et se différencier par la qualité du service rendu. Elle fait partie d'un groupe à échelle mondiale (17 sociétés dans plus de 100 pays). Pour ce faire, elle choisit de rapprocher la décision de l'action et de rendre son personnel plus autonome et plus responsable par la mise en place « d'équipes à responsabilités élargies », basées sur le principe de la polyvalence (9 personnes par équipe).

Chaque équipe constitue une entité à part entière, exerçant sa responsabilité sur l'intégralité du process, à savoir l'organisation, l'ordonnancement, la production et l'assurance de sa qualité, la maintenance de premier niveau, ainsi que le recours à une aide si nécessaire.

Ces équipes, sans chef statutaire, définissent leurs objectifs avec le responsable de département (objectifs de productivité, de niveau de qualité, de service clients), et s'auto-organisent. La polyvalence par mobilité interne à l'équipe représente le principal moyen d'atteindre ces objectifs collectifs. En fonction des résultats, une prime collective également répartie, est payée mensuellement.

Pour cette entreprise<sup>218</sup>, « la **polyvalence** est l'aptitude d'une personne à tenir partiellement ou en totalité un emploi différent de celui qu'elle occupe habituellement. Elle

<sup>217</sup> TULOUP (H) : « Polyvalence, flexibilité du temps de travail, emploi : quelle compatibilité ? » Intervention, IIR, op. cit.

<sup>218</sup> BRUNELLA (B) : « Comment rémunérer la polyvalence sur la base d'un système simple et perçu comme juste pour s'assurer de l'adhésion durable du personnel et de sa motivation ». intervention à la manifestation de l'Institute International Research (IIR). Op. cité

se décline en deux sous-éléments :

### **La polyvalence de mobilité**

Dans un premier cas, la personne déplacée se trouve en situation d'aider un titulaire qualifié pour conduire un système de production. Les responsabilités en matière de conduite et d'assurance qualité restent attribuées au titulaire même si la personne déplacée est amenée à réaliser elle-même les actions correspondantes.

Dans un second cas, la personne est déplacée sur un emploi de classification inférieure. Il s'agit le plus souvent de travaux nécessitant peu de connaissances techniques, mais requérant habileté et minutie. Les consignes sont alors apportées par les personnes effectuant les mêmes travaux mais la responsabilité revient à la personne déplacée.

Dans ces deux cas, la polyvalence de mobilité est limitée dans le temps à douze semaines maximum sur douze mois consécutifs, par périodes inférieures ou égales à quatre semaines consécutives. Au-delà de douze semaines, la personne peut prétendre, pour le premier cas, obtenir la classification de l'emploi qualifié, après formation, et dans le second cas, retrouver son emploi initial.

La polyvalence de mobilité est, pour cette entreprise, indispensable pour ajuster au mieux les capacités de production aux besoins des clients. Elle est donc incluse dans les emplois, ne requiert pas de compétences spécifiques et ne conduit à aucune gratification particulière.

### **La polyvalence de multicompétence**

La personne déplacée peut tenir seule l'emploi et, de ce fait, prendre l'entière responsabilité de production. Elle doit donc posséder les qualifications requises. Une actualisation permanente des compétences est nécessaire, notamment par le biais de la formation continue. »

La polyvalence de multicompétence est, quant à elle, inscrite sur la base du volontariat. Elle nécessite l'engagement des personnes à accepter tout déplacement, même fréquent, avec les contraintes horaires qui en découlent. Le statut de « multicompétent » s'acquiert après validation des connaissances nécessaires à la tenue des postes, sur lesquels les remplacements sont envisagés. Les périodes de remplacement doivent être d'au moins cinq jours consécutifs tous les deux mois sur chacun de ceux-ci afin d'actualiser ses connaissances, et de maintenir la compétence acquise. Une majoration de salaire gratifie les « multicompétents » des efforts fournis. Il est par ailleurs prévu que « toute personne ne souhaitant plus être polyvalente « multicompétences » ou n'ayant pas réalisé les périodes d'actualisation des connaissances tous les deux mois, voit sa qualification de multicompétent supprimée.

Les impacts positifs de cette nouvelle organisation sont les suivants :

un absentéisme divisé par deux, corrélé à un regain d'intérêt pour le travail effectué ;

une augmentation réelle de la productivité ;

une baisse importante des déchets (divisée par deux également) ;

une meilleure gestion de la complexité liée à la variété.

Les évolutions constatées témoignent de la valeur ajoutée de la polyvalence lorsqu'elle répond notamment à des attentes tant économiques que sociales.

Des difficultés peuvent néanmoins apparaître en cas de non-respect des règles du jeu, internes à l'équipe, et entraîner des conflits interpersonnels nécessitant l'intervention des responsables de département. Le dialogue et la confiance qui règnent globalement au sein de l'entreprise facilitent la régulation de ces problèmes inhérents à toute organisation.

### **7.1.3.2. Le développement des polycompétences dans une usine de production alimentaire**

C'est dans un contexte défavorable de marché déclinant que cette entreprise saisit l'opportunité d'opérer un changement social, dans son intérêt et celui de ses employés. La sauvegarde des emplois et la nécessaire évolution des gains de productivité sont à l'origine du projet de flexibilité de l'organisation.

Deux principes directeurs vont guider la mise en oeuvre de ce projet :

**S'appuyer sur l'encadrement** pour promouvoir la mobilisation du personnel. Il est décidé de réduire les lignes hiérarchiques au profit de fonctions d'experts (qualité, process, technique) et de formateurs internes (tutorat, apprentissage).

**Donner aux opérateurs les moyens** d'évoluer professionnellement par l'acquisition de polycompétences et le renforcement de leur autonomie.

En effet, cette usine vient d'être automatisée, et fait partie d'un groupe multinational employant 56 000 personnes dans le monde, réparties sur 147 établissements. Afin de mieux gérer les fluctuations d'activité et d'ordonner les productions, il s'avère urgent de développer les polycompétences du personnel. Pour cette entreprise, « **la polycompétence**<sup>219</sup> consiste en :

---

<sup>219</sup> COULATY (B) : « Comment accompagner le développement des polycompétences par un dispositif privilégiant la formation terrain » Intervention à la manifestation IIR. Op. cité

### L'enrichissement du poste de travail

· par la diminution de la routine et de la pénibilité liées à certains postes ;

· par l'élargissement des tâches confiées. L'opérateur a la responsabilité de tâches d'exécution, de maintenance de premier niveau et d'autocontrôle, dans le cadre d'un processus qualité global et devient polyvalent dans l'exercice de sa fonction.

### La maîtrise de plusieurs postes de travail dans une logique de filières professionnelles

· fabrication (four + façonnage)

· conditionnement (voltige)

· ateliers en équipes autonomes

· maintenance (dépannage et méthode)

Les polycompétences acquises sont prises en compte pour progresser dans la classification. Elles permettent, par ailleurs, une meilleure « **employabilité** ». »

**L'accompagnement en formation** a constitué le principal levier d'action pour inscrire l'entreprise dans un dispositif apprenant et qualifiant. L'encadrement et les experts ont pris en charge la formation des opérateurs et la validation des compétences acquises, avec le déroulement suivant :

· Formation en salle pour les aspects théoriques, formation sur le poste, en double avec le titulaire ;

· Evaluation par questionnaires et travaux pratiques ;

· Mise en situation, en étant seul sur le poste, sur une période de trois à six mois ;

· Synthèse du parcours par le biais d'un travail personnel, sur l'environnement du poste, restitué oralement à l'encadrement et aux experts. Cette pseudo-soutenance a comme objectif de faire réfléchir plus largement l'opérateur sur ce qui se passe en amont et en aval de son poste de travail. Ce travail l'incite à s'extraire de sa sphère d'exercice professionnel, pour mieux appréhender les liens avec les autres secteurs et ainsi

approcher une vision plus globale de son entreprise.

La polyvalence et la polycompétence acquises ont constitué le facteur clé de réussite de la flexibilité attendue, car elles ont permis, par la mobilité interne, une meilleure réactivité de l'entreprise face aux inévitables aléas. Elles ont, par ailleurs, accru l'autonomie des opérateurs et leur progression dans l'échelle des classifications. Impératif social et impératif économique ont, dans ce cas, été pris en compte de façon synchrone.

### **7.1.3.3. La bivalence et trivalence comme moyens d'équilibrage des charges de travail, dans une entreprise de transformation de la laine.**

Sur un marché souffrant à la fois d'une baisse de la consommation et d'une concurrence étrangère forte, cette entreprise doit augmenter sa productivité pour rester concurrentielle. Les réductions d'effectifs et la modernisation de l'outil de production ne peuvent permettre à eux seuls d'atteindre cet objectif.

C'est pourquoi cette société décide de miser sur le facteur humain en passant d'une organisation taylorienne à une organisation en process. Elle donne ainsi davantage d'autonomie au personnel et forme les ouvriers aux trois métiers de l'usine, à savoir le lavage, le cardage et le peignage. Appartenant à un groupe international, elle emploie 250 personnes qui vont être des acteurs de premier plan dans le projet de changement d'organisation du travail. Le volet humain en constitue l'axe majeur.

**« La polyvalence<sup>220</sup> constitue le concept de base de la nouvelle organisation. Elle se traduit par la réalisation du travail en petit groupe autonome (12 personnes) rassemblé autour du process dans son entier : l'équipe prend en charge la production, le contrôle-qualité en cours de process et une partie de la maintenance... L'organisation est bâtie sur la bivalence ou trivalence autour de trois métiers, associés aux matériels liés aux différentes étapes du process. Pour ce faire, une matrice de compétences décrit chaque métier et structure quatre niveaux de qualification. »**

Le travail d'équipe est mis en avant. Pour qu'il fonctionne, il est important que les individus s'approprient leur travail, soient conscients de leur contribution, et qu'ils acquièrent l'autonomie nécessaire à la prise de décision dans la gestion de leurs actions.

L'organisation du travail en équipe impose de revoir le système de rémunération en profondeur. Le salaire ne doit plus dépendre du poste occupé à un moment donné, mais des compétences possédées et exercées par les opérateurs, c'est à dire du nombre de métiers et de niveaux validés et pratiqués sur le terrain.

---

<sup>220</sup> BILLORE (JP) : « L'équipe autonome : tremplin vers la polyvalence pour une organisation plus réactive ». Intervention à la manifestation IIR, op. cité.

## Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

	Bivalent	Trivalent
Niveau 1	X	X
Niveau 2	X	X
Niveau 3	X	X
Niveau 4		X

Ce système donne à chacun la possibilité d'évoluer professionnellement.

Un dispositif de formation étagé a constitué le principal levier de changement selon quatre axes complémentaires :

· des formations au métier (théoriques, techniques et pratiques) ;

· des formations spécifiques d'approfondissement ;

· une formation de dynamisation pour l'ensemble des équipes ;

· une formation management pour les cadres

La polyvalence ainsi mise en oeuvre a permis l'introduction de services connexes tels que la maintenance de premier niveau dans le champ de compétences des équipes autonomes pour transformer la maintenance curative en contrôle préventif, et alléger le contrôle qualité final. Elle a, par ailleurs, engendré des gains de productivité directs. Pour parvenir à ces résultats, il a fallu surmonter les traditionnels problèmes de résistance au changement, de même que la réticence des représentants du personnel face à un projet ne s'inscrivant plus dans la logique taylorienne connue. La forte implication de la Direction Générale, la facilitation d'un management visuel simple et compréhensible par tous, la mise en place d'indicateurs cohérents avec les objectifs et la valorisation des progrès, même sensibles, effectués par les équipes, ont facilité l'adhésion des personnels à cette réorganisation, car fédératrice d'intérêts partagés.

### **7.1.3.4. La polyvalence conçue comme une organisation multipostes, servie par des groupes autonomes, dans une fabrique de sous-vêtements**

Face aux délocalisations, valoriser les compétences dont dispose l'atelier France (200 personnes), devient une urgence afin de sauvegarder les emplois. Le passage à une organisation multipostes basée sur plus d'autonomie et de flexibilité semble être une des solutions.

La mise en place d'équipes autonomes rend caduque la production en ligne, en vigueur depuis de nombreuses années, limitant le travail d'une ouvrière à une ou deux opérations de confection maximum.

**« Le groupe autonome polyvalent <sup>221</sup> est un groupe de cinq à dix personnes réalisant toutes les opérations, à partir des pièces coupées jusqu'au produit fini.**

**Chaque personne de ce groupe répond à la plupart des exigences des opérations, y compris les opérations de qualité et pliage auparavant confiées à des agents de maîtrise. Ce groupe :**

- **s'engage sur des objectifs de qualité et de quantité ;**
- **s'organise pour réaliser ses objectifs ;**
- **est encadré par une animatrice, dépendant d'un chef d'unité ».**

Selon l'entreprise, les groupes<sup>1</sup> autonomes présentent l'intérêt de satisfaire tant le client que l'entreprise et le personnel .

Il s'agit de :

#### **Pour le client**

- tenir des prix compétitifs
- assurer la qualité
- respecter les délais

#### **Pour l'entreprise**

- rendre flexible la production
- accroître la performance
- améliorer le prix de revient
- maintenir le niveau de qualité

#### **Pour le personnel**

- vivre une autre façon de travailler ensemble
- reconnaître les compétences

<sup>221</sup> **BON (B), BOURSIER (D) : « Le passage à une organisation multipostes basée sur plus d'autonomie et de flexibilité pour faire face aux délocalisations et sauvegarder l'emploi ». Intervention à la manifestation IIR, op. cité**

- améliorer la rémunération

- favoriser les initiatives

- créer de nouvelles conditions de travail.

Pour ce faire, d'importants moyens ont été mis en oeuvre tant en investissements que dans les domaines de la formation et de l'information. Le plan de communication, autour du projet, a notamment permis la bonne adhésion du personnel à la réorganisation. La mise en place d'un système d'information en temps réel et d'un nouveau mode de relation avec le personnel (deux heures de réunion par semaine d'auto-organisation) corrélés à des réunions de lancement, en sont les principaux axes.

Le retour sur investissement s'avère très positif quatre ans plus tard.

Les clients bénéficient d'une meilleure livrabilité et le traitement des urgences est plus efficace.

L'entreprise a amélioré son niveau de qualité par une forte baisse de ses déchets. Elle a par ailleurs accru la flexibilité et réduit parallèlement l'absentéisme. Quant aux impacts relatifs au personnel, on relève un élargissement et un enrichissement du travail fortement responsabilisants. La qualification remplace l'ancienneté comme critère d'évolution, la création de quatre échelons supplémentaires ouvrant par ailleurs plus de possibilités. La rémunération moyenne s'est élevée de 11 %, modifiant ainsi la relation avec les partenaires sociaux.

En résumé, les principales **idées-clés** émises à propos de l'exercice de la polyvalence au sein de ces entreprises sont les suivantes :

**la polyvalence :**

- est un mode de vie au quotidien ;

- est culturelle ;

- doit être négociée, organisée et valorisée ;

- permet de répondre aux fluctuations de l'activité, à l'absence des salariés et évite la monotonie ;

- facilite la communication interne ;

- doit être dosée pour préserver les savoir-faire et maintenir la position concurrentielle ;



- représente la capacité à mettre en oeuvre les compétences détenues par les individus ;
- s'inscrit dans une logique collective organisationnelle et managériale ;
- accroît la responsabilité et l'autonomie des individus ;
- nécessite et promeut le travail en collaboration ;
- élargit et enrichit le travail humain, en le diversifiant.

Ces quatre cas d'entreprises montrent que la polyvalence a constitué :

· un levier de mobilité. Le parcours professionnel dépasse la vision des postes. En effet, le poste est surtout un point de repère, nécessaire à la structuration de l'entreprise et à sa gestion administrative et financière ; l'outil référentiel de compétences sert, quant à lui, à décrire l'ensemble des fonctions de l'entreprise et à ce titre, promeut la mobilité interpostes et intermétiers.

· un levier en termes d'enrichissement de la fonction managériale. Les managers ont à identifier les besoins de leur unité en compétences, en dépassant les seules compétences techniques jugées trop spécifiques et réductrices. La palette de compétences détenues par les personnes s'inscrit dans une logique d'adéquation avec l'organisation et non seulement avec le poste, d'où l'importance de cerner les caractéristiques de « l'organisation employeur », la gestion du patrimoine des compétences en dépend largement.

## **7.2. Notre représentation de la polyvalence**

---

La polyvalence n'est pas une fin en soi, c'est une réponse organisationnelle à des objectifs stratégiques et managériaux, inscrits dans une politique d'établissement. Cette réponse recouvre des réalités concrètes relativement variées. Née du besoin de rompre avec l'organisation taylorienne du travail, la polyvalence vise à regrouper des tâches de nature différente conférant un élargissement et/ou un enrichissement de la fonction. Il appartient à chaque entreprise d'en mesurer l'étendue, en référence à des normes préétablies, spécifiques à son champ d'intervention, et en lien avec son évolution historique.

**L'analyse des contenus du travail constitue le moyen privilégié de visualisation du degré de polyvalence.** Seront notamment observées la nature des tâches, leur diversité, complexité, complémentarité et cohérence.

## 7.2.1. La nécessité d'une approche diachronique et synchronique de la polyvalence

### 7.2.1.1. La polyvalence : un élément muable, évolutif et dynamique de l'écosystème hospitalier

Compte tenu de leur évolution dans le temps, il nous semble intéressant de ne pas opposer « polyvalence » et « spécialisation ». Les définitions minimales proposées par le grand Larousse Universel, à savoir que :

« Etre spécialisé » consiste à être compétent dans un domaine scientifique déterminé

« Etre polyvalent » consiste à être compétent sur des domaines scientifiques différents méritent d'être élargies, en s'appuyant notamment sur les résultats de notre recherche.

Par analogie, on peut dire que l'hôpital est « un écosystème »

**L'écosystème** peut être de taille très variée, mais présente toujours une certaine homogénéité... L'écosystème est assimilé à un ensemble d'éléments constamment en interaction les uns avec les autres, pour former un ensemble ordonné. Les interactions peuvent être des boucles de rétroaction, permettant la régulation... Ces phénomènes de régulation ne se déclenchent qu'à partir de certains seuils.

Il représente ainsi une communauté vivante qui interagit également avec son environnement.

**A ce titre, « polyvalence » et « spécialisation » nous paraissent constituer des phénomènes de régulation de « l'éco-système hospitalier » et ce, sous la forme de cycles de vie renouvelés dans un ordre continu.**

Comme nous l'avons vu, les techniques de soins et les technologies évoluent à un rythme soutenu et nécessitent une adaptation permanente des personnels. Nous proposons ainsi **l'existence de trois stades d'appropriation , qui correspondent à trois seuils de progression**<sup>222</sup> :

#### **Un premier stade de « découverte »**

Si on prend le cas de l'IRM, on pourrait dire que les premiers manipulateurs l'ayant pratiqué ont fait, en quelque sorte, figure de « pionniers ». Ils ont ouvert la voie, défriché le terrain et beaucoup investi pour le rendre « maîtrisable ». Cette période de découverte voire de « rôdage », induit souvent une affectation spécifique du personnel. A ce premier stade, « il faut prouver », la **polyvalence est nulle ou restreinte.**

#### **Un second stade de « maturité »**

---

<sup>222</sup> voir schéma page suivante

C'est la période de plein développement de l'activité. On entre dans une phase d'acculturation et de banalisation. Le système est viable, apte à vivre, et commence à fonctionner avec d'autres personnels. Le transfert de compétences est en cours, « on prouve », **la polyvalence est relative.**

### **Un troisième stade de « neutralisation »**

On assiste, selon le degré de complexité de l'activité, à une atténuation de l'effet initial (la technique devient accessible à un plus grand nombre), voire à une fusion/intégration dans le système global (technique accessible à tous). On pourrait dire qu'il s'agit d'une régulation du système par rétroaction.

**« La rétroaction consiste « en un processus déclenché automatiquement après une perturbation visant à provoquer une action correctrice en sens contraire... C'est un effet en retour s'opposant à l'action initiale ou diminuant sa durée... »<sup>223</sup>**

Toute nouvelle technique de soins, toute nouvelle technologie créée, en effet, une perturbation dans le fonctionnement de l'organisation, de par l'incertitude qu'elle fait naître. Ainsi, tout changement provoque une réaction, mais aussi des phénomènes de régulation, ayant à terme l'effet d'annuler ce même changement.

A ce dernier stade, « on a prouvé », **la polyvalence est effective.**

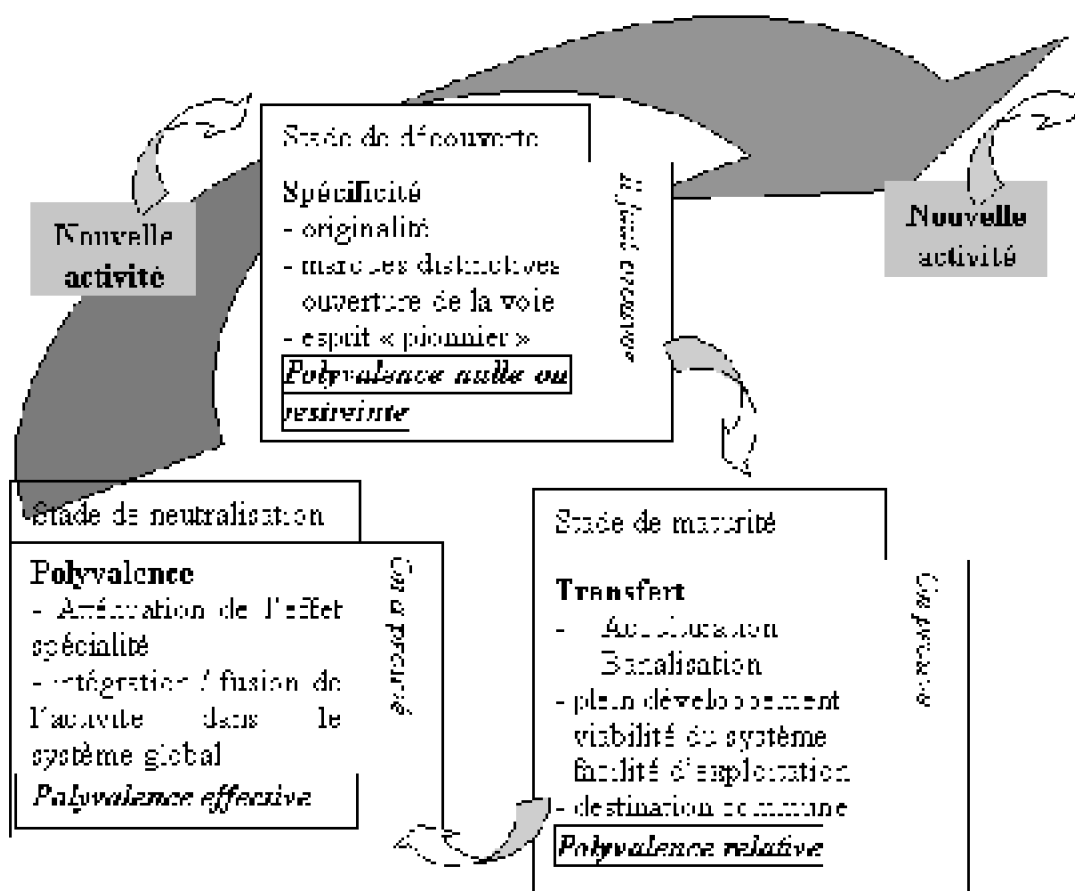


Figure 27 : Le cycle de vie de l'écosystème hospitalier

La stabilité de l'écosystème hospitalier présente une notion dynamique, car elle dépend largement du nombre d'interactions intervenant pour la régulation de l'ensemble. L'écosystème sera d'autant plus stable que sa diversité sera plus élevée.

**Il s'avère ainsi nécessaire de mesurer le degré de complexité de toute activité nouvelle afin d'en évaluer le cycle de vie**, notamment les différentes durées dans chacun des trois stades. Cette évaluation permettra au cadre de faire les choix opportuns en termes d'organisation du travail.

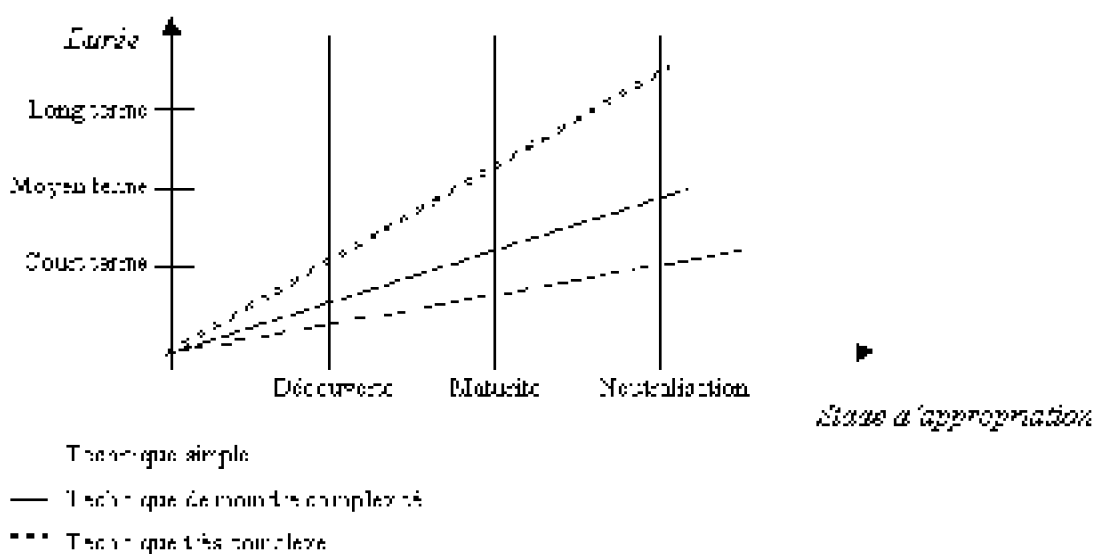


Figure 28 : Temps d'intégration des techniques nouvelles

La polyvalence ne peut s'observer isolément. C'est pourquoi il nous a semblé judicieux de la considérer tout d'abord d'un point de vue **diachronique** avant de l'appréhender « à l'instant T », donc sans référence à l'évolution qui l'a cependant influencée.

### 7.2.1.2. La polyvalence : une pluricom pétence circonscrite

Cette seconde approche, de nature **synchronique**, aidera, dans un premier temps, à repérer quelle peut être la meilleure adéquation entre compétences et organisation, et secondairement, à déterminer le niveau de polyvalence requis pour que chacun y trouve son compte.

Un point sur lequel tous les acteurs convergent, c'est que le champ de polyvalence doit être délimité, pour qu'il y ait une bonne connaissance de l'activité, et une bonne maîtrise des techniques, sans déstabiliser la personne.

Nous ne reviendrons pas sur les avantages et les limites, relatées dans le chapitre précédent. Là encore, ils se retrouvent globalement chez tous les acteurs (manipulateurs radio, infirmières, cadres, directeurs et médecins).

**Les débats relatifs à la polyvalence reposent le plus souvent sur son imprécision.** Sur le fond, les acteurs y sont favorables, mais à condition d'en connaître :

- le **contenant**, c'est à dire les principaux contours
- le **contenu**, c'est à dire sa teneur et sa consistance.

**La polyvalence nous semble ainsi être synonyme de « pluricom pétence ».**

#### 7.2.1.2.1. Approche sémantique

### Pourquoi préférer « pluri » à « poly » ?

Si les deux termes évoquent la pluralité, il n'en demeure pas moins que « pluri » paraît être quantitativement inférieur à « poly ».

**« Pluri : dans le sens de « plusieurs », indique un nombre, non précisé, mais au moins égal à deux, d'êtres ou d'objets »<sup>224</sup>. « Poly : dans le sens de « nombreux », indique un grand nombre, une grande quantité de, beaucoup de, une multitude de ... »<sup>225</sup>. L'adjectif « grand » accroît la dimension du nombre.**

### Pourquoi préférer « compétence » à « valence » ?

La définition basique de la **compétence** consiste en « **une aptitude, une capacité reconnue en telle ou telle matière, en raison de connaissances possédées, et qui donne le droit d'en juger...** »<sup>226</sup>.

Cette capacité, observable et mesurable, fait sortir la compétence de l'abstraction ou de l'idéalisation pour la rendre visible. On peut ainsi cerner le champ d'une compétence (monocompétence), et, de ce fait, le champ global de plusieurs compétences (pluricompétence). Cet exercice exige, néanmoins, une étude rigoureuse des postes de travail et une bonne prise en compte du système dans son ensemble, au travers des missions et des objectifs collectifs. La compétence renvoie à l'activité humaine, représentant une réalité concrète.

Nous avons vu, en revanche, que « la **valence** » concerne essentiellement le domaine de la physique – chimie. Elle représente « **un nombre possible d'atomes d'une nature donnée qui peuvent se lier chimiquement à un atome déterminé...** »<sup>227</sup>.

En psychologie, ce terme est à peu près équivalent à « valeur pour un individu » et dans un contexte économique à « utilité »

En gestion des ressources humaines, la « valence » **demeure ainsi un concept abstrait**, peu transposable aux situations de travail. Il en est de même pour la « monovalence » et consécutivement pour la « polyvalence ». La pluralité ne peut prendre du sens, du fait de la non lisibilité de l'unicité.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons opté pour le terme « pluricompétence », et ceci dans un souci de cohérence du discours managérial. En effet, **il appartient au cadre d'évaluer, en partenariat avec son équipe, le champ de la pluricompétence le plus favorable à :**

---

<sup>224</sup> Grand Larousse Universel

<sup>225</sup> Grand Larousse Universel

<sup>226</sup> Grand Larousse Universel

<sup>227</sup> Grand Larousse Universel

une bonne qualité de la prestation client,

un épanouissement personnel et professionnel du personnel,

une gestion efficiente des ressources humaines.

**En cohérence avec la logique médicale, il en résultera des choix organisationnels concertés et évolutifs.**

La (quasi) totalité des personnes interrogées (infirmier(e)s, manipulateurs radio, cadres soignants, médecins et directeurs) ont évoqué la nécessité **de limiter la polyvalence à deux ou trois domaines d'activités**. Cette très forte convergence confirme que la polyvalence est à circonscrire pour qu'elle soit viable et suscite l'adhésion des personnels concernés, et ce, dans l'intérêt du patient. Nous avons pu voir que la crainte dominante résidait dans la difficulté à trouver le bon rapport entre « compétence » et « qualité de la prestation » à fournir aux clients. Cette crainte témoigne de la conscience professionnelle des acteurs hospitaliers et de leur volonté de répondre de façon optimale aux attentes en matière de soins.

La polyvalence ou, comme nous l'entendons, pluricom pétence circonscrite, nécessite, pour être appliquée, un **engagement politique institutionnel** et **trois niveaux d'exploration**. En effet, **nous proposons que cette polyvalence soit sectorielle, managée et organisée.**

#### **7.2.1.2.2. Une polyvalence sectorielle**

Tout d'abord, qu'entend-on par polyvalence sectorielle ? Le terme « **sectoriel** » renvoie à un secteur d'activités déterminé. Le secteur est, dans ce cas, la subdivision d'un domaine d'activités formant, en quelque sorte, un tout. Bien que cette subdivision puisse correspondre à un secteur géographique, nous n'avons pas retenu le terme « sectorisé », trop restrictif, de notre point de vue.

En effet, la polyvalence sectorielle renvoie à une **répartition qualitative** de l'activité de soins dans son ensemble, tout en respectant la cohérence globale de la mission collective soignante. Elle interroge d'abord sur le sens à donner à l'action, et peut ensuite se traduire par une **répartition géographique** de « confort ». La polyvalence sectorielle n'a surtout pas comme objet de renforcer le cloisonnement existant, mais, en revanche, de **dessiner les contours du champ d'intervention**, à l'intérieur duquel le professionnel sera sollicité. Ce champ dépasse le cadre du service.

Ce peut être **pour les infirmières** plusieurs services appartenant à :

*un même domaine d'activité sur une seule spécialité* (par exemple plusieurs services de médecine neurologique)

*un même domaine d'activité sur deux spécialités* (services de médecine urologique et

médecine néphrologique)

.  
*une même spécialité sur plusieurs domaines d'activité* (la cardiologie en médecine, chirurgie, consultation, réanimation...)

.  
*un même secteur géographique* (chirurgie cardiaque et gériatrie)

Il serait intéressant que les durées d'exercice dans les différents services, soient prévues par rotation, en dehors des remplacements d'urgence. Ceci créerait une synergie entre les équipes concernées et offrirait l'avantage de développer des compétences transversales, dans un climat serein d'apprentissage. L'infirmière n'arriverait plus en catastrophe en « terrain hostile » pour pallier un absentéisme impromptu.

**Pour les manipulateurs** en radiologie, ce peut être :

.  
*un secteur limité à deux ou trois techniques complémentaires*. Le cas n° 1, ci-après, correspond au fonctionnement d'un plateau technique de CHU : les manipulateurs sont « trivalents ». L'équipe est répartie en trois groupes, ayant une activité commune de radiologie générale et deux activités distinctes sur deux techniques « de proximité ». Ainsi, les manipulateurs sont tous **référents**, c'est à dire **experts** sur deux techniques spécifiques, pour l'exercice desquelles ils ont développé des compétences pointues en adéquation aux situations particulières à résoudre. Ils sont, par ailleurs, en mesure de transférer les savoirs et savoirs-faire acquis à d'autres professionnels, tout en opérant une veille interne et externe de qualité. En résumé, **la mobilité des manipulateurs s'exerce sur trois activités** (deux spécifiques, une commune) : on peut dire qu'ils sont des **référents-experts à mobilité réduite**.



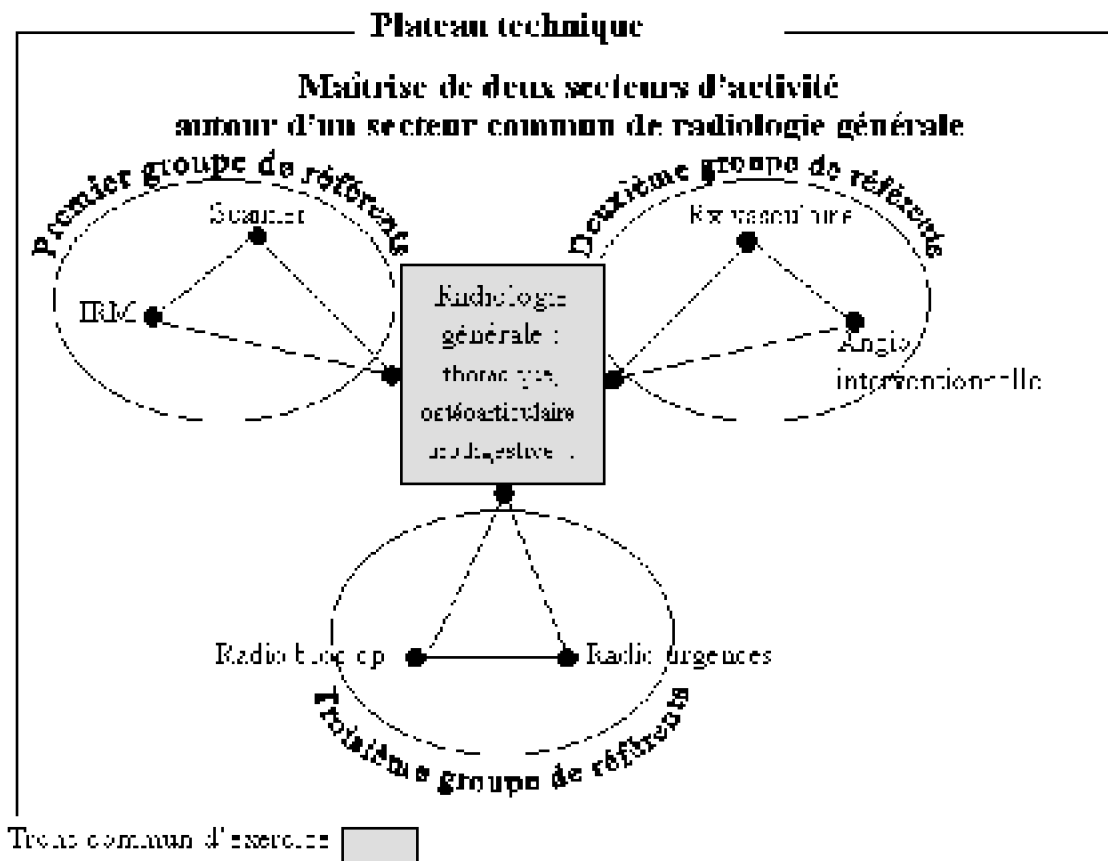


Figure 29 : Polyvalence sectorielle en radiologie (cas n° 1)

Dans ce cas, les manipulateurs sont trivalents. Ils présentent une expertise sur deux techniques pointues et se retrouvent tous sur le secteur commun de radiologie générale : ils sont des **référénts – experts à mobilité réduite**

un système mixte de manipulateurs référents et « roulants » sur plus de trois techniques. C'est l'exemple du cas n° 2, ci-après, correspondant au fonctionnement d'un autre plateau technique de CHU. Vingt-cinq manipulateurs assurent le fonctionnement de neuf salles de radiologie. Pour ce faire, vingt manipulateurs sont affectés chacun à une salle spécifique : hormis l'IRM qui requiert quatre référents, les autres salles sont dotées de deux référents. Comme dans le cas précédent, ils sont experts sur la technique de leur salle. La différence se situe sur le point suivant : **les référents sont aussi « roulants » ponctuels sur l'ensemble des salles**. En effet, un seul référent sur deux est en poste au quotidien (par rotation programmée), le deuxième manipulateur provenant toujours d'une autre salle. Ce peut être le référent non utilisé

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

d'une autre salle ou un manipulateur « roulant » permanent, c'est à dire, sans affectation de salle (à savoir cinq personnes). Ce système mixte présente l'avantage de faire pratiquer toutes les techniques par l'ensemble des manipulateurs (à des niveaux de compétences différents mais suffisants). Chaque manipulateur peut ainsi assurer tous les examens demandés en urgence de nuit et de week-end. La limite réside dans la gestion des rotations de salles : maintenir la compétence attendue en fonction des situations nécessite qu'il n'y ait pas d'espacement trop important entre deux passages. Il semble que l'effectif ne permette pas d'aller au delà, en termes de nombre de salles à maîtriser. En résumé, **les référents experts ont une mobilité élargie**, mais cependant moins élargie que les « roulants » permanents.

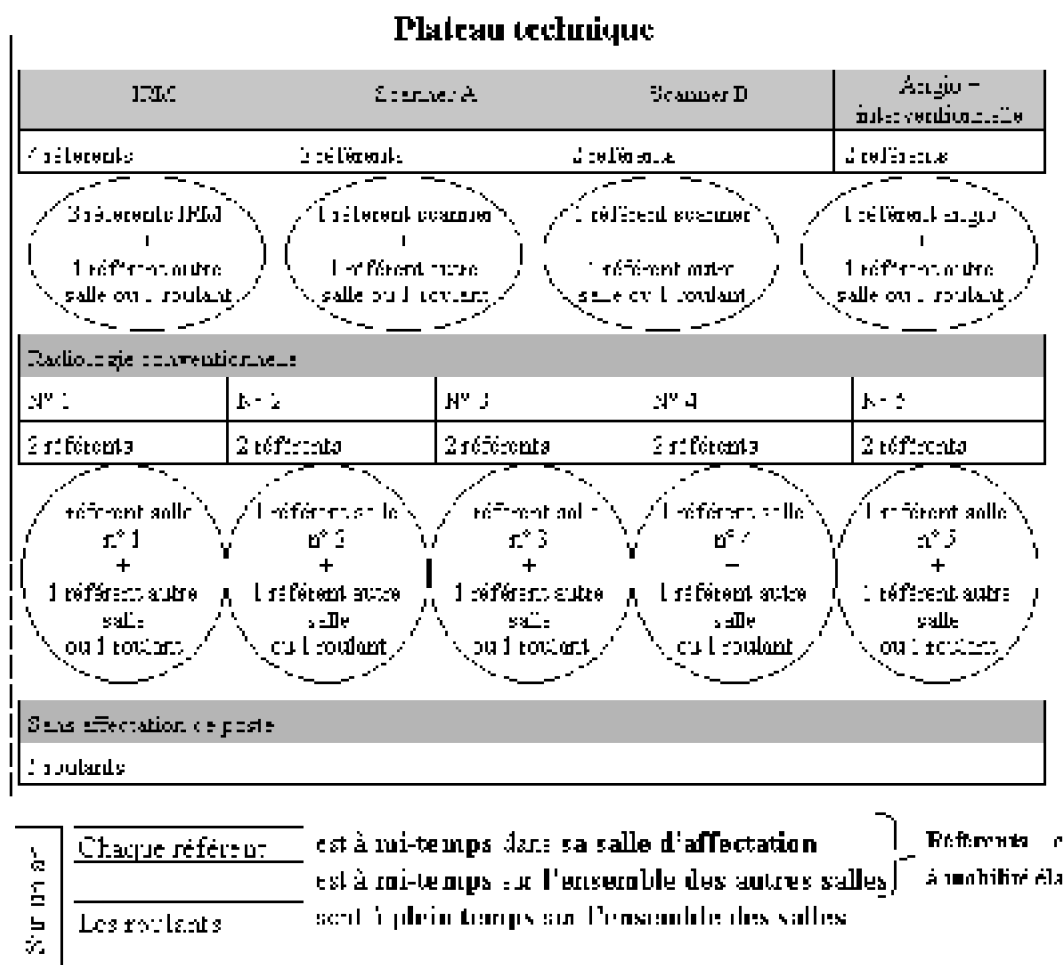


Figure 30 : Polyvalence sectorielle en radiologie (cas n° 2)

Ces deux cas montrent bien que déterminer un secteur d'activités est tout d'abord un acte de management.

### 7.2.1.2.3. Une polyvalence managée

La polyvalence doit ainsi être managée. *« Au management traditionnel étaient associées des conduites de gestion et de direction des entreprises fondées sur l'expérience, le bon sens, la rusticité des outils d'analyse. Avec le management moderne, un recours systématique est fait aux méthodes scientifiques de préparation des décisions de mise en oeuvre des stratégies et de contrôle des résultats, en faisant largement appel à la direction par les objectifs, à la gestion prévisionnelle et budgétaire, au contrôle de gestion etc »*<sup>228</sup>

Manager, c'est diriger une équipe, « en connaissance de cause ». Le choix du champ d'intervention est indissociable des choix « techniques » de gestion des ressources humaines. **S'interroger sur le secteur d'activités à maîtriser, c'est s'interroger sur les moyens à mettre en oeuvre pour que les personnels développent les compétences requises au sein du secteur.**

En effet, il appartiendra au cadre d'identifier un certain nombre de critères, à la fois supports de décision et d'évaluation. Parmi ceux-ci, on peut citer la durée d'appartenance au secteur, la durée et le rythme des rotations, le contenu du travail et sa répartition, la nature des compétences à développer...

Des **outils stratégiques de pilotage** s'avèrent ainsi indispensables, pour assurer une gestion objective des personnels. Ces outils sont des leviers d'aide à la décision, de contrôle et d'évaluation. En leur absence, les risques de décalage entre ce qui est dit et réalisé peuvent discréditer la pratique du cadre, même s'il est de bonne volonté.

C'est à partir de là, que peuvent commencer les difficultés. L'équipe perd confiance en son cadre et devient suspicieuse. Le climat se dégrade. Dans l'incertitude, les acteurs centrent leurs préoccupations sur le maintien de leurs intérêts personnels et ne s'inscrivent plus dans une dynamique de travail constructive. Les façons de penser négatives ou défensives sont néfastes pour les individus et les entreprises. En les empêchant d'utiliser leurs compétences et leurs connaissances, elles peuvent contrarier tous les efforts visant à appliquer la stratégie définie.

**« La fonction ressources humaines fait aujourd'hui partie intégrante de la stratégie de l'entreprise.** Cela signifie pratiquement qu'elle est passée de l'état réglementaire, à celui d'une discipline qui conjugue en permanence et simultanément, politique, stratégie et action. Cette affirmation a deux conséquences majeures :

cette fonction est devenue plus **transverse** que jamais dans les postes de responsabilité de l'entreprise...Elle devient **partagée** avec l'ensemble des managers, qui, initialement axés sur leur métier principal, doivent aujourd'hui intégrer la composante humaine comme vecteur essentiel de leur action.

reconnue à part entière comme l'un des piliers du **management stratégique**, elle

---

<sup>228</sup> Grand Larousse Universel

nécessite des liens de cohérence partagés par tous les acteurs... Elle est, par nature, **au plus près du terrain.** »<sup>229</sup> 1

Concilier cohérence d'entreprise, responsabilité et autonomie des acteurs pour la même mission de soins requiert du cadre la prise en compte des trois niveaux de la fonction ressources humaines : politique, stratégie et action.

Le management évoque ainsi la conduite d'une activité collective. Pour ce faire, la valorisation des ressources humaines passe par le renforcement du rôle de l'encadrement, à savoir le renforcement de son rôle d'animation et de pilotage.

La polyvalence est insuffisamment managée à l'hôpital ce qui induit les multiples interprétations, les résistances, les incompréhensions... mises en exergue dans notre recherche exploratoire.

**L'organisation polyvalente d'un service dépend ainsi étroitement des compétences managériales du cadre.**

#### 7.2.1.2.4. Une polyvalence organisée

La polyvalence est à organiser. Organiser c'est structurer, aménager, agencer pour réduire l'hétérogénéité naturelle des pratiques individuelles, et, par effet de balancier, tendre à l'homogénéité d'une pratique collective concertée.

**« L'organisation du travail a pour objectif la répartition et la coordination des activités et des responsabilités de chaque individu, en vue de la production au sein d'une formation sociale donnée »**<sup>230</sup>

A l'hôpital, l'organisation du travail est centrée sur l'organisation des activités de soins. On a pu voir que les cadres hospitaliers y consacrent beaucoup d'énergie et de temps, voire au détriment de la fonction relative à la gestion des ressources humaines, sans pour autant obtenir l'efficacité attendue.

**« Structurer le travail veut dire structurer les tâches pour obtenir des niveaux de satisfaction et de production élevés de la part des employés. Beaucoup de recherches montrent que pour arriver à ces résultats, il faut structurer le travail afin de s'assurer qu'il existe une correspondance entre certains facteurs spécifiques dans l'environnement du travail. Ces facteurs sont reliés d'un côté à la technologie utilisée pour produire des biens et des services et de l'autre aux besoins personnels des employés. Si l'on peut structurer le travail pour pouvoir accommoder ces facteurs, le travail a des chances d'être productif et de satisfaire les gens »**<sup>231</sup>

L'organisation des activités de soins vise à donner de la **stabilité** et de la **prévisibilité** aux acteurs concernés par l'activité de soins en question. Cette organisation n'est pas

<sup>229</sup> JOURNAL « toujours formalisée » information ressources humaines des années 2000, ANDCP, Personnel, n° 362, juillet 1995, p 51 à 54, p 51

<sup>230</sup> Grand Larousse Universel

<sup>231</sup> JABES (J) « Structuration des tâches » in « management, aspects humains et organisationnels », Collectif d'auteurs, op.cit., p 528

**La planification des soins** sur une journée de vingt quatre heures, qui a pour avantage de mettre en cohérence le travail des trois équipes (matin, après-midi et nuit) fait le plus souvent l'objet d'un document formel , accepté par tous et connu de tous également. Les remplaçants peuvent s'y référer facilement.

En revanche, il n'en est pas de même pour **l'organisation matérielle du service**. D'une part, elle varie d'un service à l'autre, d'autre part elle n'est que rarement formalisée, ce qui gêne considérablement l'exercice du remplaçant ponctuel, comme nous l'avons vu. Concevoir un système de classement et de management transversal présenterait déjà une belle avancée organisationnelle.

**L'harmonisation des protocoles de soins et la nature des informations à transmettre**, constitue un axe fort d'amélioration, à promouvoir. Ceci nécessite notamment l'identification d'objectifs communs interservices, une analyse fine des contenus de travail, la clarification des rôles et des responsabilités afin que les acteurs puissent accroître leurs capacités à résoudre des problèmes, interpellant le collectif.

Développer une culture de soins interservices, sans pour autant anihiler les particularismes intraservice, constitue un élément d'ouverture sur le système.

la mise en relation d'un plus grand nombre d'acteurs ne peut se faire sans mettre l'accent sur la communication, la coordination et la concertation sources de convergence et de dialogue.

Selon H.SAVALL et V.ZARDET « *la communication désigne tous types d'échanges d'informations entre acteurs (formels ou informels) quels qu'en soient l'objet et la finalité (professionnelle ou extra professionnelle). La coordination s'applique aux dispositifs d'échanges d'informations entre acteurs, organisés en vue de réaliser un objectif opérationnel ou fonctionnel de l'activité. La concertation caractérise les types d'échanges d'informations entre acteurs pour définir un objectif opérationnel ou fonctionnel commun à réaliser sur une période déterminée* ».<sup>232</sup>

Organiser la polyvalence, c'est lui donner une forme, du sens et du liant. Nous avons pu constater un certain nombre de carences en la matière.

**Nous avons vu que pour être une pluricom pétence circonscrite, la polyvalence devrait être sectorielle, managée et organisée.**

Nous proposons, ci-après, en résumé, deux exemples de mise en oeuvre de la polyvalence, compte-tenu de la nature différente des modes d'exercice des infirmières et des manipulateurs en radiologie.

---

<sup>232</sup> SAVALL (H), ZARDET (V) « Maîtriser les coûts et les performances cachés », op. cit., p 245

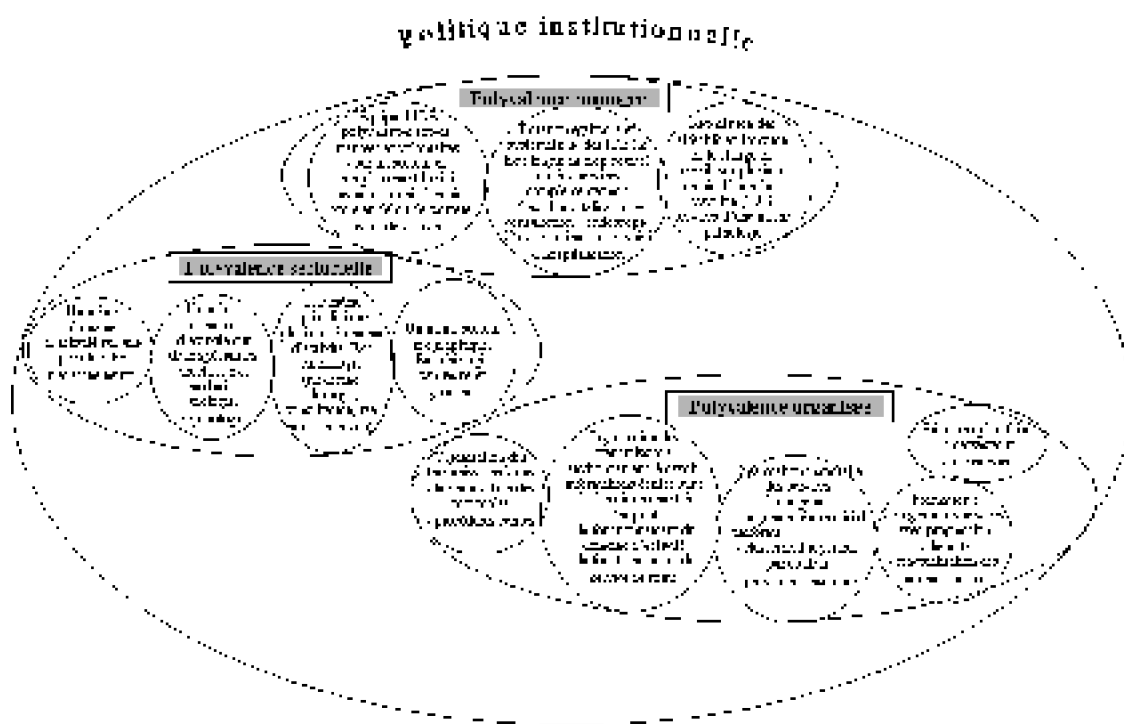


Figure 31 Exemple de mise en oeuvre de la polyvalence infirmière

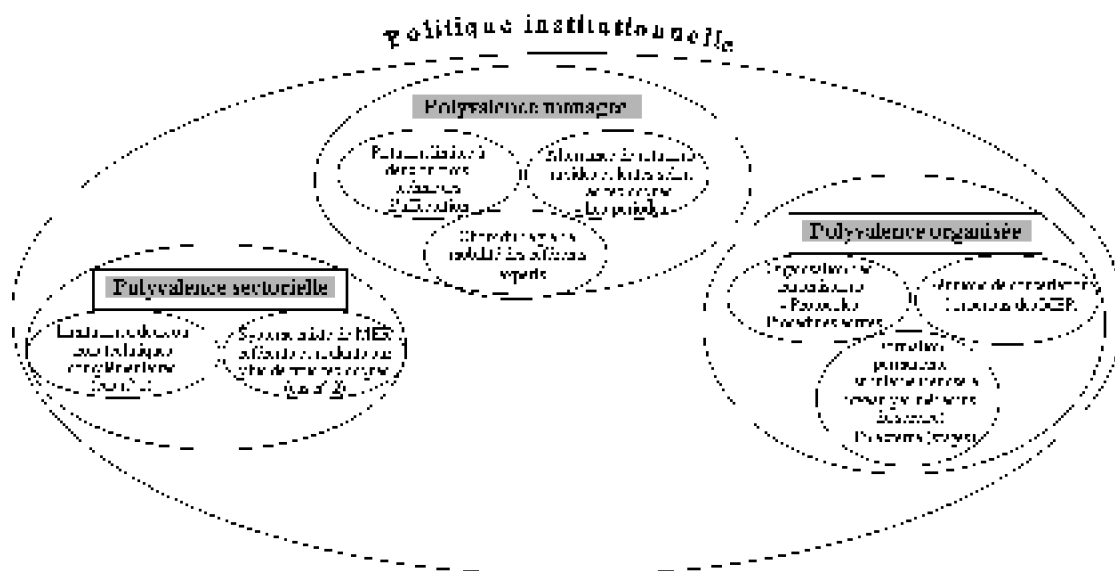


Figure 32 : Exemple de mise en oeuvre de la polyvalence des manipulateurs en radiologie

Ces différents exemples et cas ne constituent que des illustrations partielles de mise en oeuvre de polyvalence ou pluricom pétence circonscrite. **La viabilité et la pérennité d'un dispositif polyvalent dépendent étroitement des capacités des cadres à faire adhérer leurs équipes à des projets communs.** D'une part la conviction de ces cadres de l'intérêt d'évoluer vers plus de mobilité, et d'autre part leur niveau d'expertise managériale sont et seront à la base de la réussite des systèmes polyvalents.

### 7.2.2. Les processus mobilisateurs de la polyvalence

La polyvalence s'explique le plus souvent par la description des **formes** qu'elle revêt. Les **capacités** requises pour l'exercer apportent fréquemment un complément à cette description. Il ne nous semble pas pour autant que ces deux critères suffisent pour opérer le choix des personnes attendues et éviter des effets dysfonctionnels. Ce n'est pas tant la nature des capacités requises que leur **homogénéité** qui entre en ligne de compte dans

la mise en oeuvre de la polyvalence.

**En effet, quels sont les processus qui sous-tendent cette polyvalence et qui, par ailleurs, exercent une influence directe sur les compétences à détenir, pour qu'il y ait transférabilité des savoirs et des savoir-faire ?**

La même tâche, déclinée par les mêmes gestes, est-elle transposable facilement d'un secteur à un autre ? Requier-t-elle la même stratégie pour sa réalisation, la même logique d'action ? Sur quels processus doit-on agir pour que s'opère le transfert ?

Si la formalisation du travail prescrit constitue une référence commune appréciable, il n'en demeure pas moins qu'il s'avère judicieux de s'interroger sur les processus susceptibles de mobiliser la polyvalence.

Le processus est défini<sup>233</sup> *« comme un enchaînement ordonné de faits ou de phénomènes, répondant à un certain schéma et aboutissant à quelque chose... Une suite d'opérations, d'actions constituant la manière de faire, de fabriquer quelque chose, un procédé ... La manière que quelqu'un, un groupe a de se comporter en vue d'un résultat particulier et qui est analysée comme répondant à un schéma précis... Il est noté également que, pour le philosophe HEGEL, le processus est un mouvement suivi par la réalité qui ne reste jamais la même et qui se transforme ».*

Les mots-clés pourraient être les suivants : suite d'opérations, enchaînement, schéma et mouvement. La complexité réside dans **la gestion du « mouvement »** : on pourrait dire que la polyvalence s'inscrit a priori dans un mouvement contradictoire :

un mouvement vers plus de compétences ;

un mouvement vers plus de lieux d'exercice.

Comment mettre en cohérence ces deux mouvements afin de faire coïncider qualification et polyvalence ?

La polyvalence, au sens de **maîtrise d'un ensemble de processus**, peut favoriser la qualification individuelle et collective. **Nous avons ainsi identifié et défini quatre processus semblant avoir un impact direct sur la mise en oeuvre de la polyvalence**<sup>234</sup> : un processus de technicité à composantes gestuelles, un processus de pensée à composantes intellectuelles et mentales, un processus de gestion à composantes organisationnelles et un processus de cohérence collective à composantes informationnelles et communicationnelles.

### 7.2.2.1. Un processus de technicité à composantes gestuelles

<sup>233</sup> Grand Larousse Universel

<sup>234</sup> Notre conceptualisation des processus mobilisateurs est inspirée d'écrits sur l'analyse du travail : cf. FAVERGE (JM) : « Travailleurs et systèmes techniques ». Traité de psychologie appliquée, T3, PUF, Paris, 1972. Cf. FAVERGE (JM) : « L'analyse du travail ». Traité de psychologie appliquée, dirigée par M. REUCHLIN, PUF, Paris, 1972.



Il fait référence à l'activité **concrète, formelle et prescrite** et s'appuie sur des outils d'exécution. Cette activité est de l'ordre du devoir-faire et répond aux exigences de la tâche. C'est le travail explicité, normé, de plus en plus souvent visualisé au travers de référentiels. Il appartient ainsi à chaque personne de réaliser les gestes techniques prescrits, avec rigueur et précision.

On assiste de fait à une « **algorithmisation** » du travail. L'algorithme représente « **un ensemble de règles opératoires dont l'application permet de résoudre un problème énoncé au moyen d'un nombre fini d'opérations. Sa caractéristique est de transformer des quantités, dites grandeurs d'entrée, en d'autres quantités, dites grandeurs de sortie...** »<sup>235</sup>.

Cette notion mathématique a été étendue au domaine du travail. Elle signifie alors un ensemble de procédures, de modes opératoires qui ont un caractère strict, rigoureux faisant l'objet de consignes précises. Les gestes techniques de soins et de diagnostic radiologique nécessitent effectivement la mise en forme de procédures décrivant des séquences d'opérations, à réaliser dans un certain ordre<sup>236</sup>.

Le travail est ainsi découpé, segmenté en actes qui, théoriquement additionnés remodèlent l'activité. Les supports utilisés sont soumis à évolution afin d'éviter la sclérose du système par une inadéquation du contenu du travail face aux attentes de la clientèle.

Le processus de technicité renvoie au travail « théorique », s'appuyant sur des tâches à **composantes gestuelles**.

La réalisation de ces tâches ne nécessite pas pour autant les seules compétences techniques. En effet, quelles conduites types faut-il mettre en oeuvre pour réaliser ces tâches<sup>237</sup>, quels types de raisonnement faut-il développer pour que l'action prenne du sens et réponde au service réellement attendu ? Par exemple, à l'hôpital, chaque patient est unique et, de ce fait, chaque réponse est unique. Il est important de rechercher quelles stratégies viendront accompagner l'exécution des procédures, car la technique ne détermine pas le contenu du travail.

### **7.2.2.2. Un processus de pensée à composantes intellectuelles et mentales**

La polyvalence réinterroge d'autant plus la notion stricte de tâche liée à un poste de travail qu'elle mobilise les acteurs sur un ensemble d'activités distinctes et/ou sur différents postes. La compétence apparaît comme un mélange de principes formels et de qualifications tacites, donc **informelles**. Les problèmes de sécurité sont importants dans

<sup>235</sup> Grand Larousse Universel

<sup>236</sup> L'algorithmisation du travail renvoie également aux démarches qualité. Cf FROMAN (B) « Le manuel qualité, outil stratégique d'une démarche qualité », Paris, AFNOR, 1994, 181 pages. Cf PERIGORD (M) « Les parcours de la qualité, démarches et outils », Paris, AFNOR Gestion, 1993, 264 pages Cf SAVALL (H), ZARDET (V) « Espoirs et illusions dans la quête de la qualité : vers un nouveau calcul économique », supplément à la revue Echanges n° 125, p 27 à 46

<sup>237</sup> Cf de MONTMOLLIN (M) : « L'intelligence de la tâche ». Eléments d'ergonomie cognitive, Berne, Editions Peter Lang, Science pour la communication, 1984, p 122

les process de travail en général, et encore plus spécifiquement à l'hôpital.

**« Il est impossible d'établir les procédures de conduite pour tous les incidents et surtout pour les combinaisons d'incidents, à priori en nombre infini. Tout repose alors sur les capacités heuristiques des opérateurs, sur la qualité de leur information et sur leur connaissance des décalages possibles entre l'état réel de l'installation et les informations dont ils disposent »<sup>238</sup>**

De nombreuses situations de travail relèvent d'un processus constant d'interprétation et d'intervention et altèrent l'algorithme théorique évoqué dans le processus technique.

**« Les procédures heuristiques sont, par essence, non programmables, non codifiables et intuitives. Elles concernent la plus grande partie des conduites humaines et servent à la découverte des faits ».<sup>239</sup>**

Elles servent à appréhender la réalité multiforme du travail et à agir, voire réagir aux aléas, aux dysfonctionnements, aux erreurs. La crainte de l'incident constitue le facteur déclenchant de cette démarche cognitive, source d'adaptabilité aux situations d'incertitude.

Par cette réflexion d'anticipation, l'acteur devient un agent de fiabilité du système en agissant comme régulateur de la situation de travail et en maintenant, en quelque sorte, un point d'équilibre théorique.

La polyvalence peut accroître néanmoins les zones d'incertitude, notamment lorsqu'elle fait l'objet de remplacements externes au service initial. Dans ce cas, il est important de s'interroger sur les capacités de l'opérateur à s'inscrire dans une démarche de résolution de problème, dans un environnement de travail inconnu ou méconnu. Le lieu géographique et l'espace-temps interfèrent sur le raisonnement de l'individu : des procédures heuristiques complexes utilisées dans des situations habituelles ne sont pas forcément modélisables dans des situations occasionnelles. Faire un diagnostic est une chose. En revanche, décider de solutions adéquates en est une autre car cela nécessite une connaissance minimale du milieu d'exercice.

**« La psychologie multiplie les concepts destinés à saisir les processus grâce auxquels le travailleur maîtrise et prend possession des systèmes techniques. Certains auteurs parlent de processus cognitifs (de MONTMOLLIN<sup>240</sup>, SPERANDIO<sup>241</sup>), d'autres de modèle mental (BAINBRIDGE<sup>242</sup>) ou d'habiletés mentales (SINGLETON, LEPLAT, et PAILHOUS<sup>243</sup>), d'autres enfin d'images opératives (OCHANINE<sup>244</sup>), d'images mentales et de schèmes (PIAGET<sup>245</sup>). Ces**

---

<sup>238</sup> DAMIAN (M) : « Les temps nucléaires ». Thèse, Grenoble, 1983

<sup>239</sup> BERNOUX (P), CAVESTRO (W), LAMOTTE (B), TROUSSIER (JF) : « Technologies nouvelles, nouveau travail ». Collection Recherches, Paris, 1987, 136 pages, P. 87

<sup>240</sup> de MONTMOLLIN (M) : « L'intelligence à la tâche ». *Éléments d'ergonomie cognitive*, Peter Lang, Berne, 1984 de MONTMOLLIN (M) : « Les systèmes hommes-machines ». PUF, Paris, 1967

<sup>241</sup> SPERANDIO (JC) : « L'ergonomie du travail mental ». Masson, Paris, 1983

<sup>242</sup> BAINBRIDGE (L) : « Le contrôleur de processus ». *Bulletin de psychologie*, 1981, p. 352.

**concepts destinés à rendre compte de l'activité mentale, de l'intelligence humaine, s'attachent à décrire la nature et les formes de raisonnement qui conduisent à la décision et l'action »<sup>246</sup>.**

Par exemple, au sein de l'hôpital de rééducation, on a pu constater que les remplacements épisodiques de très courte durée (une à deux journées) étaient créateurs de stress et d'angoisse difficilement gérables et maîtrisables par les acteurs concernés. D'après eux, la technicité en tant que telle ne pose pas réellement problème. En revanche, l'adaptation « spontanée » à de nouveaux patients, une nouvelle organisation, une nouvelle équipe constitue un blocage psychologique fort, du fait de représentations mentales faibles. L'incertitude constitue un échelon difficile à franchir.

Les processus intellectuels et mentaux sont guidés par **la représentation** que se fait l'agent de son environnement de travail. Plus cet environnement est connu, familier (connaissance des clients et des collaborateurs, des us et coutumes, des rapports tacites entre les uns et les autres...), plus la représentation mentale est forte, plus la confiance s'installe et plus facile est l'adaptabilité à la situation de travail. Inversement, plus cet environnement est méconnu, étranger, plus la représentation mentale est faible, plus l'incertitude grandit et avec elle, le manque de confiance et la perte des repères, aboutissant à une déstructuration de l'activité d'anticipation dans le déroulement des actes de travail. Dans ce cas, la **dépense cognitive** est décuplée pour pallier les incidents éventuels, d'où la sensation d'épuisement mental de la personne concernée. Ce dernier point s'observe dans le cadre de la polyvalence épisodique de mobilité externe. Il n'est, en revanche, pas ou peu prégnant dans le cadre de la polyvalence intégrée permanente, intra secteur. Le contexte organisationnel influence largement la construction de l'image que se feront les travailleurs sur leur environnement de travail.

### 7.2.2.3. Un processus de gestion à composantes organisationnelles

**« L'entreprise moderne, celle que nous connaissons aujourd'hui, est toujours au départ un rassemblement hétéroclite d'individus destinés à travailler ensemble. Qu'est-ce qui en fait une organisation durable ? Quelles sont les interactions qui président à l'intégration des individus ? Comment caractériser les liens indispensables au fonctionnement des entreprises ? Comment décrire les mécanismes qui tissent, développent et maintiennent la relation individu /**

<sup>243</sup> LEPLAT (J) et PAIHLOUS (J) : « L'acquisition des habiletés mentales : la place des techniques ». *Le travail humain*, 1981, p. 44 LEPLAT (J) : « Erreur humaine, fiabilité humaine dans le travail ». Collection U, A. Colin, Paris, 1985 LEPLAT (J) : « Task analysis and activity analysis in situation of field diagnosis » in J. Rasmussen and B. Rouse, *Nato Conference series*, Plenum Press, New York, 1981

<sup>244</sup> OCHANINE (D) : « Rôle de l'image opérative dans la saisie du contenu informationnel des signaux ». *Questions de psychologie*, p. 4, 1969.

<sup>245</sup> PIAGET : « La logique des apprentissages ». PUF, Paris, 1959.

<sup>246</sup> CAVESTRO (W), en collaboration avec BERNOUX (P), LAMOTTE (B), TROUSSIER (JF) : « Technologies nouvelles, nouveau travail ». *Op. Cit.*, P. 87.

**organisation ? Nous en distinguerons trois : le sentiment d'appartenance, l'implication au travail et la soumission « librement consentie ». Ces trois formes de liens permettent de régler trois types d'investissements psychiques indispensables à la bonne marche de la production : l'investissement sur le groupe, l'investissement sur le travail et l'investissement sur soi »<sup>247</sup>**

En effet, un individu est d'abord relié à son entreprise par le sentiment d'en faire partie. Dans la polyvalence de mobilité externe, les infirmières ont fréquemment évoqué leur **sentiment de non appartenance à l'équipe de travail provisoire**. C'est une des premières difficultés à franchir, notamment par le biais d'une politique d'intégration structurée qui tendrait à atténuer la sensation de rupture, souvent trop lourde à porter. La non adhésion au projet de l'équipe, car méconnu, induit l'absence d'engagement régulièrement décrite.

L'intégration à une nouvelle organisation est directement liée à l'implication au travail, constituant un élément de stratégie individuelle. **Il appartient au cadre de gérer ces stratégies d'acteurs, sources d'identité professionnelle et de professionnalisme.**

Ainsi, l'implication des infirmières dans un système de travail polyvalent sera fonction de l'adéquation entre la situation professionnelle demandée par l'institution et leurs propres attentes.

Les psychosociologues ont repéré quatre grandes catégories d'implication<sup>248</sup> :

L'implication de retrait : peu impliqué dans son emploi, l'individu fait son travail dans un but utilitaire. Il est réfractaire à tout changement et préfère le statu quo à toute innovation.

L'implication fusionnelle : « ***l'individu puise le sens de sa participation à l'entreprise à travers sa participation affective au groupe de ses pairs, c'est à dire ceux qui sont proches de lui et subissent les mêmes contraintes et peines que lui. Cela correspond à de nombreux métiers dits corporatistes comme ceux des marins, des cheminots, des mineurs ou encore des infirmières ou l'affectif est puissamment sollicité par les situations professionnelles vécues*** ».

L'implication affinitaire : des relations d'affinité s'effectuent de façon privilégiée avec certains de ses pairs. Avoir partagé une même formation, une même situation professionnelle, appartenir à un même réseau culturel ou autre est à même d'induire des relations d'affinité, pouvant servir à progresser dans la carrière.

---

<sup>247</sup> BELLIER-MICHEL (S) : « L'individu et le système ». *Revue hors série. Sciences humaines*, n° 20, mars-avril 1998, p. 45

<sup>248</sup> MUCCHIELLI (A) : « La psychologie sociale ». Les fondamentaux, Hachette, 1994, 157 pages, p. 33 cf. SAINSAULIEU (R) : « L'identité au travail ». Presses de la FNSP, 1977 cf. DUBAR (C) : « La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles ». A. Colin, 1991

L'implication négociatrice : « *l'individu est investi dans son emploi à travers un modèle de relations de négociation que cet emploi lui permet de mettre en oeuvre... Il utilise ses compétences et sa position charnière dans l'entreprise pour négocier sans cesse sa valorisation* »<sup>249</sup>. C'est l'attitude dominante chez les cadres pour lesquels réussite personnelle et réussite professionnelle sont fortement corrélées.

Ces quatre niveaux d'implication sont le résultat d'un ensemble de composantes psychosociologiques. « *Elles peuvent être considérées comme le résultat d'attitudes envers le travail et envers les tâches concrètes que l'on a à faire. Elles nécessitent donc que l'on ait des représentations de ce travail et des tâches que l'on effectue. Les implications intègrent également diverses satisfactions ou insatisfactions...* »

250.

Ce concept d'implication est en relation directe avec les concepts de « **mentalité** », « **attitude** », « **valeurs** », « **représentations** », et « **raisonnements sociaux** ».

L'organisation a besoin de cette énergie positive, d'où la **nécessité de cadres-managers aptes à prendre des décisions** dans une logique consensuelle, basée sur la transparence des objectifs à atteindre et des enjeux encourus. L'organisation hospitalière, comme toute autre organisation, est soumise à une évolution constante de la nature du travail, en lien avec l'évolution des technologies diagnostiques et thérapeutiques. Comment concilier organisation et innovation, lorsque cette dernière apporte de nouvelles contraintes mais aussi de nouvelles opportunités. « **Organiser** » tend à **réduire l'incertitude** par la formalisation du fonctionnement de l'équipe en fonction des tâches à réaliser. A contrario, « **innover** » **augmente l'incertitude** du fait des modifications et des changements à intégrer impérativement.

**« Cette complémentarité antagonique permet de comprendre les désarrois croissants des méthodes de management : plus elles formalisent le fonctionnement de l'organisation, et plus elles réduisent ses capacités de gestion. Plus, au contraire, elles encouragent l'ajustement mutuel, moins elles permettent de contrôler le fonctionnement d'ensemble »**<sup>251</sup>.

**Innovation** est fréquemment synonyme d'**investissement** financier à amortir. C'est dans ce cadre, par exemple, que les nouvelles techniques d'imagerie nécessitent une durée de fonctionnement étendue, donc des horaires plus amples pour les personnels permanents, mais aussi mobiles. Quel équilibre trouver en termes de compétences, pour qu'il y ait une gestion optimale des moyens matériels et humains, tout en maintenant la qualité de la prestation au client ? Apprécier le champ de polyvalence requis, c'est à dire le degré de compétences requises, en partenariat avec les personnes concernées, réduit la réticence au changement et encourage l'engagement collectif. **L'organisation peut être le ciment des projets individuels et institutionnels.** Coordination, coopération et adhésion à la culture d'entreprise, constituent les trois axes de management à promouvoir. La mise en

<sup>249</sup> MUCCHIELLI (A) : « La psychologie sociale » op. cit. p 83-84

<sup>250</sup> MUCCHIELLI (A) : « La psychologie sociale » op. cit. p 33-34

<sup>251</sup> ALTER (N) : « *Organisation et innovation, une rencontre conflictuelle* ». *Revue hors série, Sciences humaines*, n° 20, mars-avril 1998, p. 56

nécessaire à la performance économique et sociale.

#### 7.2.2.4. Un processus de cohérence collective à composantes informationnelles et communicationnelles

Il y a communication dès qu'il y a transmission d'information d'une personne à une autre. **« Pour l'ensemble des activités de travail, face aux aléas, aux dysfonctionnements, aux erreurs, les opérateurs interviennent selon un schéma général de prise d'information, de recherche de diagnostic, d'élaboration de stratégies, de contrôle des résultats... A partir de chaque aléa, de son cortège de manifestations, pour le prévenir ou le réduire, l'opérateur mobilise son intelligence, cherche des indices ou des signes révélateurs, vérifie le résultat de ses interventions. L'incident ou l'erreur constitue donc un tout, un microcosme, un noyau à partir duquel s'élabore le champ de la connaissance des travailleurs ».**<sup>252</sup>

L'anticipation d'incidents est basée sur la prise d'informations et sur leur confrontation. Cette prise d'informations apporte une connaissance des interrelations entre diverses variables et permet la construction de la décision et de l'action, à partir d'indicateurs différenciés. En effet, **le traitement des informations guide l'intervention humaine**, de par la représentation mentale que se fait l'opérateur du travail attendu. Il a ainsi franchi le cap du travail prescrit, pour évoluer vers le travail attendu, c'est à dire adapté à la situation présente. L'information traitée devient alors connaissance structurée. Elle est ensuite mémorisée et en permanence actualisée par des flux d'informations issues de l'activité quotidienne<sup>253</sup>.

Selon de KEYSER<sup>254</sup>, **« La représentation d'un système par l'opérateur ressortirait-elle davantage de la « mosaïque du puzzle » que d'un corps de connaissances organiquement liées. L'opérateur ne parvient que graduellement à une conceptualisation de ses représentations, à travers l'expérience de la résolution d'incidents, d'aléas, de dysfonctionnements. Les savoir-faire et les savoirs se cristallisent autour de cet apprentissage des cheminements, de la découverte des lois de fonctionnement du processus ».**

Par exemple, la construction du savoir-agir des infirmières nécessite toute la connaissance technique, une bonne connaissance de l'organisation du travail, des flux d'information, des interrelations entre acteurs... Leur professionnalisme, basé sur leur représentation de la compétence, s'inscrit en effet dans un contexte mouvant, dont l'équilibre dépend de la qualité des divers **réseaux de communication**, d'où l'utilité de se pencher sur ce réseau, sa structure, son fonctionnement et son évolution au cours du temps.

---

<sup>252</sup> CAVESTRO (W) : « Nouveaux langages, nouveau travail », « Technologies nouvelles, nouveau travail ». En collaboration avec BERNOUX (P), LAMOTTE (B), TROUSSIER (JF). Collection Recherches, Paris, 135 pages, p. 187

<sup>253</sup> DANIELLOY (F), BOEL (M) : « L'activité des opérateurs de conduite ». pages 145-147

<sup>254</sup> de KEYSER (V) : « Les communications dans les systèmes automatisés : champs cognitifs et supports d'information chez les opérateurs ». Liège, 1985, p. 229

La communication interne favorise **le consensus** qui doit exister entre les acteurs de l'hôpital (Direction, encadrement, personnel) autour de quelques règles du jeu et de projets d'intérêt commun.

Pour être polyvalente à l'hôpital, organisation à haut degré de complexité, l'infirmière a besoin de connaître les réseaux verticaux et latéraux existants, formels et informels, afin que son activité prenne du sens au sein du collectif de travail. L'entreprise communicante repose avant tout sur la variété, la richesse et la liberté de ses relations internes.

Développer **le rôle communicateur de l'encadrement** apparaît aujourd'hui comme une exigence managériale. Il est, sans aucun doute, mieux placé pour être vecteur de **communication interpersonnelle**, de **transmission**, de **cohésion** et **d'évolution**. Il est, à ce titre, l'informateur privilégié du personnel. Les infirmières et manipulateurs attendent ainsi de leurs cadres non seulement les informations pertinentes relatives aux processus techniques de travail, mais également des données générales sur l'environnement du poste. Ils attendent aussi de leurs collègues des informations complémentaires de nature à améliorer la coordination des actions opérationnelles.

Comme nous l'avons vu, l'exercice de la polyvalence fait varier le cadre de vie au travail et modifie la nature des échanges entre l'homme et son objet de travail. C'est ainsi que le cadre doit accorder une attention toute particulière dans « l'ajustement » de l'opérateur à son nouvel environnement, la représentation sociale prenant appui sur la mentalité du groupe, orientant et organisant ainsi les conduites et les communications sociales<sup>255</sup>. La nature des informations et leur degré d'intégration sont à la base du processus de cohérence collective nécessaire à l'exercice de la polyvalence.

#### **7.2.2.5. La maîtrise des processus mobilisateurs de la polyvalence : un levier d'action sur la compétence individuelle et collective**

Nous avons pu voir que les **quatre processus mobilisateurs de la polyvalence ne s'opposent pas. Ils concourent bien, au contraire, au même objectif de par leur synergie**. Ils relèvent à la fois du système formel et informel de l'organisation, et sous-tendent diverses compétences<sup>256</sup>.

Le processus de technicité (à composantes gestuelles) s'inscrit plutôt dans le système formel. Il est centré sur le « **quoi faire ?** » à partir de « quelle prescription ? ». Il renvoie au travail théorique, décliné notamment en règles opératoires, en conduites types, d'où la notion « d'algorithmisation du travail », et de ce fait, est lié à la structure officielle organisationnelle. Il sous-tend la **compétence technique**, c'est à dire : pouvoir et savoir

<sup>255</sup> DOISE (W) : « Attitude et représentations sociales », « Les représentations sociales ». sous la direction de JODELET (D), PUF, 1989, p. 220-238 JODELET (D) : « Les représentations sociales : un domaine en expansion », in « Les représentations sociales ». PUF, 1989, p. 36. Selon D. JODELET, « la représentation sociale est un objet mental, une forme de savoir pratique », consistant en une intégration spécifique des informations possédées sur un fait. C'est une base de connaissances socialement élaborée et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.

<sup>256</sup> BUNK (G) : « Transmission de la compétence dans la formation professionnelle en Allemagne » CEDEFOP, 1994, p 8 à 14

définir les tâches et contenus de son domaine d'activité, maîtriser les connaissances et savoir-faire nécessaires à cet effet. (ex. : soins et surveillance du malade dialysé, soins palliatifs...).

Le processus de pensée (à composantes intellectuelles et mentales) est axé sur le « **comment faire ?** » et repose sur les capacités heuristiques des opérateurs, c'est à dire les capacités à dépasser le stade de la prescription pour adapter le travail à la situation présente, et en appréhender sa réalité multiforme. Observation, questionnement, interprétation, décision et intervention représentent les étapes clés de la démarche heuristique. Une bonne maîtrise du processus de pensée signifie l'élargissement du champ de compétences, par le biais d'une plus grande autonomie dans la prévention des incidents potentiels. On pourrait dire qu'il favorise la **compétence méthodologique** : être capable de réagir de façon méthodologiquement adéquate aux tâches demandées et aux changements susceptibles d'intervenir... (ex. : accueil du malade en réanimation, évaluation des soins en service d'endocrinologie...).

Le processus de gestion (à composantes organisationnelles) et le processus de cohérence collective (à composantes informationnelles et communicationnelles) portent notamment sur « **les moyens à mettre en oeuvre** » pour faciliter l'accomplissement du travail, dans son acception la plus large. L'information et son vecteur la communication, sont les moteurs des relations de coopération entre les différents acteurs. Ces relations sont très importantes pour le fonctionnement de l'organisation. Elles influent directement sur le degré d'implication des personnels, sur le climat dans lequel se déroule le travail, sur la représentation sociale collective et donc sur la production. Le processus de gestion promeut la **compétence contributionnelle** : être capable de contribuer de manière constructive à l'aménagement de son poste de travail et de son environnement professionnel, savoir organiser et décider, et être disposé à assumer des responsabilités (ex. : implication dans l'organisation du travail, l'aménagement du temps de travail...). Quant au processus de cohérence collective, il influe sur la **compétence sociale** : savoir collaborer avec autrui selon un mode communicatif et coopératif et faire preuve d'un comportement social et de sensibilité inter-personnelle.(ex. : attitude professionnelle dans les réunions d'équipe, avec le malade et sa famille... )

C'est pour ces raisons qu'il nous semble pouvoir dire que **les quatre processus en question sont des processus mobilisateurs de la polyvalence**. Ils renvoient en quelque sorte, à un ensemble de dispositions à prendre pour rassembler et dynamiser les énergies, toujours existantes dans une équipe de travail, mais souvent latentes. Ils constituent les quatre leviers d'action à prendre en compte pour mettre en oeuvre **une polyvalence responsabilisante, source de compétence individuelle et collective d'une part et source d'adaptabilité de l'entreprise aux exigences de la clientèle d'autre part**. On assiste à une promotion « du collectif » dans le travail, dans une logique d'accroissement des performances par l'expression et la construction collective.

Il existe en effet une interrelation étroite entre l'apprentissage individuel et



l'apprentissage collectif. L'apprentissage requiert un constant échange d'informations avec l'ensemble de l'équipe, une seule personne ne pouvant détenir la **totalité des informations**. Ces informations peuvent être véhiculées de diverses façons : rédaction de procédures et consignes, réunions de synthèse (chez les infirmières, on parle de « relève »)... C'est la forme visible de la **coopération**, par ailleurs à la base de la **pluricom pétence**.

**Le contenu du travail est à décliner en fonction de ce qu'attend le client** : on part du client pour le construire et non du personnel. Les activités sont exécutées conjointement et/ou successivement par les divers membres de l'équipe. Dans cet esprit, la polyvalence inscrit le personnel sur les champs de la complémentarité et de l'entraide. Elle aboutit à une souplesse du collectif, facilitant la mobilité ponctuelle ou durable. Les niveaux de compétence individuelle ne sont pas équivalents sur l'ensemble des activités. Il sont cependant suffisants pour que chacun puisse, au sein de l'équipe, assurer temporairement une activité occasionnelle.

Polyvalence, compétence et qualification collectives ne sont pas antagonistes. « Le terme de qualification renvoie à l'idée de capacité à maîtriser un procès de travail. Il est suggéré ici que cette capacité n'est pas seulement le fait de personnes, mais du collectif en tant que tel dans lequel s'inscrivent les personnes. Il ne s'agit pas ici de la disparition ou de la dilution des qualifications des personnes, mais d'une capacité spécifique du collectif, qui est modifiée, dans un sens ou dans un autre si le collectif est modifié dans sa composition<sup>257</sup> ».

**Notre vision de la polyvalence et de ses processus mobilisateurs peut être synthétisée comme suit :**

---

<sup>257</sup> TROUSSIÉ (JF) : « La dimension collective du travail » et al in « Les analyses du travail, enjeux et formes ». op. cit. p. 119

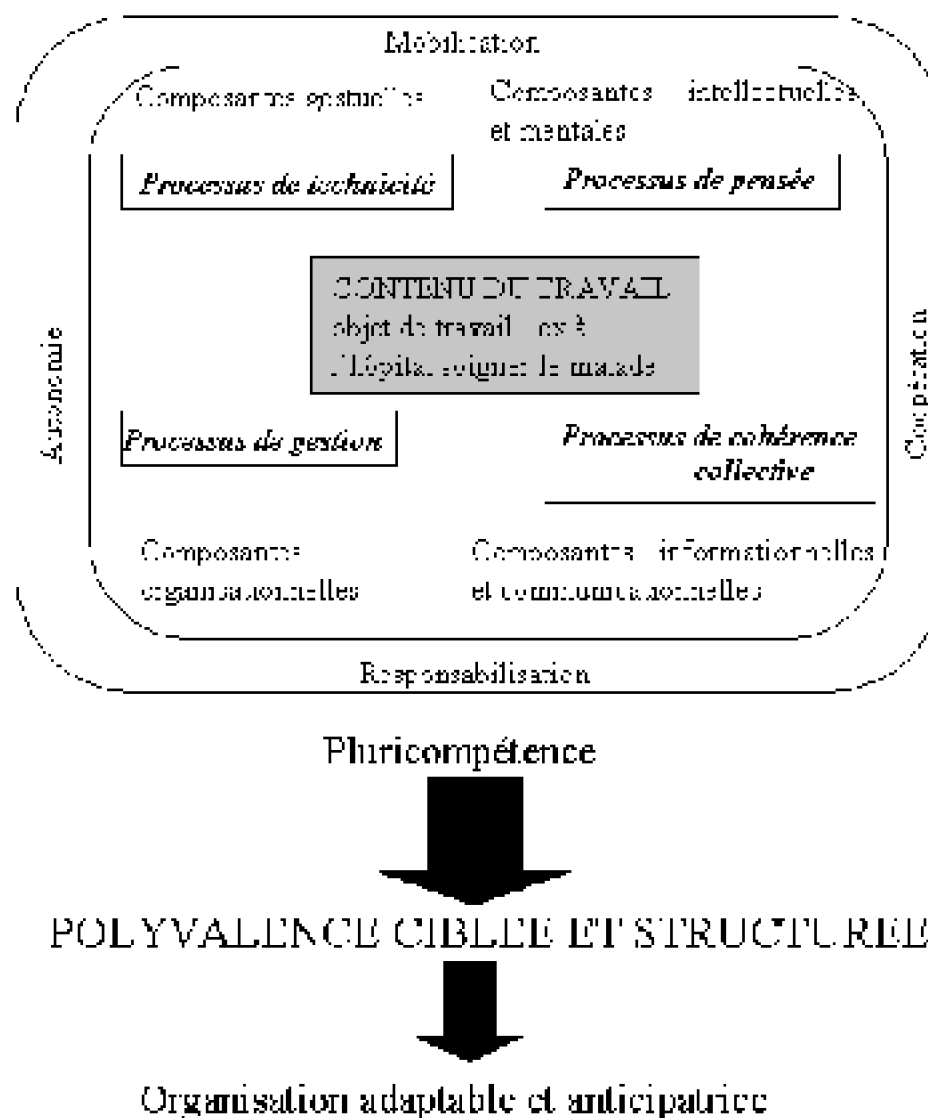


Figure 33 : La polyvalence et ses processus mobilisateurs

D'après les résultats de notre recherche, il nous semble possible d'affirmer que les quatre processus doivent être maîtrisés pour qu'il y ait un exercice de la polyvalence efficace et efficient. Nous avons vu également que le champ d'action de la polyvalence est à circonscrire, en partenariat avec les acteurs concernés.

**Les cas de polyvalence observés dans notre recherche ne font pas apparaître la maîtrise attendue des processus, exceptée la polyvalence intraservice comme le montre la figure ci-après.**

Polyvalence de mobilité externe de faible durée	+	-	-	-	Polyvalence déstabilisante	
Polyvalence de mobilité externe de longue durée	+—	+	-	-		Polyvalence semi-contrôlée
Polyvalence intégrée permanente (dans le service)	+—	+—	—+	—+		Polyvalence maîtrisée
	Processus de technicité	Processus de pensée	Processus de gestion	Processus de cohérence collective		

Légende : + : Processus maîtrisé  
 — : processus semi-maîtrisé  
 - : processus non maîtrisés

Figure 34 : Niveau de maîtrise des processus en fonction des cas de polyvalence

La polyvalence de mobilité externe de faible durée demeure majoritairement déclenchée par l'urgence d'un poste à remplacer. Les techniques de soins sont connues, mais pas forcément pratiquées au quotidien (*processus de technicité semi-maîtrisé*). L'adaptabilité du geste à la situation d'urgence n'est pas toujours aisée. La méconnaissance de l'histoire du patient, de son environnement, de l'organisation du service et des circuits d'information limitent la prise de décision éclairée (*processus de pensée, de gestion et de cohérence collective non maîtrisés*). Dans ce cas de figure, on assiste à une **polyvalence déstabilisante**

La polyvalence de mobilité externe de longue durée fait plutôt l'objet d'une programmation. Lorsqu'il s'agit des congés annuels, les plannings des personnels intègrent les remplacements externes correspondants. Dans le cas des congés maladie

de longue durée, peuvent être envisagés un remplacement d'urgence de courte durée dès l'annonce de l'absence de l'agent, puis un remplacement de longue durée négocié avec un autre professionnel, en fonction de ses compétences et de sa connaissance des activités du service demandeur (*processus de technicité maîtrisé, processus de pensée et de gestion semi-maîtrisés*). En revanche, les circuits d'information le plus souvent informels, restent difficiles à appréhender et constituent une gêne, qui s'amointrit cependant au cours du remplacement (*processus de cohérence collective non maîtrisé*). **Cette polyvalence est semi-contrôlée.**

La polyvalence intégrée permanente (intraservice) est portée par la microculture du service. Il existe un fort esprit de solidarité entre tous les membres de l'équipe. Les charges de travail sont réparties, le soutien est assuré...(*processus de technicité, de pensée, de gestion, de cohérence collective maîtrisés*). On peut dire que cette **polyvalence est maîtrisée.**

Afin d'éviter ces difficultés de maîtrise, il est important de cerner le champ d'intervention professionnel interne et externe au service d'appartenance et, par ailleurs, d'agir sur les processus mobilisateurs, inhérents à une bonne mise en oeuvre de la polyvalence.

**Agir sur les processus mobilisateurs ne peut se faire sans la prise en compte de deux types d'éléments :**

Les premiers sont propres à l'individu : **l'histoire personnelle** et **l'expérience professionnelle** de l'agent constituent un « matériau » à exploiter, au sens positif du terme. Sa formation initiale, sa participation à des stages de **formation** professionnelle continue, les compétences développées successivement sont à considérer comme un capital de ressources à maintenir et/ou faire évoluer.

Les seconds incombent au cadre : être cadre à l'hôpital, impose « l'abandon » du premier métier (infirmier, manipulateur en radiologie...) pour devenir manager à part entière. Cette transition s'avère encore difficile aujourd'hui, car auparavant le rôle attendu consistait à être reconnu comme « superprofessionnel de terrain ». La polyvalence implique une **gestion managériale des compétences** afin de déterminer notamment l'étendue du **champ d'intervention** le plus propice au maintien de la qualité des soins et du professionnalisme des soignants de même qu'au respect des intérêts publics. Si la gestion des soins demeure un axe de travail important pour le cadre, il n'en demeure pas moins qu'il doit accroître l'axe relatif à la gestion des hommes. Pour ce faire, il aura à promouvoir les compétences techniques, méthodologiques, contributionnelles et sociales de ses personnels. En effet, comme nous l'avons vu, ces compétences sont sources de **polyvalence effective** de par la maîtrise des quatre processus pré-cités mais aussi de **polyvalence potentielle**, de par les ressources qu'elles constituent. Le schéma suivant donne une lecture synthétique des différents points évoqués.

**En conclusion**, la polyvalence nous semble être une pluricom pétence circonscrite, l'analyse des contenus de travail en constituant la base de réflexion. La mettre en oeuvre nécessite de prendre en compte quatre processus mobilisateurs comme leviers d'action et de management des compétences dans un objectif de gestion des ressources humaines à court, moyen et long terme.

La polyvalence est un choix managérial. Sa réussite passe tant par le degré d'implication des cadres que par leurs compétences à manager une équipe, dans une logique transversale institutionnelle. Nous avons pu constater que les compétences managériales des cadres étaient souvent insuffisantes. La logique de service prévaut encore sur la logique d'établissement. Accroître le champ d'action avec une vision inter-services, nécessite qu'ils se munissent d'outils stratégiques de pilotage, afin de pouvoir objectiver les pratiques. Ces recommandations nous paraissent d'actualité, au sein de la gestion des ressources humaines, dans son ensemble.

## Chapitre 8 – La polyvalence : quelles incidences sur les pratiques opérationnelles de gestion des ressources humaines ?

Le système hospitalier n'a pas eu pour habitude d'encourager la polyvalence, ce qui explique un certain immobilisme du personnel.

**« La polyvalence relève d'une politique managériale définie dans le volet social du projet d'établissement. L'étape politique définie, il s'agit de définir l'étape stratégique qui relève de la direction des ressources humaines et de la direction du service infirmier. Enfin, l'étape stratégique assortie de son plan d'action permettra à l'étape opérationnelle d'être conduite par le cadre du service. La polyvalence relève donc d'une décision politique et d'une mise en oeuvre stratégique et opérationnelle. Jouer la polyvalence constitue, en effet, un excellent axe stratégique car il permet de préparer le redéploiement et l'évolution des métiers et des carrières dans l'avenir proche. La polyvalence permet enfin d'utiliser pleinement les compétences internes et évite des dépenses consacrées au personnel intérimaire »<sup>258</sup>**

Nous avons vu qu'une **polyvalence** sectorielle, managée et organisée pouvait constituer, pour l'entreprise, **un moyen d'accélérer ses capacités de réaction, d'organisation et d'adaptation**, tout en respectant les intérêts du patient, de l'institution et du personnel. Pour cela, elle doit s'appuyer sur les hommes et tous les acteurs de l'entreprise : **« elle doit entrer dans une culture nouvelle qui met les compétences des hommes à la base de la compétitivité des entreprises, c'est à dire, entrer dans une culture – compétences »<sup>259</sup>**

<sup>258</sup> HART (J), MUCCHIELLI (A) « Soigner l'hôpital », op. cit., p 138

<sup>259</sup> SILVA (F), « Entrer dans une culture compétences », ANDCP, Personnel, n° 367, Février 1996, p 61 à 63, p 61

La polyvalence n'est rien sans la compétence individuelle et collective. **« Le travail d'équipe est devenue la règle, équipe dans laquelle chaque acteur porteur d'autonomie, réagit avec souplesse et rapidité en apportant ses compétences propres »**<sup>260</sup>. Capitaliser les expériences des personnels, et par là même manager les compétences, c'est pour le cadre, assurer la cohérence de son organisation.

L'implantation de la polyvalence ne peut faire l'économie d'une analyse du travail afin, d'une part, de cerner le périmètre d'action de chacun et, d'autre part, de repérer les compétences à mettre en oeuvre au regard de l'activité à exercer. Prévoir les fluctuations qualitatives et quantitatives de la charge de travail nécessite la réalisation d'analyses prospectives pertinentes, ayant comme objet de repérer les temps forts de la journée, de la semaine, du mois et/ou de l'année. Le cadre a ensuite à conjuguer la polyvalence du personnel et l'aménagement du temps de travail pour répondre qualitativement et quantitativement aux besoins du service. Pour ce faire il aura à analyser les compétences détenues et souhaitées, pour gérer au mieux les capacités d'action des acteurs. Ces stratégies de gestion du personnel nécessitent le recours à des outils de pilotage

**Maîtriser les enjeux de la polyvalence, c'est aussi maîtriser des techniques managériales d'aide à la décision, dans un triple souci d'équité, d'efficacité et de consensus.**

C'est pourquoi, outre « l'application – polyvalence », nous avons fait le choix de proposer l'outil grille de compétences, crée par l'ISEOR, comme outil de gestion des ressources humaines.

**« En effet, gérer les ressources humaines, c'est agir sur ce qui, en réalité, constitue le coeur même de la ressource considérée, à savoir la compétence »**<sup>261</sup>

Alors comment déterminer les compétences dont l'entreprise a besoin ? Comment repérer si les individus possèdent ou non ces compétences ? Comment les faire acquérir ou évoluer afin que la logique de polyvalence et donc de mobilité ne soit pas antinomique avec la logique de soins personnalisés de qualité ?

## 8.1. Les cadres de santé : une mission managériale à reconnaître

---

Dans le cadre des orientations stratégiques, les cadres sont sollicités pour identifier les axes de développement (restructurations organisationnelles, évolution des métiers...) et accompagner les projets de services sous-jacents, en collaboration avec leurs équipes respectives. La polyvalence s'inscrit d'ailleurs dans ces axes de développement.

L'activité de management<sup>262</sup> consiste à définir les objectifs de progrès et leurs

---

<sup>260</sup> SILVA (F), « Entrer dans une culture compétences », ANDCP, Personnel, n° 367, Février 1996, p 61 à 63, p 61

<sup>261</sup> LAMY (Y) « La gestion des ressources humaines, contenu, valeurs, organisation », *Gestions hospitalières*, Mai 1995, p 362 à 365, p 362

<sup>262</sup> Cf. WEISS (D), PIGANIOL (D), RIBETTE (R) et autres collaborateurs : « La fonction Ressources humaines », Les Editions d'Organisation - Paris - 1992 - 784 pages

priorités, dans le respect des budgets alloués et en cohérence avec les projets institutionnels. Elle englobe les activités de conception et de mise en oeuvre des actions de changement. **Cette mission managériale mobilise différentes fonctions à assumer.**

#### **8.1.1. Une fonction de communication - coordination- concertation**

**Le management de projets** nécessite de justifier et d'argumenter les priorités dans les engagements pris, tant en fonction de la pertinence des projets présentés que des fonds disponibles. La politique de gestion des ressources humaines en est le fil directeur. Les cadres ont aujourd'hui de multiples interlocuteurs, ce qui demande une bonne connaissance des réseaux d'informations, des enjeux et des jeux d'acteurs. La qualité des négociations en dépend largement. Communication interne et externe sont indissociables.

#### **8.1.2. Une fonction de diagnostic de compétences**

**Le management des compétences** permet la mise en exergue des besoins individuels et collectifs, qui, une fois mis en corrélation, constitueront la base d'une bonne adéquation compétences – emploi. L'élaboration de référentiels d'emploi, d'activités et de compétences sert notamment à proposer des contenus de formation en lien avec les transformations attendues sur le terrain. Ce travail d'analyse ne peut se faire sans la collaboration active des professionnels concernés. A ce titre, le cadre joue un rôle fédérateur dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

#### **8.1.3. Une fonction de conseil et développement des carrières**

Le cadre représente un acteur-clé pour la réussite des projets d'amélioration de la prestation hospitalière. Cette réussite ne peut s'obtenir sans un travail de fond sur le « capital – compétences » de l'équipe placée sous sa responsabilité. Les entretiens de progrès qu'il mène auprès de son personnel lui permettent d'orienter, de conseiller, d'encourager ou de pondérer certains élans. Le rôle d'animateur de proximité des cadres, leur vision d'ensemble, leur expertise sont autant d'éléments justifiant leur contribution à la gestion et l'évolution des carrières.

#### **8.1.4. Une fonction de contrôle**

Il est important de pouvoir vérifier si les actions de changement mises en place donnent bien les résultats escomptés, puis d'établir un diagnostic sur les causes d'échec ou de succès. Cette mesure d'écart reste encore à développer.

Les outils socio-économiques proposés par l'ISEOR y contribuent. Cette fonction est essentielle dans une démarche qualité, car elle permet de « fermer la boucle ». Sans elle, il y a rupture de la chaîne et juxtaposition de réalisations, sans capitalisation des effets.

### **8.2. L'approche compétences : un acte de management au quotidien**

---

Valoriser son potentiel humain par la compétence et l'implication des personnels

demande au cadre une bonne maîtrise de sa fonction, d'autant plus au sein d'une structure polyvalente.

Parler « compétence », c'est aussi parler « évaluation ». Manager les compétences, c'est un processus continue d'évaluation, inscrit dans une stratégie globale de management. Le cadre détermine les compétences requises, les évalue, les transforme et fait ainsi émerger de la valeur.

**L'évaluation des compétences** se décline nécessairement par rapport <sup>263</sup>:

à un **noyau dur et évolutif** : le métier et le poste. Cet aspect de l'évaluation correspond à l'évaluation des **missions permanentes**. Il serait judicieux d'inscrire la polyvalence à ce niveau (étendue du champ d'action, nature, fréquence et rythme des activités, compétences requises, conditions d'exercice...).

à un **engagement contractualisé** lors d'un entretien définissant les objectifs de l'agent. Il s'agit de l'évaluation des **missions annuelles**, définies en lien avec les projets de l'établissement, du service et les objectifs de l'agent. L'évaluation représente un temps fort d'articulation entre la logique individuelle des agents (évalués) et la logique collective du service.

### **8.2.1. Le management des compétences : une logique de progrès**

Il appartient à l'encadrement de valider les compétences formalisées en termes de niveau d'acquisition. A partir de là, il peut assurer l'accompagnement des projets professionnels individuels et collectifs et devenir **un gestionnaire de ressources, dans l'intérêt réciproque de l'institution et des agents, au bénéfice du patient.**

**Les progrès pour l'organisation** consistent notamment, en :

Une clarification de l'organisation interne par un repérage des compétences attendues et des responsabilités associées ;

Une meilleure maîtrise des frais de personnels

Un assouplissement du fonctionnement avec la possibilité de mettre en place, à terme, une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, ou tout au moins dans un premier temps, une gestion des carrières intégrant les desiderata des agents.

Les progrès pour les agents sont étroitement liés à leur degré de participation dans la vie du service. En effet la prise en compte des potentiels, des intérêts et des résultats des agents d'une part, et la définition d'objectifs sous un mode négocié d'autre part,

---

<sup>263</sup> Cf. ARLOTTO (D), JEAN (Ph), Document de travail hospitalier, IRH consultants, Valence, 1995



permettent :

- une implication des agents dans les projets du service ;
- un accroissement de la motivation individuelle et collective ;
- une hausse de la qualité relationnelle ;
- le développement d'un climat de confiance.

Le management des compétences s'inscrit dans un processus de changement itératif et apparaît pour tout cadre, qui souhaite évoluer dans son métier, comme un outil de pilotage et de mobilisation des personnes et des équipes.

Selon Henri SAVALL<sup>264</sup>, la nécessité du changement peut être appréciée à deux niveaux différents :

**« - L'irréversibilité du processus global d'enrichissement des aptitudes est caractéristique de la situation actuelle. Les dispositifs d'éducation initiale, d'éducation parallèle, de la formation professionnelle et technique, institutionnalisés par les dispositions d'ordre légal et budgétaire... tendent à créer une situation nouvelle. Les aptitudes se développent en corollaire : c'est la résultante d'une double conjonction, celle des dispositifs de formation et celle du besoin d'apprendre. A savoir que le développement des aptitudes générales correspond à un développement des capacités d'adaptation à des situations nouvelles. - Le développement d'ordre sociétal à l'intérieur des micro-organisations, tendant à penser que le progrès implique une meilleure harmonisation entre la vie de travail et la vie hors du travail ».**

Le cadre est la personne-clé susceptible de réduire les incertitudes qui y sont liées. Une implication directe du personnel d'encadrement constitue un facteur de réussite des actions de changement de par leur intégration réelle dans la gestion des ressources humaines des établissements.

### **8.2.2. Le management des compétences : une logique contractuelle<sup>265</sup>**

L'encadrement, longtemps érigé en instance de planification, de contrôle et de transmission passive des ordres, devient une instance de dialogue et de négociation. A l'hôpital, le management des compétences entraîne un changement des cultures et des pratiques de l'encadrement. Le rôle du cadre de proximité s'élargit. **« Il devient gestionnaire en charge du bon fonctionnement du service, sur les plans qualitatifs et quantitatifs. Les préoccupations de gestion et de rationalisation des coûts ne sont plus le seul apanage des directeurs, mais doivent désormais s'inscrire, par le biais du cadre, dans l'activité quotidienne du service. L'évaluation des**

---

<sup>264</sup> SAVALL (H) : « Enrichir le travail humain : l'évaluation économique ». Préface de Jacques DELORS. Nouvelle Edition. Economica 1989. 275 pages, pages 134 & 135

**compétences participe, de fait, à cette rationalisation des coûts »<sup>266</sup>.**

L'analyse des résultats, en termes de compétences, constitue le matériau nécessaire à l'élaboration des objectifs de progrès individuels et collectifs à atteindre. Ils font l'objet de contrats servant la

politique de croissance et de qualité de l'hôpital, faisant notamment apparaître les moyens à promouvoir pour les atteindre. Dans cette logique, on cherche ensemble les réponses les plus adaptées à la situation vécue. C'est une gestion stratégique de la relation qui s'opère, impliquant une distanciation minimum du cadre face à ses agents.

Ce nouveau rôle du cadre de proximité, et les délégations précises qui lui sont associées, est à redéfinir. On pourrait dire que la logique contractuelle à laquelle participe l'évaluation du personnel, revêt trois avantages pour l'établissement :

**- « Elle responsabilise les acteurs et crée une certaine distance avec la hiérarchie. Elle constitue, par là même, une source de motivation.**

**- Par le rapprochement qu'elle induit entre les différents acteurs, elle favorise l'échange d'informations relatives au fonctionnement global de l'hôpital (enjeux, contraintes...). Elle est ainsi susceptible d'atténuer le cloisonnement existant entre les services. Elle tend, de ce fait, à pallier l'insuffisance de communication mise en exergue lors de l'analyse des forces et faiblesses du Centre Hospitalier.**

**- Démarche collective, dans la mesure où elle est adoptée par tous, elle est de nature à favoriser l'émergence de ce sentiment d'appartenance à une entité commune qui fait actuellement défaut à l'établissement. »<sup>267</sup>**

Pour ce faire, les cadres ont à se doter d'outils facilement utilisables afin d'être les vecteurs d'accompagnement du changement auprès de leurs équipes respectives. Pour ne pas subir le changement, il y a nécessité de le planifier afin d'en maîtriser les impacts.

### **8.2.3. Le management des compétences : une stratégie source de**

<sup>265</sup>

**performance économique et sociale**  
Cf. HADJI (C) : « L'évaluation, règles du jeu, des intentions aux outils ». ESF Editeur, 2<sup>e</sup> édition, 1990, 190 pages. Cf. BESSEYRE DES HORTS (CH H) : « Gérer les ressources humaines dans l'entreprise – concepts et outils ». Les Editions d'organisation, 1990, 191 pages Cf. BOSQUET (R) : « Fondements de la performance humaine dans l'entreprise ». Les Editions d'organisation, 1989, 130 pages Cf. CASPAR (P), MILLET (JG) : « Apprécier et valoriser les hommes ». Editions Liaisons, Paris, 1990, 128 pages. Cf. LEVY-LEBOYER (C) : « Evaluation du personnel, quelles méthodes choisir », Les Editions d'organisation, 1990, 211 pages. Cf. MELESE (Y) : « Approches systémiques des organisations vers l'entreprise à complexité humaine ». Les Editions d'organisation, 6<sup>e</sup> impression, 1990, 157 pages. Cf. MICHEL (S), LEDRU (M) : « Capital compétence dans l'entreprise, une approche cognitive ». ESF Editeur, 1991, 228 pages.

<sup>266</sup>

Cf. ARLOTTO (D), JEAN (Ph), Document de travail hospitalier, IRH consultants, Valence, 1995

<sup>267</sup>

**MARTIN (MJ) : « La mise en place d'un système d'évaluation du personnel au centre hospitalier de Pontoise : méthode, outils, enjeux ». Mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique, formation d'élève – directeur, décembre 1991, 88 pages, page 16.**

réaliser des achats, de fabriquer, de stocker des produits, de gérer du personnel et de distribuer produits et services. L'hôpital ne tient plus sa légitimité de par son existence légale, mais par sa place dans le système de Santé en général. L'évolution de sa clientèle, l'émergence du consumérisme, la forte poussée de l'innovation scientifique et technique imposent une nouvelle conception de la gestion hospitalière. L'analyse stratégique est l'outil d'optimisation du budget qui est un compromis entre les besoins de financement des hôpitaux et la limitation des ressources financières des tiers-payants, en particulier la sécurité sociale.

Le vieil adage « la Santé n'a pas de prix » ne sous-tend pas pour autant que la Santé n'a pas de coût. Comme l'évoque Alain MEIGNANT<sup>269</sup>, « **une entreprise a en permanence des projets économiques : développer de nouveaux marchés, de nouveaux produits, améliorer sa productivité** ». De ce fait, les missions et les conditions de fonctionnement de l'hôpital ont considérablement évolué et continuent de le faire. Il en résulte une transformation importante du rôle des acteurs internes.

Michel CREMADEZ<sup>270</sup> a la conviction qu'adapter l'hôpital à un contexte socio-économique plus contraignant sans dénaturer sa spécificité organisationnelle et culturelle exige aujourd'hui de passer de l'administration au management stratégique. Les projets de services, projets médicaux et projets d'établissements, peuvent à terme fonder la solidarité entre les différents acteurs de l'hôpital.

Il existe à l'hôpital de nombreuses logiques distinctes, qui doivent être intégrées le plus possible pour lui permettre de remplir sa mission de soins. « **Cette intégration est tributaire de l'émergence de nouveaux comportements car souvent, la satisfaction des buts de l'organisation est assimilée par la plupart de ses membres, à la simple résolution de leurs difficultés** ».<sup>271</sup>

Pour des raisons éthiques, sociologiques et économiques, l'hôpital a à optimiser son capital de compétences, afin d'éviter les risques d'érosion du professionnalisme de ses personnels.

Le management socio-économique proposé par Henri SAVALL peut aider les hôpitaux à accéder à une plus grande maturité stratégique et organisationnelle, notamment par l'utilisation de l'outil « grille de compétences ».

### **8.2.3.1. La grille de compétences, un outil managérial de progrès**

<sup>268</sup> Cf. DUBOIS (B) : « Le Marketing Management Hospitalier » Ed. Berger – Levrault, 1987, 378 pages. Cf. DUBOIS (B) : « Le Marketing Stratégique Hospitalier ». Gestions Hospitalières n°255, Avril 1986, p 279-283

<sup>269</sup> MEIGNANT (A) : « Manager la formation ». Préface Pierre Le GORREC. 2° Edition revue et augmentée. Editions Liaisons. 1993 - 336 pages, page 119

<sup>270</sup> Cf. CREMADEZ (M), en collaboration avec François GRATEAU : « Le Management Stratégique Hospitalier », Intéréditions, 1992, 319 pages, page 40

<sup>271</sup> Cf. CREMADEZ (M), en collaboration avec François GRATEAU : « Le Management Stratégique Hospitalier », Intéréditions, 1992, 319 pages, page 40

La grille de compétences constitue un outil de management<sup>272</sup> pour le cadre dans la mesure où elle permet de répondre aux besoins spécifiques du service en termes de compétences, le développement de la performance des équipes y étant fortement corrélée. Le responsable hiérarchique, comme interlocuteur privilégié de la direction se servira de cette grille pour **explicitier sa stratégie**.

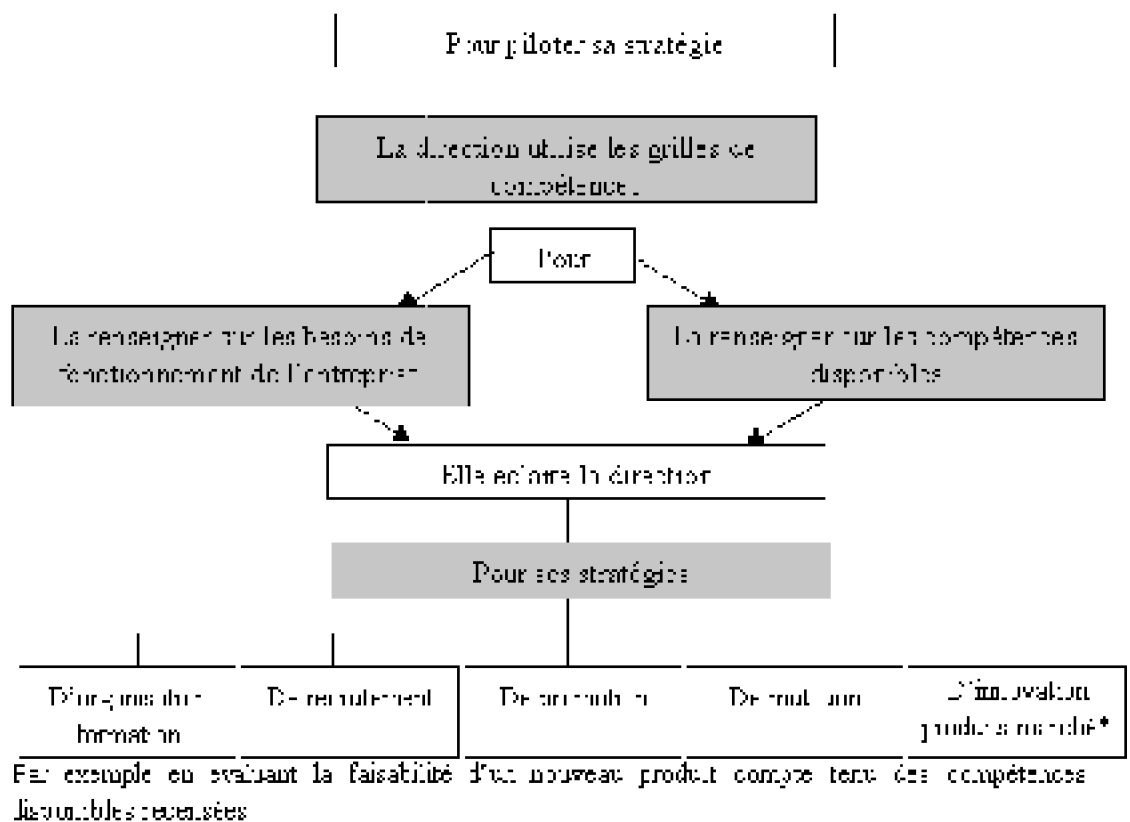


Figure 36 A : Les applications de la grille de compétences

273

Les **applications** de la grille de compétences sont synthétisées dans le tableau ci-après :

<sup>272</sup> Cf SAVALL (H), ZARDET (V) « Maîtriser les coûts et les performances cachés » op. cit., p 163 à 168

<sup>273</sup> Source ISEOR - 1989

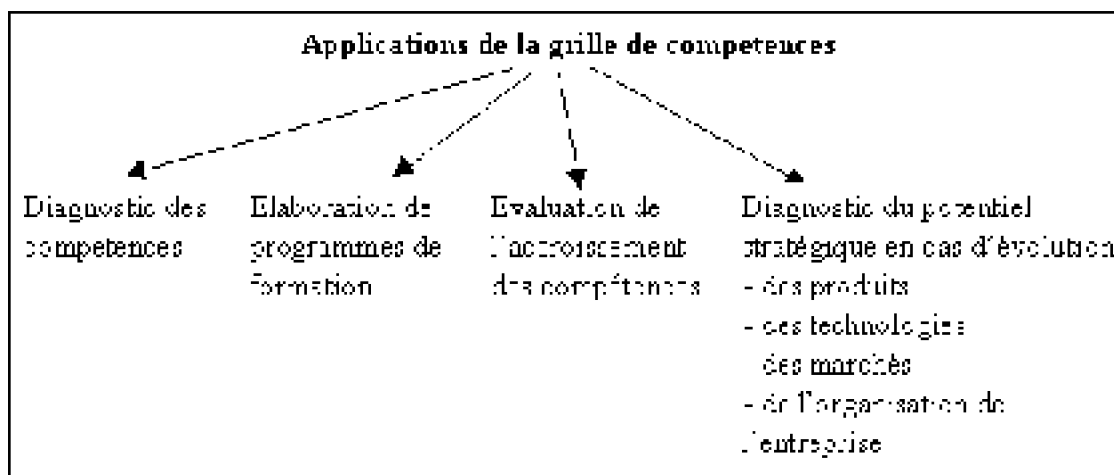


Figure 36 B : Les applications de la grille de compétences

274

Il est recommandé que les cadres de proximité puissent détecter et gérer leurs besoins en compétences, donc en formation. **Les grilles de compétences permettent de visualiser les compétences disponibles ou non**, et de mettre en exergue **les zones de vulnérabilité**, ce qui constitue une aide précieuse pour le cadre, car elle ne font pas l'objet d'une représentation mentale mais d'une situation effectivement observée. Ce diagnostic des compétences peut ainsi favoriser l'émergence d'un dialogue avec chacun, plus constructif et positif, basé sur une volonté commune d'agir pour une meilleure performance, compte-tenu des défaillances mises à nu. La grille ne présente pas seulement un intérêt diagnostique. Elle a également le mérite d'inciter le cadre à se projeter dans l'avenir. Il ne suffit pas, en effet, de décrire les pratiques professionnelles actuelles, il est important d'envisager celles qui sont à développer à l'avenir, qu'il soit plus ou moins proche. La grille de compétences est un outil d'analyse intéressant par la prise en compte des évolutions technologiques, organisationnelles et sociales.

Elle offre par ailleurs le moyen de pratiquer un **bilan interactif** continu. Le constat initial, relatif à la situation de l'agent et de l'équipe, s'inscrit dans une optique de « situation projetée à atteindre » et se situe ainsi à la base du projet collectif. Ce dernier, décliné en un certain nombre d'objectifs, vise la réduction des écarts analysés par l'atteinte d'acquisitions nouvelles. Ce premier constat définit un socle de références.

Pour être vivante, la grille de compétences doit être consultée et **mise à jour régulièrement**. En effet, cet outil de management est un outil de gestion « de l'équilibre instable, permanent et naturel » de toute organisation, donc un instrument de cohérence. Cette grille n'est pas seulement descriptive mais aussi explicative des tâches mal assumées. Elle alerte sur les insuffisances de compétences, génératrices de dysfonctionnements (défaut de qualité, sous-productivité...) et guide le choix des actions curatives. Quant aux évolutions d'emploi envisageables, elle guide aussi sur la nature de l'accompagnement préventif à mettre en place.

274 Source ISEOR 1989

### 8.2.3.2 La signification concrète de la grille de compétences

Le pilotage des compétences améliore l'efficacité de l'institution. La grille de compétences, créée par Henri SAVALL<sup>275</sup>, se présente comme suit

*Figure 37 : La grille de compétences*

276

C'est au supérieur hiérarchique direct qu'appartient le remplissage de la grille.

#### Les différentes rubriques à renseigner :

##### Horizontalement : les activités

**Les opérations existantes.** Une opération est un premier niveau de regroupement de tâches élémentaires réalisées par une même personne pour atteindre le résultat nécessaire à la mission de l'unité (l'activité constitue un 2ème niveau de regroupement).

<sup>275</sup> (H) SAVALL, (V) ZARDET « Maîtriser les coûts et les performances cachés », op. cité, p 87

<sup>276</sup> Source ISEOR

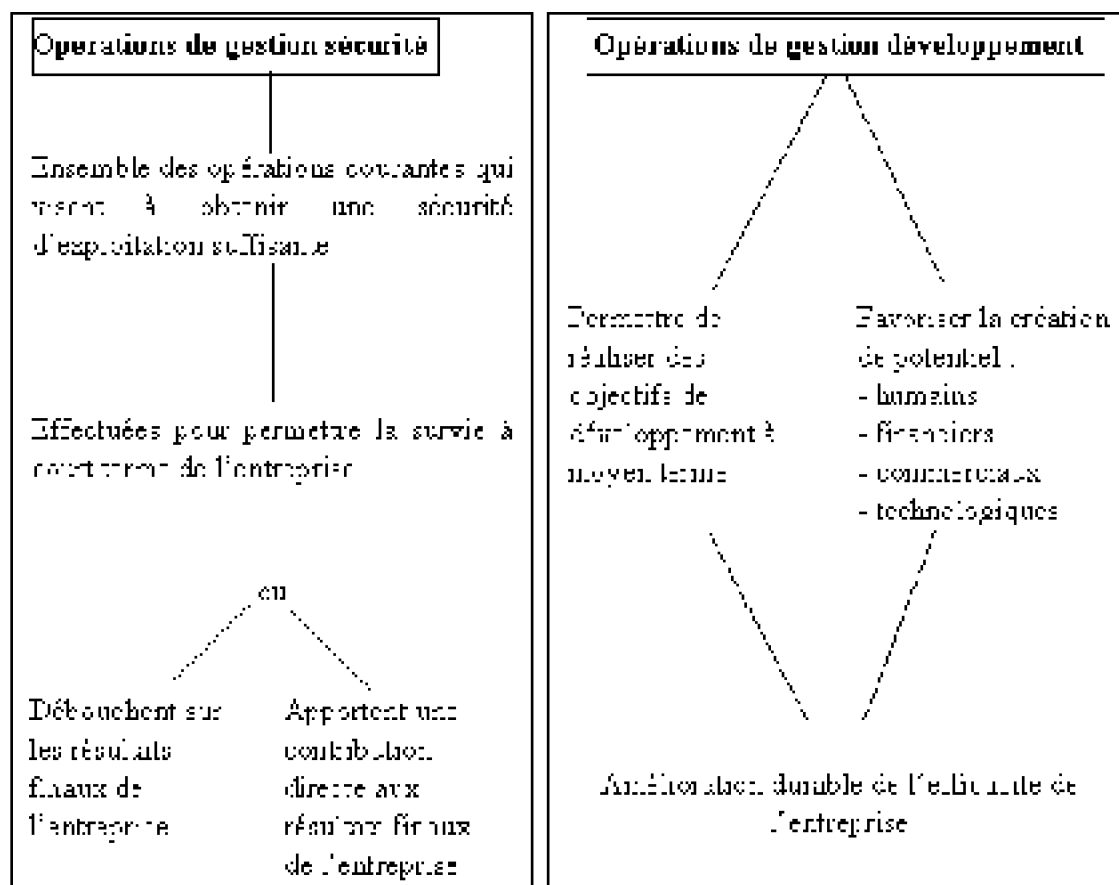


Figure 38 : Les opérations de la grille de compétences

277

**Les savoir-faire existants.** Ils représentent des capacités particulières favorisant la réalisation de certains aspects de l'activité et utilisables dans certaines occasions. Ils sont donc à repérer pour en user en cas de besoin. Exemples : pratique de l'anglais, rédaction de comptes rendus de réunion... .

**Les savoir-faire à créer.** Ils correspondent à une évolution souhaitée de l'organisation du travail. Exemples : la connaissance de logiciels informatiques, la connaissance de nouvelles machines (radiologie, réanimation, bloc opératoire...)

**Les formations à prévoir.** La grille de compétences permet une vue synoptique des formations nécessaires en fonction des opérations et des personnes. Elle est à la base

277

ISE 2011 - Source : Auteur

du recueil de besoins indispensables à la constitution d'un plan de formation intégrée.

**Les observations.** Cette colonne contribue à la pertinence de la grille de compétences :

–

pour le supérieur hiérarchique qui peut mentionner des informations utiles à la compréhension de l'ensemble, par exemple, noter qu'un membre de l'unité ne peut effectuer certaines tâches pour des raisons de santé.

–

pour les tiers qui interprètent ainsi plus facilement la grille. Le fait d'avoir notifié le peu d'ancienneté d'une personne peut éclairer sur son faible degré de compétences et légitimer sa situation.

La colonne « observations », contribue ainsi à la qualité et à la richesse des informations collectées, favorise l'appropriation de la grille par le terrain et enfin facilite l'adaptation de la grille aux besoins de l'entreprise.

### **Verticalement : les acteurs.**

Toutes les personnes d'une même unité figurent sur la grille de compétences

### **La détermination de la cotation de l'unité : personne par personne, opération par opération**

Coter c'est s'interroger sur la qualité de la réalisation effective de l'opération et non pas sur les capacités potentielles de l'individu pour l'exécution éventuelle de l'opération. L'opération effective correspond donc à un fait concret et observable et non pas à une hypothèse.

Le supérieur hiérarchique dispose de 4 symboles principaux :

• Bonne connaissance théorique et pratique courante ou occasionnelle. Cette cotation signifie qu'il est possible de demander à la personne de faire cette opération, elle le fera bien :

–

sans défaut de qualité,

–

de façon autonome,

–

à un rythme jugé normal, dans des délais jugés normaux

• Connaissance des principes mais pratique occasionnelle, ou bonne connaissance



mais sans pratique. Cette cotation signifie que la personne peut réaliser l'opération mais l'exécution ne sera pas parfaite, il y aura :

- des défauts de qualité,
- des délais trop longs,
- un manque d'autonomie (cette personne devra demander de l'aide)

▣ Connaissance des principes sans pratique Cette cotation signifie que la personne sait, dans les grandes lignes, comment réaliser cette opération, mais ne l'a jamais pratiquée.

--- Ni connaissance, ni pratique

Un symbole supplémentaire permet de signaler un objectif de formation :

ô : A réaliser. Ce signe distinctif est utilisé pour la préparation du plan de formation. Il indique les objectifs d'évolution de certaines personnes sur des opérations ou des savoir-faire particuliers.

Ce symbole s'utilise en superposition des symboles vus précédemment.

○ : Formation à planifier pour l'opération dont la personne n'a ni connaissance, ni pratique.

### **L'analyse des compétences**

La grille, une fois remplie, permet de visualiser par son degré de noircissement, l'état des compétences disponibles dans une unité.

Cette analyse est réalisée sous deux angles :

une **lecture verticale** de la grille, par opération, permet au responsable hiérarchique de mesurer le **degré de vulnérabilité** du groupe face aux aléas : absence, surcroît d'activité...

une **lecture horizontale**, permet d'évaluer le **degré de polyvalence** individuelle de chaque personne qui s'explique par son adéquation formation-emploi.

Cette grille, réel outil de management du cadre peut constituer un support lors des entretiens individuels avec le personnel.

#### **8.2.3.3. Un exemple d'utilisation de la grille de compétences**

Comme nous l'avons vu cet outil permet aux cadres de formaliser les objectifs de progrès de leur unité, et de repérer les acteurs qui pourront être co-porteurs du projet d'amélioration. En 1996, nous avons expérimenté<sup>278</sup> la grille de compétences auprès d'un petit groupe de cadres hospitaliers. Le projet consistait à mieux cerner les insuffisances de compétences individuelles et collectives au sein de plusieurs unités de soins, dans un objectif d'amélioration de la qualité des prestations fournies aux patients. Il s'agissait, en complémentarité, de mieux cerner la nature des formations à proposer aux soignants présentant des manques à combler et de définir les modalités de transfert des savoirs acquis aux collègues de l'équipe.

### **Le recensement des activités génériques**

Afin de pouvoir définir les compétences requises pour l'exercice de tel ou tel métier, il convient, au préalable, d'identifier les activités tant existantes qu'à développer à court ou moyen terme. Le cadre de proximité et son équipe ont à faire leur description de façon précise et objective. Ce n'est pas « la représentation » du métier qui importe mais « sa réalité effective ».

Dans le cadre de notre expérimentation, la qualité des échanges avec les équipes fut constructive lors de cette opération d'identification. Les cadres se sont situés dans un processus dynamique de capitalisation des expériences précédentes, s'étant traduites notamment par l'élaboration de référentiels, de profils de poste ou de fonction.

Ne pas déconnecter l'expérimentation en cours des réalisations antérieures a constitué, à notre sens, une démarche interactive tout à fait positive. En effet, il ne sert à rien de faire et défaire. En revanche, s'appuyer sur des matériaux existants évite la juxtaposition d'études sans fil conducteur, donc sans lien fédérateur.

Il a toutefois fallu expliquer, par le biais de réalisations identiques déjà effectuées dans le milieu hospitalier que l'objectif poursuivi n'était pas de lister de façon exhaustive tout ce que fait le professionnel de Santé, mais qu'il s'agissait de relever 20 à 25 macro-activités (englobant des micro-activités distinctes mais de même nature) donnant une photographie réaliste du métier observé. Bien choisies, elles sont tout à fait suffisantes pour identifier le niveau de compétences du personnel.

### **La traduction des activités en compétences associées<sup>279</sup>**

Notre souhait étant de mener une expérience finalisée de façon à bien cerner les apports de la démarche socio-économique, en termes de pilotage stratégique et de management,

---

<sup>278</sup> DREVET (G) : « La formation, outil de gestion des ressources humaines et l'implication des cadres ». Mémoire DEA, Gestion socio-économique Université Lumière, Lyon 2, 1996, 96 pages cf. DREVET (G) : « La contribution du management socio-économique dans l'assiduité en formation : la grille de compétences, outil d'adéquation formation emploi pour une meilleure identification des besoins en formation ». 1995, 133 pages. Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2 Cf. FLORET (MC) : « Quelle place pour les outils de management socio-économiques dans le système formation : le transfert des acquis, le professionnalisme des acteurs ». 1995, 130 pages. Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2 Cf DREVET(G), FLORET (MC) « Une démarche d'ingénierie de formation aux HCL : deux outils de management de la formation au service des cadres » Cahier de gestions hospitalières n° 152, in Gestions hospitalières, Février 1999, n° 383, p 125 à 130

nous avons choisi de mettre l'accent sur deux ou trois activités et ainsi de décliner les compétences requises spécifiques.

Les cadres ont choisi de travailler en étroite collaboration avec leurs personnels, afin d'obtenir un descriptif réaliste des compétences requises pour l'activité concernée. Pour ce faire, il leur a fallu clarifier les objectifs de la démarche et en assurer la cohérence. L'intégration des opérationnels dans la définition des compétences s'est révélée fructueuse car fédératrice d'une volonté commune de soigner le malade avec discernement et efficacité. La forte motivation des équipes a montré que la compétence occupe désormais une position centrale dans la réflexion sur les pratiques soignantes. Les compétences relevées avec et sur le terrain, ont la caractéristique de porter sur des « objets réels » et non « symboliques », donc observables et évaluables. Elles mettent bien en évidence le sens des activités de travail. La stratégie volontariste et constructive des cadres est indissociable de la qualité des résultats obtenus. Par ailleurs, les équipes ont parfaitement intégré que la formation constituait une arme pour réduire les écarts de compétences, liés aux difficultés rencontrées individuellement et collectivement, dans l'exercice quotidien de leur fonction. Cette formalisation est le résultat d'une démarche ascendante, descendante et participative, garantissant ainsi la cohérence globale de la démarche.

En fonction de la situation mise à nu par le remplissage des grilles d'activités et de compétences, le cadre a pu déterminer quelles étaient les zones de vulnérabilité majeures, donc les actions d'amélioration à mettre en oeuvre, et les acteurs concernés. Les responsables formation, en étroite collaboration avec les cadres d'unités, ont eu pour mission de définir les réponses de formation, en lien avec les changements attendus. Chaque cadre a ainsi été en mesure de mettre en place sa propre procédure d'évaluation de la grille de compétences, car personnalisée et adaptée à son propre secteur d'activités.

#### **8.2.3.4. L'articulation de la grille de compétences avec d'autres outils pour plus de cohérence managériale<sup>280</sup>**

##### **La grille de compétence : un atout du plan d'actions prioritaires<sup>281</sup>**

<sup>279</sup> DREVET (G) : « La formation, outil de gestion des ressources humaines et l'implication des cadres ». Mémoire DEA, Gestion socio-économique Université Lumière, Lyon 2, 1996, 96 pages cf. DREVET (G) : « La contribution du management socio-économique dans l'assiduité en formation : la grille de compétences, outil d'adéquation formation emploi pour une meilleure identification des besoins en formation ». 1995, 133 pages. Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2 Cf. FLORET (MC) : « Quelle place pour les outils de management socio-économiques dans le système formation : le transfert des acquis, le professionnalisme des acteurs ». 1995, 130 pages. Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2 Cf. DREVET(G), FLORET (MC) « Une démarche d'ingénierie de formation aux HCL : deux outils de management de la formation au service des cadres » Cahier de gestions hospitalières n° 152, in Gestions hospitalières, Février 1999, n° 383, p 125 à 130

<sup>280</sup> Voir un exemple de grille de compétences en annexe 29

## Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.

Le **plan d'actions prioritaires** représente un inventaire concerté des actions à réaliser dans un semestre pour atteindre les objectifs prioritaires après arbitrage sur les priorités et test de faisabilité. C'est un outil technique **d'ordonnement des actions prioritaires pour réussir la mise en oeuvre stratégique** et lutter contre la dispersion de chaque acteur, dans son équipe et au sein de son unité. C'est, également un outil politique de concertation périodique pour organiser la synergie des acteurs, des équipes et des unités.

Son articulation avec la grille de compétences est évidente dans le cadre de l'élaboration du plan de formation.

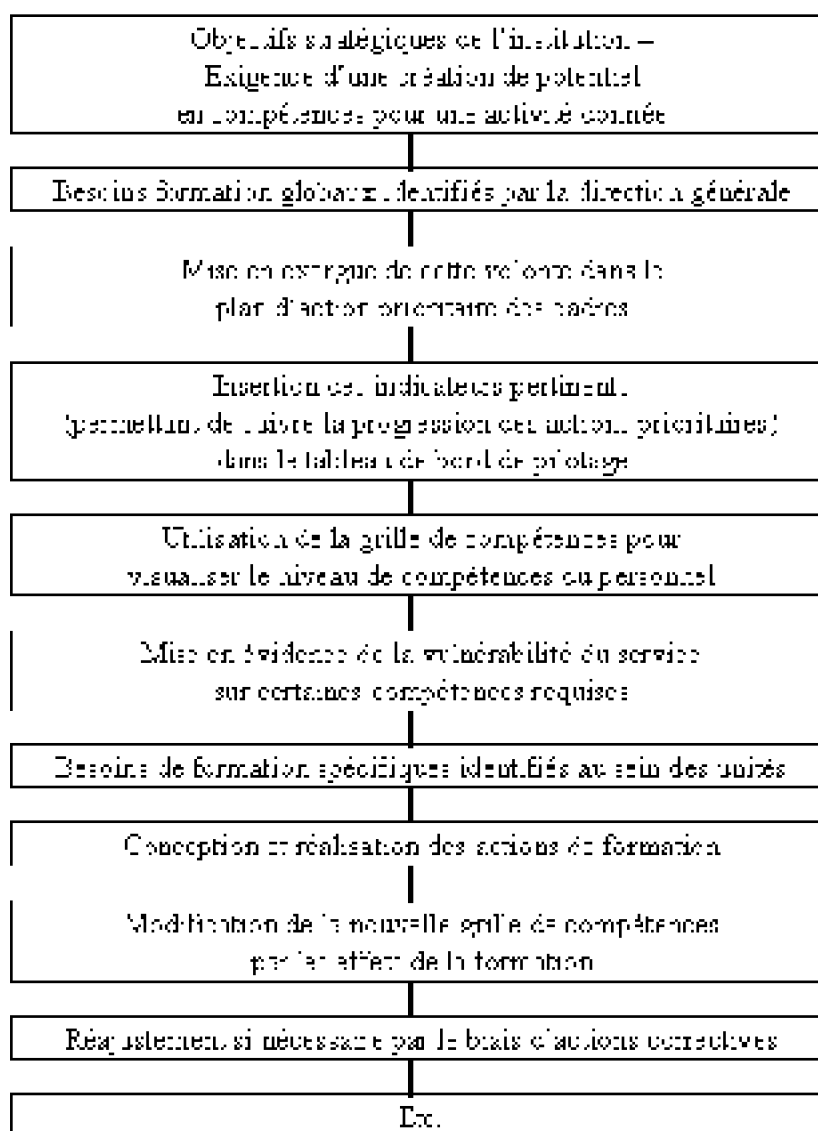


Figure 39 : Articulation plan d'actions prioritaires, grille de compétences et formation

282

281

voir en annexe n°30 , les rappels sur la théorie et l'analyse socio-économique

282

Source ISEOR

### La grille de compétences : un élément du tableau de bord<sup>283</sup>

Le tableau de bord de pilotage est un instrument d'aide à l'encadrement pour mieux assumer sa fonction de gestion et de pilotage, à la fois courant : à très court terme, et stratégique : à moyen et long termes.

Les dysfonctionnements de mise en oeuvre stratégique sont fréquemment mis en évidence auprès des populations d'encadrement. Ils représentent les écarts entre les objectifs ou intentions stratégiques fixés par la Direction Générale et les réalisations effectives. En effet, le pilotage stratégique qui consiste à ajuster et à rendre compatible l'activité quotidienne de l'institution avec ses objectifs stratégiques est souvent jugé par l'encadrement comme une tâche mal assumée. Le fonctionnement courant, la régulation des dysfonctionnements envahissent le temps de travail du cadre qui gère ainsi dans la précipitation.

La prise en compte des objectifs stratégiques de la direction dans le tableau de bord aide le cadre à mieux analyser le fonctionnement de sa zone de responsabilité. La grille de compétences lui servira d'outil de différenciation pour le choix des personnes qui bénéficieront, par exemple, de formations qualifiantes ou d'actions d'enrichissement du contenu du travail.

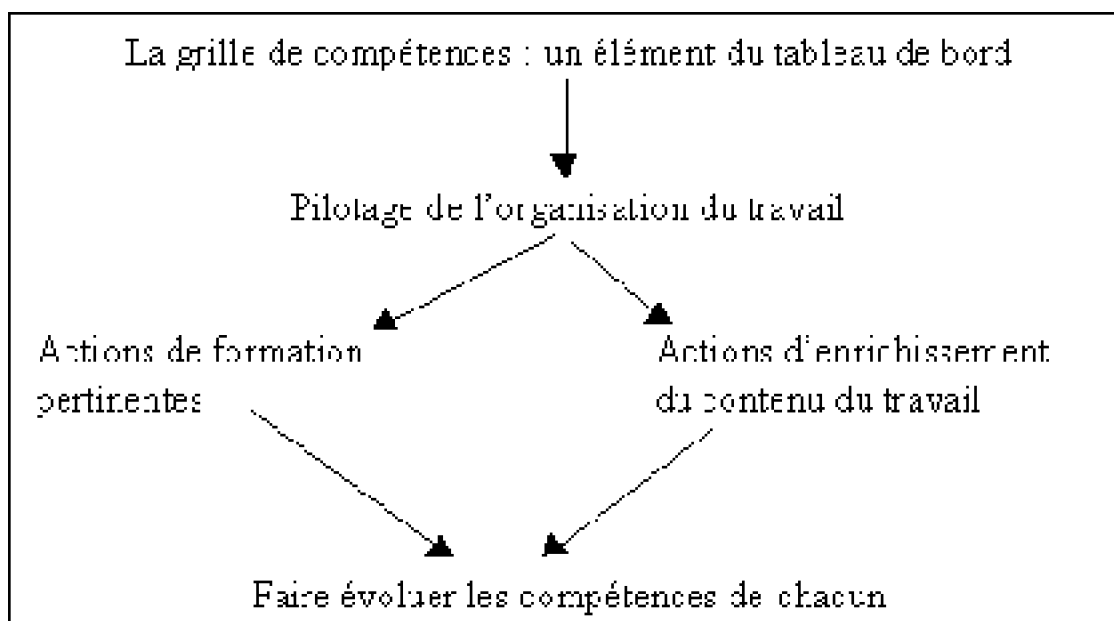


Figure 40 : La grille de compétences, un élément du tableau de bord de pilotage

284

La performance économique d'une entreprise est définie dans l'analyse socio-économique par deux composantes :

<sup>283</sup> SAVALL (H), ZARDET (V) : « Maîtriser les coûts et les performances cachées ». Op. Cit. Pages 13 à 91 SAVALL (H), ZARDET (V) « Ingénierie stratégique du roseau », op. cité, Pages 330 à 409

<sup>284</sup> Source ISEOR

Les résultats immédiats de la période qui affectent concrètement et directement le compte de résultat de l'exercice en cours. Les tableaux de bord existants ne comportent, le plus souvent, que les coûts et les performances visibles. Il est intéressant d'y inclure les coûts et performances cachés, non recensés habituellement dans le système d'informations traditionnel.

La création de potentiel représente les actions et les résultats intermédiaires dont les impacts, positifs sur le compte de résultat, n'apparaîtront pleinement et clairement que lors d'exercices ultérieurs. Les actions de formation, par exemple, constituent une création de potentiel dans la mesure où l'institution attend des effets, dépassant l'exercice en cours, sur l'amélioration de la qualité et de la productivité. Pourtant, cette même action de formation aura eu des effets directs sur l'accroissement des coûts de l'exercice en cours (coût de la formation, frais de personnel, d'hébergement, sous-productivité liée à son départ en formation...).

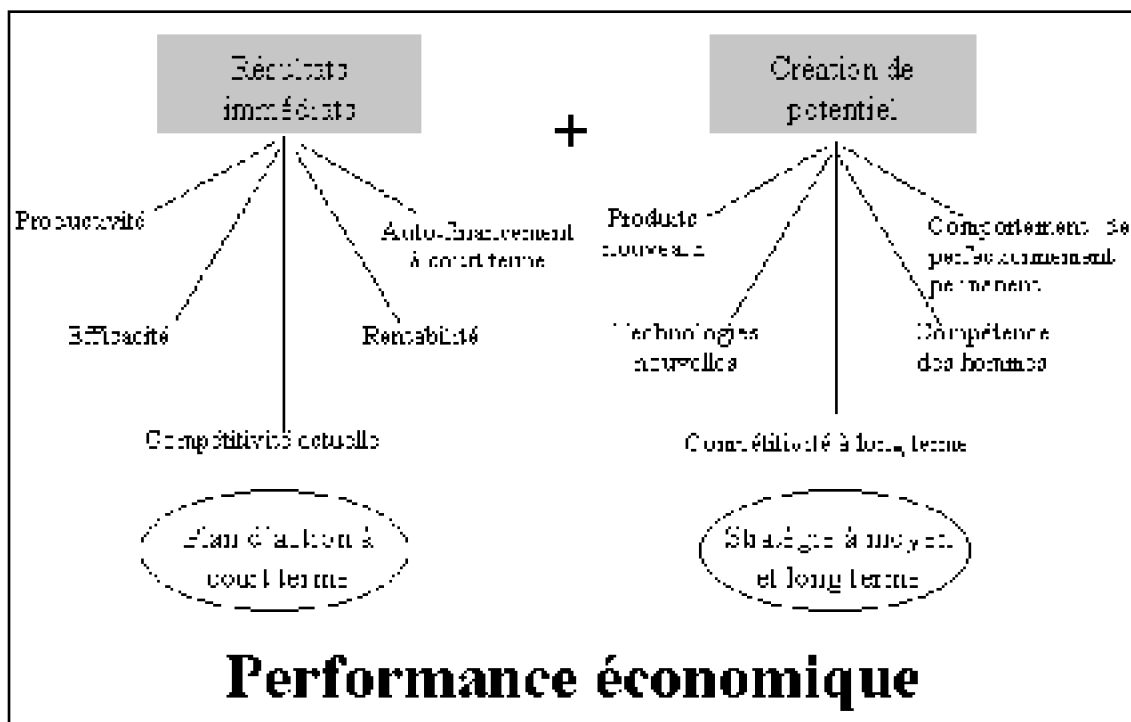


Figure 41 : La performance économique

285

Il permet de mesurer, d'évaluer, de suivre la réalisation des actions et de surveiller les paramètres sensibles des activités opérationnels et stratégiques.

La grille de compétences : le moteur du contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN)<sup>286</sup>

<sup>285</sup> Schéma extrait du livre « Maîtriser les coûts et les performances cachés » H. SAVALL et V. ZARDET. Op. cité, page 74

**« Le CAPN est pour l'entreprise à la fois un outil de mise en oeuvre stratégique, de conduite opérationnelle et de gestion du personnel. Il permet de réaliser de multiples synchronisations des activités dans l'entreprise, ce qui concourt à une meilleure atteinte des objectifs et à un accroissement de performances comme le montrent les résultats de nos expériences en entreprises. Les multiples synchronisations portent sur les objectifs et les moyens, les différents niveaux de responsabilité hiérarchique et les différentes unités de l'entreprise »<sup>287</sup>.**

Il comporte ainsi **les objectifs de progrès prioritaires pour une période donnée**, six mois étant la période préconisée, et ce, à partir d'un diagnostic et du plan stratégique pluriannuel de l'entreprise. Ce contrat est négocié entre l'agent et son supérieur hiérarchique, afin que se dégage un accord sur la nature des actions à mener au profit d'objectifs clairement identifiés, de même qu'un accord sur les moyens d'y parvenir.

Il s'inscrit ainsi dans la logique contractuelle évoquée précédemment et permet la formalisation des améliorations à atteindre en termes de compétences.

### **Une interaction permanente des outils socio-économiques**

La grille de compétences autorise l'analyse des écarts en compétences. Les décisions d'amélioration prises vont alimenter de façon concomitante le plan d'actions prioritaires (PAP), le tableau de bord de pilotage (TDBP) et le contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN). Cette synergie interactive des outils constitue un réel levier de management.

Les outils socio-économiques sont des outils de pilotage et de management, facilitateurs d'une démarche volontariste, et non pas autoritariste, des cadres, pour une meilleure gestion tant des ressources humaines que des organisations. Pour ce faire, il est intéressant de les utiliser à bon escient et de se les approprier, en les faisant évoluer. L'outil n'est utile que s'il sert une finalité clairement définie. Il n'est pas une finalité en soi.

La logique de gestion des ressources humaines change. **L'introduction et l'utilisation des outils socio-économiques constitue un moyen pertinent de faire des choix en termes de niveau de polyvalence et de réussir le changement.**

## **8.3. L'hôpital, une organisation « formante »<sup>288</sup> source de pluricom pétence**

---

Pour Ph. ZARIFIAN<sup>289</sup>, il faut aller aujourd'hui plus loin encore et tendre vers une

<sup>286</sup> SAVALL (H), ZARDET (V) : « Maîtriser les coûts et les performances cachées ». Op. Cit. Pages 15

<sup>287</sup> SAVALL (H), ZARDET (V) : « Maîtriser les coûts et les performances cachées ». Op. Cit. Pages 15

<sup>288</sup> Cf. ALLAFORT (M). Document CISTE, novembre 1992

<sup>289</sup> Cf. ZARIFIAN (Ph) : « Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante ». Education permanente, octobre 1992.

organisation plus formante et qualifiante autorisant les équipes de travail à acquérir les capacités à maîtriser des incertitudes de plus en plus grandes, à être autonomes dans leur travail et enfin à prendre des initiatives face à des situations toujours nouvelles et imprévues. A ce titre, **l'organisation qualifiante** :

.  
constitue une organisation où se fait jour un traitement événementiel de l'activité : l'imprévu devient occasion d'apprentissage ;

.  
suppose une réorganisation de l'activité sur une base communicationnelle, pluriprofessionnelle, interhiérarchique, à partir d'un langage partagé ;

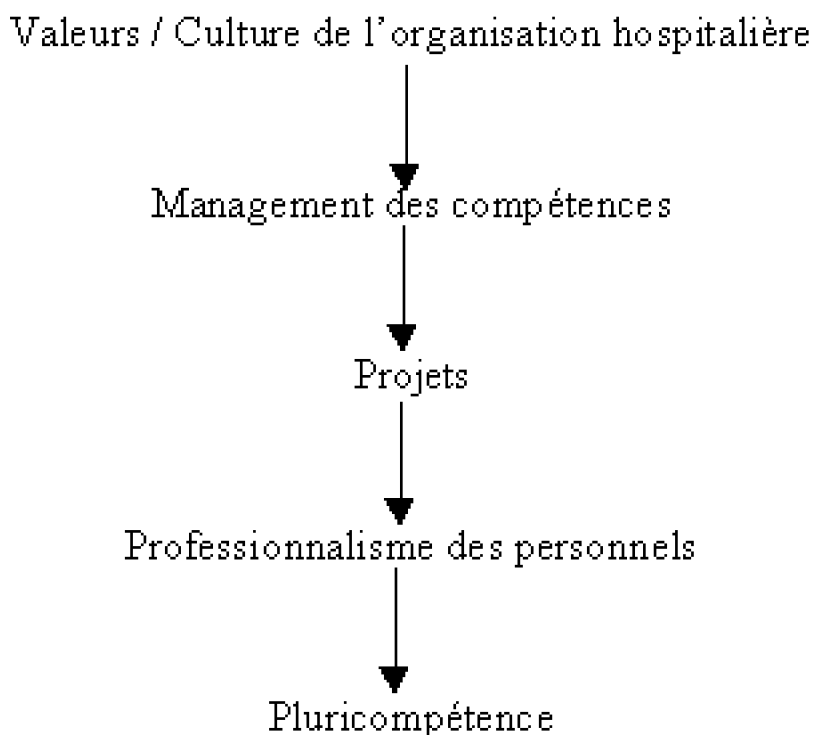
.  
est celle qui permet à ses membres de réélaborer les objectifs de son activité professionnelle : il est reconnu aux individus une capacité à user de leurs compétences dans une zone d'autonomie

.  
est celle qui permet à chaque individu de se projeter dans l'avenir : l'organisation doit être construite non plus comme un fonctionnement stabilisé mais comme un enchaînement de projets. Ces principes sous-tendent une évolution des mentalités et des comportements à promouvoir dans les unités hospitalières.

La gestion par projet, renforcée par la dernière réforme hospitalière, amène les acteurs qui n'avaient pas auparavant l'habitude de se côtoyer, de participer ensemble à un même projet. La réalisation de projets communs et partagés des paramédicaux reflète l'évolution engagée ces dernières années.

L'action de management est efficace si elle s'inscrit dans le projet de l'entreprise, ses valeurs et sa culture. L'objectif recherché sera de rendre chaque collaborateur plus professionnel dans son rôle et sa fonction.





L'hôpital est, à ce titre, une organisation « formante », ce qui devrait favoriser la pluricom pétence. En voici les principales caractéristiques.

### **8.3.1. Une organisation globalisante**

L'hôpital est constitué d'un très grand nombre d'unités, le plus souvent hétérogènes de par leur histoire, leur spécialité médicale ou chirurgicale, leur architecture, leur organisation, leurs effectifs...

Au sein de ces unités, les membres de l'équipe doivent assurer un service auprès du malade 24 heures sur 24. Pour ce faire, il est important qu'ils aient une certaine polyvalence, afin de pallier les problèmes d'absentéisme de toutes natures. Polyvalence ne veut pas dire pour autant que certaines personnes n'aient pas développé une expertise dans des domaines de la santé tout particulièrement sensibles, tels que l'encadrement des stagiaires et des nouveaux arrivés, l'hygiène, la recherche clinique, l'évaluation de la qualité des soins... L'alternance des fonctions, parmi les soignants appartenant à la même catégorie professionnelle, permet d'accéder à une vision plus globale de l'activité et d'intégrer une logique collective de la prestation à rendre qui dépasse le raisonnement mécaniste individuel, tendant à cloisonner les personnels « par spécialité ».

La prise en charge holistique du patient est ainsi favorisée.

### **8.3.2. Une organisation communicante**

Peut être plus que toute autre entreprise industrielle, l'hôpital se doit de développer une communication très active entre tous ses acteurs :

- . au sein d'une même équipe, notamment entre ses différentes professions ;
- . entre les équipes d'unités différentes ;
- . entre les niveaux hiérarchiques ;
- . entre les diverses structures : administratives, médicales, paramédicales, techniques, et médico-techniques ;
- . avec les prestataires internes et externes.

L'organisation de circuits directs et courts, connue de tous, à tous les niveaux d'intervention, positionnera le patient au centre de la sphère d'informations qui le concerne. La qualité et la pertinence de ces informations en dépendent largement.

### **8.3.3. Une organisation responsabilisante**

Un management par objectifs, facilité par des outils de pilotage pertinents à l'usage des cadres, permet une réelle prise de décision des acteurs au plus près de l'action. Il est, en outre, intéressant que le cadre et ses personnels s'engagent contractuellement sur les actions à mettre en oeuvre pour atteindre les objectifs fixés, et ce, dans un souci de transparence et de co-investissement « responsabilisant ». Responsabiliser ceux qui agissent, c'est leur donner les possibilités :

- . d'avoir une visibilité du système dans lequel s'inscrivent leurs actions ;
- . de comprendre les interdépendances et interrelations de l'ensemble des actions des équipes ;
- . de contrôler leur propre activité au regard des objectifs fixés ;
- . de « s'autogérer » dans le cadre des missions qui leur sont confiées.

Selon M. CROZIER<sup>290</sup>, la « réussite » d'une entreprise passe par l'accomplissement des hommes qui la composent. Elle ne réussira que par la « réussite » de ses membres.

### **8.3.4. Une organisation apprenante**

L'organisation apprenante postule l'existence de l'aléa, l'incident, l'innovation comme

---

<sup>290</sup> Cf. CROZIER (M) : « L'acteur et le système ». Sociologie politique, Editions du Seuil, 435 pages..

source d'apprentissage. L'hôpital n'occulte d'ailleurs pas, de par la progression constante des technologies, des démarches et des concepts de soins, des traitements..., que son système évolutif engendre de multiples possibilités d'apprendre et d'accroître ses compétences. C'est pourquoi, la formation continue en secteur hospitalier un rôle certain dans la gestion des ressources humaines. La nature même de la mission de l'hôpital, à savoir contribuer au maintien de la santé de la population et prodiguer les soins adaptés, nécessite une adaptation permanente des pratiques quotidiennes.

En effet, l'existence de procédures, certes indispensables, ne suffit pas à ses personnels pour intervenir dans tous les cas auprès des patients. Chaque être humain est unique et conserve sa part d'imprévisible, de spécifique, d'inhabituel. La situation, qui en découle, impose au personnel une vigilance accrue, une compréhension des faits induisant la conduite personnalisée à tenir. Les hospitaliers doivent donc avoir cette qualité prioritaire de s'adapter en permanence, d'être en « apprentissage » perpétuel. Plus que pour tout autre métier, « rien n'est jamais définitivement acquis ». Le secteur hospitalier constitue une organisation apprenante source de pluricom pétence.

### **8.3.5. Une organisation valorisante**

Cette dernière doit reconnaître les compétences acquises de ses acteurs. Elles ne se résument pas aux compétences techniques, liées aux postes de travail, mais font appel aux capacités d'initiatives, d'autonomie, « d'auto-gestion », « d'auto-contrôle », d'adaptation et d'anticipation, trop souvent encore occultées, car non détectées par les systèmes classiques d'évaluation du personnel.

La formation continue constitue un excellent levier, permettant aux cadres de manager leurs équipes dans un esprit évolutif de gestion de compétences multiples, et ce, dans, un système de qualification permanente et progressive. Là encore, l'apport méthodologique d'outils d'aide à la décision représente une condition-clé de réussite de la progression professionnelle individuelle et collective, reconnue et valorisée, vivante et dynamique. Les hôpitaux pourront ainsi mettre en oeuvre les changements liés à toute organisation, en réorientant régulièrement leurs missions et leurs objectifs, en modifiant leurs structures à bon escient, en modernisant leurs outils et en optimisant leurs modes de coopération et d'interactions entre services.

## **8.4. La pluricom pétence, un enjeu de la formation professionnelle continue**

---

L'évolution très rapide et permanente des situations de travail invite à une nouvelle conception de la gestion des ressources humaines.

On n'apprend plus « une fois pour toutes » pour exercer ensuite durant « toute sa vie professionnelle », sans nécessité de « réapprendre ». Comment obtenir et maintenir un capital de compétences efficient à l'hôpital, aujourd'hui ?

***« Continuer, comme par le passé, de dissocier organisation et formation, c'est faire l'économie de questions gênantes sur l'organisation. Le taylorisme a cru que la formation allait « tirer » l'organisation. Aujourd'hui on sait que c'est***

***l'inverse : l'organisation est au centre et c'est elle qui « tire » la formation. Les besoins de formation sont toujours à resituer par rapport aux besoins de l'organisation. Au delà des actions de formation, ce sont les situations de travail et l'ensemble des caractéristiques de l'organisation qui produisent des effets positifs ou négatifs sur l'apprentissage et le développement des compétences.***

»291

#### **8.4.1. La formation, un outil d'accompagnement de la gestion des ressources humaines**

La formation est un outil-phare de la gestion des ressources humaines. Elle doit prendre en compte :

· les missions de l'hôpital vis à vis de son environnement communautaire, géographique, réglementaire et humain ;

· les décisions stratégiques engageant la qualité de vie future de l'hôpital, voire même sa survie ;

· la nécessité pour les cadres de se situer dans une démarche stratégique de progrès ;

· l'impact des contraintes externes et internes.

La logique de projet constitue l'un des fondements de la réforme hospitalière de 1991 et 1996, et traduit la volonté du législateur de **« préparer le système de soins aux défis du XXIème siècle »**.

La dimension sociale du projet d'établissement, ainsi que sa dimension adaptative à l'évolution des besoins de la population, en font un vecteur stratégique privilégié. La maintenance du portefeuille de compétences et la valorisation du potentiel humain de l'hôpital sont à accompagner par le biais d'un plan de formation modernisé.

Le projet d'établissement définit à moyen terme les grandes orientations d'un établissement hospitalier et entraîne, dans cette période en pleine mutation, de profonds changements dans la vie quotidienne de tous ses acteurs. Ainsi les agents devront être préparés, par une formation adaptée, à développer des compétences nouvelles, nécessaires à l'exercice de leurs différents métiers, d'où la nécessité d'un schéma directeur pluriannuel, construit à partir des grandes orientations politiques fixées par la direction.

L'articulation entre le plan de formation et le projet d'établissement est une préoccupation constante. Le caractère annuel du plan de formation est un frein à l'atteinte d'objectifs de formation, corrélés à des objectifs institutionnels, quant à eux, pluriannuels. C'est pourquoi, un schéma directeur de formation pluriannuel favorise l'expression d'une

---

<sup>291</sup> Cf. ALLAFORT (M). Document CISTE, novembre 1992

cohérence globale. Un fil conducteur peut être dégagé dans les différents projets (d'établissement, de service, médical, de formation...) et a le mérite de décloisonner les professionnels qui se côtoyaient peu habituellement, grâce à une démarche ayant une finalité commune : efficacité des soins et efficacité économique-financière.

**« En effet, c'est seulement dans le cadre de la pluriannualité que des actions de formation peuvent être menées en profondeur et constituer de véritables conduites de changement pour l'institution et pour ses personnels. L'institution y trouvera la possibilité d'engager des opérations structurelles de réorganisation, en liaison avec une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les salariés y gagnent l'opportunité de suivre des formations longues et qualifiantes, d'envisager une promotion professionnelle et d'enrichir la pratique de leur métier »<sup>292</sup>.**

Un tel schéma permet :

de prendre en compte les grands projets institutionnels pluriannuels ;

de définir la part dévolue :

- aux actions promotionnelles, de qualification et d'actualisation des connaissances
- aux projets transversaux liés à l'évolution des emplois et des compétences.
- aux projets de mobilité interservices

#### **8.4.2. La promotion de l'investissement formation**

Investir, c'est agir sur les facteurs de production, qu'ils soient matériels ou immatériels. Les organisations à mission de service public, elles aussi dans un secteur concurrentiel, ont tout intérêt à cibler le type d'investissement des différentes actions qui composent leur plan de formation. L'évaluation des impacts, qui en dépend, nécessiterait la formalisation d'une critériologie spécifique et adaptée.

#### **Les formations - investissement centrées sur le savoir-faire expérientiel**

Les métiers de soins, de par leur lien direct sur la santé de l'homme, n'autorisent pas l'erreur. L'expérience est, de ce fait, vécue comme sécurisante et psychologiquement réductrice de stress. De nombreuses formations-actions sont demandées dans cet objectif. Elles concernent les équipes pluridisciplinaires sur des thèmes aussi variés que le diagnostic infirmier, l'évaluation de la qualité des soins, l'élaboration de projets de soins et de projets de vie pour les patients, l'éducation des diabétiques, l'encadrement des stagiaires, l'actualisation des connaissances... Les formations sont massivement

---

<sup>292</sup> Cf. VASSEUR (A) : « Projet d'établissement, plan de formation ». ANFH, réalité et recherche n° 30, octobre 1995, p.5

demandées par les infirmières et manipulateurs radio enquêtés.

### **Les formations - investissement centrées sur la maîtrise d'une nouvelle technologie**

Elles sont beaucoup plus faciles à identifier et à évaluer, le personnel ne sachant souvent « rien » ou « peu de chose » de la technique en question, avant son installation. La légitimité de cette « non connaissance » permet la validation rapide d'un processus de formation progressif reconnu de la majorité, car secondaire à une décision d'investissement matériel. Il ne remet pas en cause les individus. Les unités de soins et médico-techniques sont de plus en plus confrontées à cette adaptation de l'homme à la machine, compte tenu des fortes avancées technologiques actuelles d'une part et de leur rapidité d'obsolescence d'autre part.

### **Les formations - investissement centrées sur le développement personnel et la communication**

Bien que ces formations ne dépendent pas de décisions de gestion ou d'achat, leur bien fondé n'en demeure pas moins réel. L'amélioration de la performance d'une entreprise passe tout d'abord par son potentiel humain, avant même son potentiel technologique et financier. Ces formations sont les plus difficiles à apprécier, en termes de retombées dans les services. Elles ont comme objectif de développer le potentiel créatif des individus et surtout de leur permettre d'en user dans leurs situations de travail quotidiennes. La complexité des structures hospitalières et la coexistence de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales exigent une collaboration active de tous les acteurs de santé et une bonne qualité des relations interpersonnelles. On sait fort bien à quel point les patients et leurs familles y sont sensibles. Leur accueil, leur accompagnement tout au long de leur séjour hospitalier constitueront l'image qu'ils garderont de l'hôpital, au delà de la qualité du soin technique dispensé, et représentent encore aujourd'hui un défi à relever. La polyvalence de mobilité externe nécessite la mise en place de telles formations.

#### **8.4.3. La mise en assurance qualité du processus formation**

La « roue de Deming »<sup>293</sup> est une illustration symbolique de cette démarche qualité qui s'applique au domaine de la formation.

Le plan incliné sur lequel avance cette roue suggère que c'est une démarche de progrès, mais aussi qu'elle exige un effort qui, s'il est relâché, entraîne la roue vers le bas<sup>294</sup>.

Les quatre phases (planification, action, évaluation et validation) rappellent que l'action elle-même n'est qu'une phase parmi les autres. La progression ne peut intervenir que lorsqu'on respecte attentivement ces quatre étapes. C'est ainsi que l'évaluation de

---

<sup>293</sup> Cf. DESGRAUPES (P), LHOMME (M) : « Evaluer la formation ». Editions Nathan, 1994

<sup>294</sup> Cf. DESGRAUPES (P), LHOMME (M) : « Evaluer la formation ». Editions Nathan, 1994

l'action de formation prend tout sens, car révélatrice de l'atteinte ou non des objectifs de changement identifiés préalablement, donc du niveau des résultats obtenus.

La grille de compétences initiale constitue non seulement un outil de repérage des zones de vulnérabilité en amont mais aussi un outil d'évaluation, par comparaison, de l'équipe après la formation. L'exploitation des résultats est à la base même du processus même de validation.

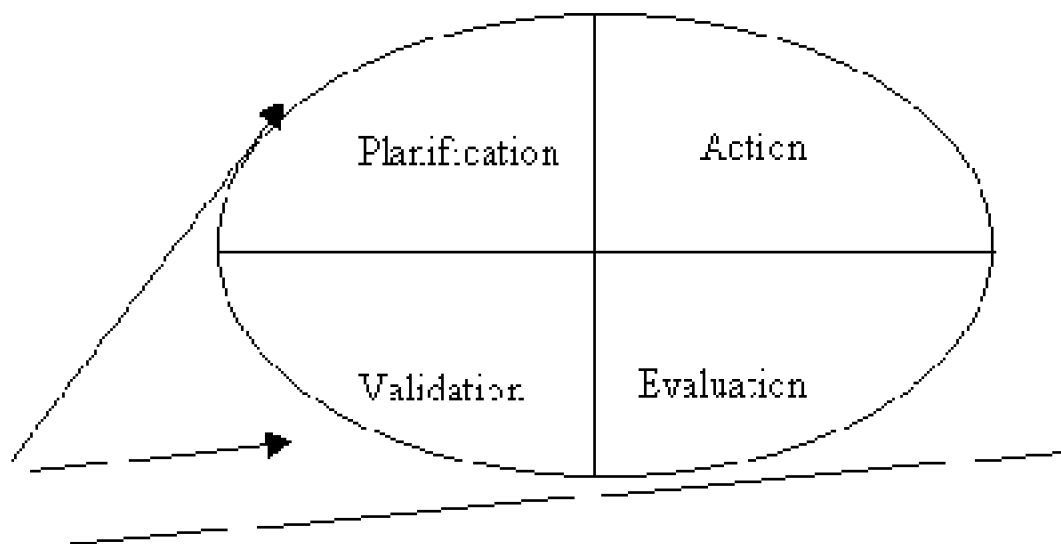


Figure 42 La mise en assurance qualité du processus formation : la roue de Deming.

La mise en assurance qualité nécessite une démarche dynamique d'implication des personnels dans l'évaluation de la formation, en corrélation avec une société « **ouverte qui permet l'identification et la restitution aux différents acteurs de l'organisation de l'ensemble des impacts résultant ou co-résultant de l'action de formation. Pour ce faire, il est indispensable que chaque acteur concerné prenne en charge un certain nombre de fonctions, en cohérence avec son domaine de responsabilités (définition des objectifs, élaboration de stratégies, détermination des facteurs favorisant et des contraintes, régulation, identification de critères et d'indicateurs de réussite...)** ». Cette démarche participative rompt avec les approches traditionnelles normatives faisant plus référence à l'aspect « contrôle » de l'évaluation, qu'à l'aspect « fonction » de cette même évaluation.

L'évaluation qualitative de la formation constitue une phase d'appropriation des acteurs à la mise en relief des points de synergie de l'ensemble évalué.

**La contribution des cadres au processus de transformation des services publics hospitaliers** est indéniable. Leur motivation à s'inscrire dans une logique managériale de gestion de leurs équipes est à la base d'une analyse pertinente des besoins en formation. Des outils, tels que les outils socio-économiques, les aideront à impliquer leurs agents dans une démarche de qualité, à les responsabiliser, à instaurer un dialogue dans un souci d'atteinte des objectifs communs ou partagés, en conformité avec la finalité de l'organisation. L'utilisation de la grille de compétences permettra aux cadres de cibler les axes de progrès à prioriser dans leur service, en fonction des compétences

requis, de décliner les critères de réussite qui supporteront l'évaluation post-formation, et ainsi d'offrir aux professionnels de la formation les éléments objectivables nécessaires à la réalisation des cahiers des charges.

Leur mode de fonctionnement, au plus près de l'activité hospitalière directe, est déterminant pour la qualité du plan de formation final. Seul un partenariat très étroit entre responsables de formation et cadres de proximité facilitera l'émergence d'un schéma directeur pluriannuel de formation structuré et réaliste, sous-tendu par trois types d'engagement contractuel :

**Un contrat de management** prenant en compte les évolutions en matière de métiers, d'activités, d'organisation, d'objectifs... est établi entre la hiérarchie et les personnes formées et aboutit à l'élaboration d'objectifs opératoires de changement. Ce sont ceux qui font actuellement le plus défaut, du fait de la non existence fréquente d'un diagnostic partagé entre manager et managé. Selon H. SAVALL, le diagnostic constitue en effet le moyen privilégié de recensement des dysfonctionnements. L'action de formation doit sensibiliser le personnel à l'existence de ces dysfonctionnements, et le former aux solutions à mettre en oeuvre pour éviter ces dysfonctionnements ou pour les réguler de la façon la plus efficace possible. La grille de compétences est donc complémentaire de l'outil diagnostic dans le recueil des besoins en formation. Comme on l'a vu précédemment, elle permet de recenser pour chaque personne les lacunes en compétences sur les opérations actuelles et sur les nouvelles, liées si nécessaire à la restructuration des emplois. L'activité professionnelle connaît des transformations importantes de nos jours. Les objectifs de l'institution relèvent ainsi d'un processus permanent d'innovation. La formation continue peut accompagner les changements attendus.

**Un contrat de services** prenant en compte les adaptations en matière de compétences à acquérir. Il est établi quant à lui entre le responsable de la formation et l'organisme de formation et constitue un contrat de progrès. La formulation des objectifs de formation est à ce stade indispensable pour l'élaboration du cahier des charges. La réussite du transfert attendu en dépend largement. La nature même de l'activité formation aujourd'hui, c'est avant tout d'être au service du développement des compétences, pour la performance de l'entreprise d'une part et pour l'épanouissement de la personne formée, d'autre part. La grille de compétences élaborée par les cadres de terrain constitue un élément de clarification de la demande interne et par ailleurs un élément pertinent de choix en terme de réponse - formation. L'élaboration du cahier des charges devient plus aisée. Le principe de mise en concurrence des prestataires est bien évidemment maintenu. Une grille de dépouillement facilite la délibération finale.

**Un contrat pédagogique** prenant en compte les acquisitions en matière de capacités. Ce dernier est établi entre l'organisme de formation et les personnes formées, se traduisant par le respect des objectifs pédagogiques. Le rôle du formateur ne se limite pas à amener les formés à acquérir les compétences nouvelles attendues. Il doit



permettre la mise en oeuvre correspondante, en lien avec les objectifs stratégiques de l'entreprise. Le dossier pédagogique réalisé, à partir des objectifs pédagogiques, constitue le document de base indispensable à l'évaluation de la progression des apprenants en terme de compétences. L'action de formation est donc utilisée comme un outil de mise en oeuvre stratégique.

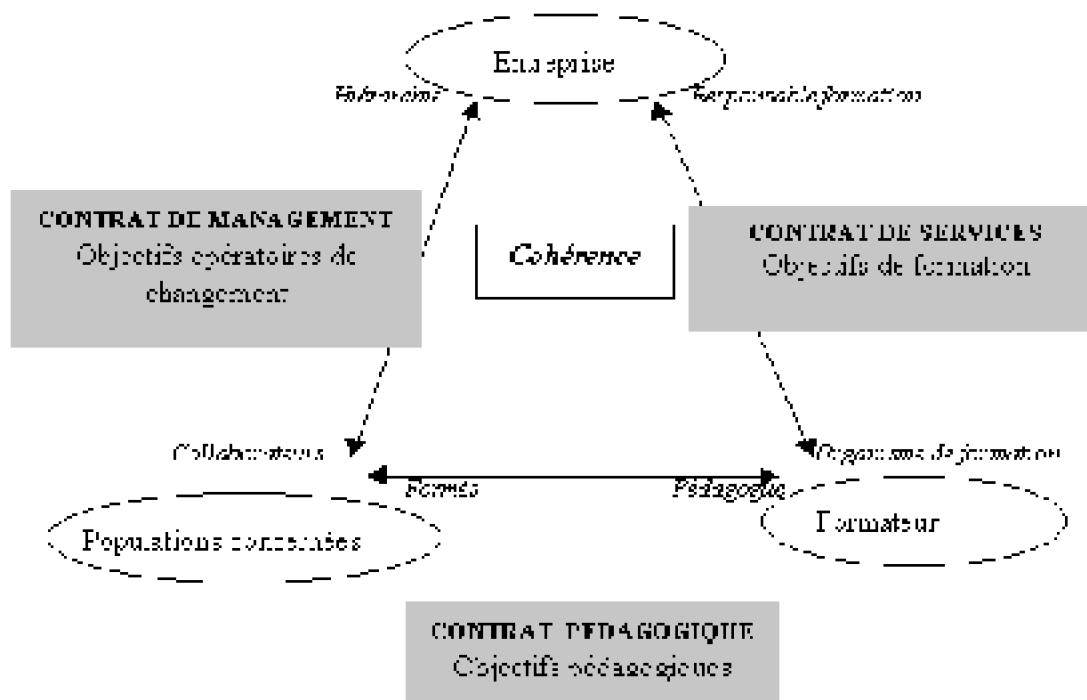


Figure 43 : La formation : un contrat tripartite

295

La situation de forte évolution des hôpitaux aujourd'hui, du fait de l'évolution de l'activité hospitalière, de la concurrence, de l'augmentation de la charge physique et mentale des soignants, des contraintes budgétaires... constitue, sans aucun doute, un levier d'action dont il faut saisir l'opportunité. La singularité des établissements de soins, de par la cohabitation de hiérarchies et logiques différentes, la présence d'un client « malade », n'exclut pas pour autant la forte capacité d'adaptation de ses personnels aux modes de gestion novateurs utilisés par les entreprises industrielles.

<sup>295</sup> Schéma extrait de la documentation du CEFSE - IDEF

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

---

---

# CONCLUSION GENERALE

L'hôpital, comme toute autre entreprise, est un lieu de convergence des phénomènes de mouvement.

**« La situation professionnelle n'est plus garantie à vie dans de nombreux secteurs, et, dans le domaine public, la sécurité de l'emploi passe de plus en plus par la mutation, le changement de fonction, voire de région ; les notions de métier, de carrière ne sont plus aussi évidentes qu'auparavant et il faut souvent trouver d'autres circuits, d'autres filières, voire s'expatrier pour garder son activité... Le souci n'a jamais été aussi grand de faire de la mobilité un outil permettant en même temps la gestion des sur-effectifs, les transferts ou reconversions d'entreprises, l'amélioration des qualifications et surtout un levier pour motiver et obtenir une plus grande mobilisation des salariés en entreprises. »<sup>296</sup>**

## 1. Les résultats de la recherche

Notre recherche montre qu'une **polyvalence ciblée, structurée et managée** a pour avantage de **mobiliser** les personnels et de les faire adhérer aux évolutions du milieu

<sup>296</sup> (W) IAZYKOFF « Organisations et mobilités : pour une sociologie de l'entreprise en mouvement », Ed. L'Harmattan, Logiques sociales, Paris, 1993, 175 pages, p 6

hospitalier. La mobilisation, dans le sens de rassemblement et de dynamisation des énergies, devient alors levier de changement, donc levier de transformation des hommes et des systèmes. Se pose alors la question récurrente du « mouvement » et de la « stabilité », mais par rapport à quoi ? et par rapport à qui ? La réponse se trouve en partie dans l'émergence d'une **autre rationalité organisationnelle**, incluant des **activités de travail à géométrie variable**, et de ce fait, plus de mouvement dans les structures et plus de mobilité des acteurs.

L'interdépendance des facteurs économiques et des facteurs socio-culturels nous a conduit à considérer les résistances voire les refus à une organisation polyvalente sous différentes approches : descriptive, explicative et prescriptive.

Le changement est le plus souvent perçu dans ses effets perturbateurs (déqualification professionnelle, perte de qualité de vie...).

**En effet, les individus attribuent un sens différent à leur situation de travail**, selon leur origine sociale, leur environnement culturel, leurs aptitudes à se projeter dans l'avenir et leurs capacités personnelles à saisir les opportunités, à terme sources de valorisation personnelle et professionnelle. **Nombreux sont ceux qui se trouvent dans le paradoxe suivant :**

· résister au changement, à une mobilité « imposée » par crainte de ne pas trouver les potentialités nécessaires au maintien de leur image de professionnel compétent et reconnu

· désirer une mobilité pour gravir les échelons de la réussite professionnelle et sociale et, par là même, montrer ses capacités d'adaptation, d'innovation et de maîtrise de l'environnement.

Polyvalence et mobilité sont ainsi étroitement liées. La polyvalence fait appel à toutes les formes de la mobilité :

· mobilité intellectuelle : savoir activer des connaissances multiples et hétérogènes

· mobilité professionnelle : exercer des activités différentes et/ou des postes différents

· mobilité géographique : exercer ces activités sur des lieux et des secteurs différents

Mais également :

· mobilité individuelle, basée sur les souhaits de réussite professionnelle

· mobilité collective, basée sur les conditions de réalisation d'un projet collectif, porté par

les individus.

LA MONOGRAPHIE (51 personnes interviewées) nous a permis d'objectiver que **la polyvalence intraservice fait partie intégrante de la philosophie de soins** : elle fait l'unanimité au sein du service. Cette polyvalence est souhaitée, reconnue et maîtrisée.

Le traitement de polyopathologies et la diversité des soins qui y sont liés constituent un facteur d'équilibre de la charge en soins de même qu'un élargissement et un enrichissement de l'exercice infirmier.

**La polyvalence interservices est une philosophie de fonctionnement institutionnel.** Cependant, elle n'est pas anticipée, pas ou peu managée en termes de compétences. En effet, elle est le plus souvent sollicitée en urgence, pour pallier un absentéisme impromptu.

Le « prêt de personnel » est majoritairement de très courte durée (une à deux journées en moyenne), et mal vécu, car angoissant de par la méconnaissance des us et coutumes du service d'accueil.

En revanche, le remplacement de longue durée (une vingtaine de jours en moyenne) est programmé, et de ce fait bien accepté et surtout enrichissant, de par les échanges sur les méthodes, les pratiques...

D'une manière générale, **la polysémie du terme polyvalence engendre de nombreuses interprétations**, sources de résistances et d'incompréhension. Elle est néanmoins perçue comme un acte de solidarité et un atout sécuritaire. Les personnels adhèrent à sa finalité mais regrettent, voire déplorent le fait qu'elle demeure floue et qu'elle présente des modes d'application non concertés, non organisés et non préparés. Ils souhaitent plus de transparence et plus de participation dans sa mise en oeuvre.

#### L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE

Concernant les infirmières : (270 réponses) on note que **58 %** d'entre elles n'effectuent **aucun remplacement à l'extérieur de leur service d'affectation**. Le cas de remplacement A (même domaine d'activité et même discipline médicale) est prédominant (27 %), que ce soit en CHU ou CHG. **L'âge** ne semble pas constituer un facteur influençant la mobilité contrairement à certaines idées reçues. Une **expérience diversifiée**, même courte, favoriserait en revanche les remplacements sur des secteurs d'activités différents de celles pratiquées au quotidien. **La marge d'initiative**, sur les soins de base et soins techniques, reste correcte hors du service. Elle peut devenir moyenne pour les soins relationnels et éducatifs, nécessitant une bonne connaissance du patient et de son environnement. **Les échanges d'informations** se font majoritairement au sein du service et s'avèrent insuffisants avec l'« extérieur ». **Une rotation du personnel** est organisée dans 2/3 des cas. Le **rythme** dominant est d'une journée en CHG, d'une semaine en CHU. Globalement, les infirmières **souhaitent conserver leur niveau de polyvalence ou l'accroître**. C'est dire qu'une fois acquise la polyvalence n'est plus vécue comme un problème. **L'organisation constitue le frein dominant** à la polyvalence de mobilité externe. La méconnaissance du fonctionnement

d'un service autre que le sien engendre une perte de repères, source d'inconfort et de stress dans le travail. **La technicité des gestes et les échanges d'informations** se sont révélés être des freins moins importants. Du point de vue de certains, **la polyvalence permet** la diversification des soins et un enrichissement professionnel et personnel. Elle peut être un outil d'équité et de prévention d'insuffisance professionnelle. Pour d'autres, **elle comporte un risque** de déqualification professionnelle et d'insécurité pour le patient. Elle peut provoquer un mal-être personnel, et de ce fait, engendrer une démotivation et un désinvestissement au travail. Dans tous les cas, **la polyvalence est à circonscrire** en partenariat avec les équipes. Elle doit être organisée, reconnue et valorisée, afin d'éviter les disparités d'interprétations. En effet, nous avons pu voir qu'au sein d'un même service, sur des postes équivalents, les infirmières ont des représentations différentes sur leur degré de polyvalence, leur marge d'initiative... **Les infirmières de pool enquêtées**, bien que maîtrisant leur polyvalence, situent les freins et facteurs favorisant de façon équivalente. En revanche, elles ont été les seules à considérer qu'être polyvalent de mobilité externe, c'est être un relais dans les transferts de connaissances de soins, donc devenir **porteur de la transmission du savoir soignant**.

Concernant les manipulateurs en radiologie : (172 réponses) **26 %** des manipulateurs enquêtés sont **non polyvalents** mais il existe une disparité entre CHU (33 % de non polyvalents) et CHG (14 % de non polyvalents). Il faut noter, par ailleurs, qu'il existe cinq technologies pour 52 % des manipulateurs en CHU, contre 17 % en CHG. **L'âge** n'influe pas sur les différents degrés de polyvalence. **La marge d'initiative** varie selon la technique utilisée et ne semble pas dépendre de l'importance du plateau technique. Elle est forte en radiologie standard, très bonne en IRM, bonne en scanner, moyenne en angiographie numérisée et en radiologie interventionnelle. **Les échanges d'informations** s'opèrent très souvent au sein du service, et souvent à l'extérieur du service. La nature du contenu du travail (service de production d'examens et/ou de traitement de pathologies) « impose » la mise en relation de nombreux services. **Une rotation** est organisée dans 97 % des cas en CHG contre 76 % en CHU. Comme pour les infirmières, les manipulateurs souhaitent, globalement, **conserver leur niveau de polyvalence ou l'accroître**. **La technicité des actes constitue le principal frein** à la polyvalence. L'organisation du travail et les échanges d'informations s'avèrent être des freins moins importants. Les avantages et les limites de la polyvalence évoqués par les manipulateurs sont du même ordre que pour les infirmières. Leurs propositions sont ainsi similaires et portent sur les points suivants : organisation, consensus, valorisation, reconnaissance, communication...

LES ENTRETIENS COMPLEMENTAIRES, réalisés auprès des responsables médicaux, administratifs et soignants (54 personnes) ont mis en évidence des remarques similaires à celles des infirmières et des manipulateurs en radiologie. Selon la fonction occupée, on observe des sensibilités particulières sur l'exercice de la polyvalence, autour d'un tronc commun d'idées convergentes.

L'ANALYSE DES RESULTATS EXPERIMENTAUX confirme que les services

---

hospitaliers vivent de façon cloisonnée, autant que faire se peut. A partir de là, une polyvalence mal définie, mal comprise, le plus souvent utilisée comme réponse curative à un problème d'absentéisme, freine l'adhésion des équipes à une ouverture interservices. Les cadres ne semblent pas inscrire la polyvalence dans une logique managériale de compétences à promouvoir. Les pratiques organisationnelles manquent de rationalité. Les règles de fonctionnement sont peu formalisées et propres à chaque service. La communication latérale interservices est déficiente. De ce fait, il nous a semblé important, d'une part, de tenter une conceptualisation de la polyvalence afin de mieux en cerner les multiples facettes, d'autre part de proposer des outils de pilotage aux cadres de proximité, relativement démunis en ce qui concerne le management des compétences.

**LA POLYVALENCE n'est pas une fin en soi, c'est une réponse organisationnelle à des objectifs stratégiques et managériaux, inscrits dans une politique d'établissement.** L'analyse des contenus du travail constitue le moyen privilégié pour déterminer le niveau de polyvalence souhaitée et souhaitable. Polyvalence et spécialisation nous paraissent constituer des phénomènes de régulation de « l'écosystème hospitalier », et ce, sous la forme de **cycles de vie renouvelés** dans un ordre continu (trois stades d'appropriation : un stade de découverte, un stade de maturité, un stade de neutralisation). Il s'avère ainsi nécessaire de mesurer le degré de complexité de toute activité nouvelle afin d'en évaluer le cycle de vie et parallèlement la nature des compétences à mobiliser.

Outre, une meilleure connaissance de l'évolution des activités dans le temps, « à l'instant T » il est important de préciser « **le contenant** » et « **le contenu** » de la **polyvalence** donc d'en délimiter le champ pour que coexistent professionnalisme des acteurs et qualité de la prestation.

Le terme polyvalence nous semble trop abstrait pour fédérer spontanément les hommes, autour d'un projet collectif inscrivant la polyvalence dans sa mise en oeuvre. En revanche **le terme pluricom pétence nous paraît plus approprié**, dans la mesure où la compétence consiste en des capacités observables et mesurables. La pluralité peut ainsi prendre du sens, du fait de la lisibilité de l'unicité.

La polyvalence ou, comme nous l'entendons, la **pluricom pétence** circonscrite, nécessite d'être **managée, organisée et sectorielle**.

L'organisation polyvalente d'un service dépend ainsi étroitement des **compétences managériales du cadre**.

Par ailleurs, nous avons estimé que l'acquisition de compétences, dans une structure polyvalente, était sous-tendue par des processus mobilisateurs à définir.

Nous avons ainsi identifié QUATRE PROCESSUS MOBILISATEURS de la polyvalence : un **processus de technicité** à composantes gestuelles, un **processus de pensée** à composantes intellectuelles et mentales, un **processus de gestion** à composantes organisationnelles de même qu'un **processus de cohérence collective** à composantes informationnelles et communicationnelles. Chaque processus favorise le développement d'une compétence plus spécifique, à savoir chronologiquement, une **compétence technique, méthodologique, contributionnelle et sociale**.

En fonction du degré de maîtrise de ces processus, nous avons pu ainsi repérer que la polyvalence de mobilité externe de faible durée était une polyvalence déstabilisante, la polyvalence de mobilité externe de longue durée une polyvalence semi-contrôlée et la polyvalence intégrée permanente (intraservice) une polyvalence maîtrisée.

Agir sur les processus mobilisateurs ne peut se faire sans la prise en compte de l'histoire personnelle et de l'expérience professionnelle de l'agent.

**La polyvalence est un choix managérial.** Sa réussite dépend à la fois du degré d'implication des cadres et de leurs capacités à manager une équipe, dans une logique transversale institutionnelle.

C'est pourquoi nous avons proposé L'OUTIL GRILLE DE COMPETENCES, comme outil de pilotage de la polyvalence. L'approche « compétences » s'inscrit dans une logique de progrès tant pour l'organisation que pour les personnels, et ce, dans un souci commun de prodiguer les meilleurs soins à la clientèle hospitalière. **Le management des compétences est une stratégie source de performance économique et sociale.**

Il appartient aux cadres de s'inscrire dans une dynamique systémique de l'hôpital et dans une logique de développement des compétences afin de faire évoluer simultanément :

· les processus organisationnels

· les devenirs individuels et collectifs dans un objectif d'adéquation des ressources et de l'activité hospitalière

· la qualité des prestations de soins.

**« La logique de compétences remet profondément en cause le modèle par postes. Elle tend à regrouper les définitions traditionnelles des postes dans le cadre d'emplois - type moins nombreux, mieux centrés sur la mission, favorisant la POLYVALENCE ... Elle permet d'envisager plus sereinement, grâce à la polyvalence à l'intérieur d'un emploi - type, une diversification des horaires de travail associée à un élargissement des plages d'ouverture des services aux clients ou usagers. Elle permet de proposer aux personnes une évolution de carrière fondée sur l'acquisition de compétences, sans devoir attendre qu'un autre poste mieux classé se libère. »<sup>297</sup>**

L'émergence de « nouveaux collectifs », où se développent l'autonomie et la pluricom pétence, va de pair avec une exigence de coopération et de coordination d'autant plus forte que l'institution hospitalière est complexe. Les modes de communication et les modes d'organisation du travail sont interdépendants et à prendre en compte conjointement.

**Nous pouvons dire que conduire le changement et assurer les transitions**

---

<sup>297</sup> (A) MEIGNANT : « Le savoir et l'entreprise, un nouveau paradigme » Revue personnel - ANDCP, n° 378, mars-avril 1997, p 77 à 85, p 80



---

requièrent l'intégration de la polyvalence, la pluricom pétence, et la mobilité dans la gestion globale des ressources humaines.

## 2. Les limites de la recherche

Au terme de ce travail, nous pouvons repérer des limites de différentes natures ;

### Limites méthodologiques

---

Nous avons conscience que notre **questionnaire** était dense et nécessitait, de la part des acteurs concernés, une lecture attentive et réfléchie, afin que les réponses coïncident bien aux questions posées.

Le questionnaire aurait pu être assigné à un seul objectif principal à atteindre, à savoir, estimer des grandeurs ou décrire une population et/ou vérifier des hypothèses.

Mais, comme nous l'avons expliqué, dans notre chapitre « Méthodologie », notre bonne connaissance du milieu hospitalier nous a incité à maintenir notre choix de réaliser une investigation complémentaire et extensive, tant quantitative que qualitative, associant malgré tout plusieurs objectifs.

Nos **hypothèses** peuvent également sembler denses, dans la mesure où nous avons cherché à ce que leur formulation soit la plus précise possible, dans un souci d'adéquation de l'objet de la recherche avec la démarche engagée sur le terrain. A ce titre, on peut regretter qu'elles ne soient pas suffisamment génériques.

### Limites bibliographiques

---

Nous avons évoqué, au début de notre thèse, que la littérature relative à la polyvalence, mettait surtout en exergue les formes qu'elle revêt dans la pratique quotidienne du travail, pour tenter de l'explicitier.

Ses définitions, quant à elles, se résumeraient le plus souvent à des synonymes (ou tout du moins considérés comme tels), comme, par exemple, la plurivalence, la polyactivité...

Il convient de rester modeste, quant à cette vision des choses. En effet, notre recherche bibliographique ne peut prétendre avoir tout exploré .

### Limites temporelles et spatiales

---

L'hôpital public a comme mission essentielle d'assurer à ses clients une « qualité optimale » des prestations. Pour ce faire, il se doit « d'optimiser » l'ensemble des ressources à sa disposition (humaines, financières, matérielles, techniques...)

**« On demande au corps hospitalier de changer ses habitudes, d'affronter de**

### ***nouvelles responsabilités et de se remettre en question »<sup>298</sup>***

On s'interroge sur les méthodes et les modes de travail : quelles compétences développer ? quelles expertises ? avec quels moyens ? La polyvalence est ainsi au coeur des débats. C'est pourquoi, nous avons souhaité que cette recherche ne dure pas trop dans le temps, afin de ne pas risquer l'obsolescence des propos. Moins de deux années se sont écoulées entre les études de terrain et la rédaction finale de notre thèse.

A contrario, on peut penser que le facteur temps aurait permis une recherche plus approfondie, notamment par le choix de terrains complémentaires situés à l'étranger. Les situations réglementaires n'étant pas les mêmes, il aurait été intéressant de repérer les « pratiques de polyvalence » de pays culturellement différents et leurs impacts sur la qualité des soins fournis.

Cet autre éclairage aurait sans doute enrichi notre travail de conceptualisation.

## **3. Les perspectives de la recherche**

La qualité des soins est un souci majeur pour les soignants. L'ordonnance d'avril 1996, portant réforme hospitalière, recentre la mission de l'hôpital sur cet objectif principal : **prendre en charge les patients avec le meilleur niveau de qualité.**

Notre recherche, centrée sur l'adéquation des pratiques de gestion des ressources humaines au regard de « l'exigence - qualité » de la prestation hospitalière, a mis en évidence certaines pratiques existantes. L'analyse des dysfonctionnements et des points à améliorer a permis d'établir un certain nombre de recommandations, notamment d'ordre managérial.

Ces recommandations s'inscrivent bien dans la logique d'amélioration de la qualité promue par l'ordonnance pré-citée.

***« Depuis quelques mois, les professionnels de santé assistent à un phénomène de prolifération rapide et quasi généralisée d'une nouvelle forme de gestion du travail et de management qui s'introduit dans les établissements, entraînant dans son sillage une vague de réflexions et d'interrogations qui s'étalent du registre du scepticisme à celui de l'enthousiasme le plus débordant. Toute la presse spécialisée, toutes les manifestations professionnelles sont également touchées par le phénomène. Ce phénomène, déjà abondamment observé, ausculté, analysé, s'appelle démarche qualité. Plus une revue aujourd'hui ne paraît (on pourrait presque dire n'ose paraître) sans un article parlant qualité, plus un congrès ne se déroule sans que le mot qualité soit affiché au programme. Aujourd'hui, pour « être dans le coup », pour être au fait de l'actualité du management hospitalier, il faut savoir parler et disposer du minimum de vocabulaire et d'acquis conceptuel en la matière. »<sup>299</sup>***

C'est la raison pour laquelle nous estimons que la polyvalence ne se décrète pas en fonction des aspirations individuelles.

---

<sup>298</sup> (JM) DUBERNARD : « L'hôpital a oublié l'homme » Ed Plon, Paris, 1997, p 231

Pour être intégrée dans un mode de gestion, la polyvalence doit être réfléchi à l'échelle d'un établissement et envisagée avec la mobilisation de tous les acteurs, afin de passer d'une « culture d'évitement » à une « culture de coopération », dans laquelle on accepte d'analyser les points critiques afin de trouver ensemble les types d'organisation les plus en adéquation avec les multiples activités à assurer.

S'interroger sur le degré de polyvalence souhaitable revient à s'interroger sur la gestion des risques à l'hôpital. En effet, il ne doit y avoir de rupture dans la chaîne des soins requis 24 h sur 24, ce qui nécessite un personnel compétent, réparti équitablement en fonction de la charge en soins, afin d'assurer à la fois la continuité et la qualité des soins.

La gestion des risques s'inscrit au coeur de la gestion de la qualité. A ce titre, elle devient un choix stratégique pour l'hôpital.

**« Aujourd'hui la qualité est sans doute en passe de figurer au rang des choix stratégiques majeurs des hôpitaux, tant pour des raisons financières (le coût de la non qualité est prohibitif), que de positionnement (la qualité permet de se différencier), ou de dialogue social (la qualité a une vertu mobilisatrice des professionnels)... Si la gestion de la qualité vise une sorte de perfection des soins, la gestion des risques a un objectif moins ambitieux mais plus concret. Elle vise simplement (mais ce premier pas vers la qualité est déjà grand) à obtenir une réduction des dysfonctionnements susceptibles de créer un dommage au patient »<sup>300</sup>**

Notre recherche, tout comme les démarches d'assurance-qualité, a eu comme finalité la satisfaction des patients accueillis dans les établissements de santé, et la prise en compte des objectifs de rationalité économique. Il est intéressant de la situer dans les pratiques d'évaluation. L'évaluation de la qualité porte sur trois grands domaines<sup>301</sup> :

L'évaluation des structures et des ressources : elle regroupe aussi bien les éléments matériels (locaux, techniques...) qu'humains (composition de l'équipe, répartition des effectifs...). Notre recherche a permis d'objectiver les pratiques en matière de polyvalence, de repérer les déficiences et les mécanismes de régulation, de proposer quelques recommandations. Il s'agissait bien d'évaluer l'utilisation des ressources au regard des structures en place.

L'évaluation des procédures : elle concerne tout ce qui est formalisé et prescrit. Nous

<sup>299</sup> RONZIERE (N): « Qualité globale : utopie ou méthode ? » *Revue hospitalière de France*, n° 1, Janvier-Février 1998, p 66 à 69, p 67 Cf BRUN (J) en collaboration avec (D) FROMENTIN « Qualité des soins, une approche ISO 9000 » Ed Berger-Levrault, 1996, 156 pages

<sup>300</sup> Dr GUIMBAUD (B) « L'hôpital à l'heure de la gestion des risques » *Revue Hospitalière de France* n° 6 – Novembre / décembre 1997, p 582

<sup>301</sup> cf Dr (L) GERBAUD, Pr (PH-Y) GLANDIER : « L'évaluation de la qualité des soins », *Gestions hospitalières*, n° 317, Juin-Juillet 1992, p 468 à 473

avons pu repérer le niveau de formalisation des consignes et procédures dans notre travail et leurs impacts sur la mise en oeuvre de la polyvalence.

L'évaluation des soins diagnostiques et thérapeutiques : elle se situe en aval de toutes les actions y contribuant et s'attache à évaluer les résultats finaux. Ce domaine ne relevait pas de notre étude.

Les perspectives de notre recherche consisteraient ainsi à inscrire nos recommandations, dans un projet structuré de gestion de la polyvalence et de le proposer, dans un premier temps, aux établissements hospitaliers enquêtés.

Il s'agirait ensuite de le mettre en oeuvre, au moins à titre expérimental, en concertation avec la ou les directions concernée(s).

Dans un second temps, l'évaluation de cette expérimentation viserait à mesurer les écarts entre les objectifs stratégiques poursuivis et les réalisations, d'en analyser les causes et de procéder aux ajustements nécessaires.

S'engager dans une gestion polyvalente des ressources humaines, demande aux cadres de travailler différemment et de rompre avec les pratiques de travail sectorielles.

La qualité de cette gestion dépendra de leur capacité à intégrer les dimensions managériale et instrumentale de leur rôle.

Mais au terme de cette recherche, nous sommes convaincus que, même dans une structure complexe comme l'hôpital, une polyvalence ciblée et structurée peut être source de performance économique et sociale, parce qu'elle rationalise les fonctionnements et, bien managée, favorise la cohésion sociale et le développement humain.

Elle peut être une véritable opportunité d'évolution.

Il appartient à tous les acteurs hospitaliers de relever le défi !

## **4. La validation de nos hypothèses**

Il est nécessaire, afin d'achever cette thèse, de conclure sur le degré de validation des hypothèses, qui ont constitué le fil conducteur de notre recherche.

### **4.1. Validation de l'hypothèse centrale**

---

Nous pensons avoir montré les **points critiques** relatifs à la mise en oeuvre de la polyvalence.

Nos travaux expérimentaux mettent en évidence **la crainte** des acteurs à s'inscrire dans une gestion polyvalente mais aussi leur **compréhension** de ses bénéfices.

Le souci des professionnels de santé de répondre, le plus efficacement et le plus qualitativement possible, aux besoins de leurs patients, constitue le point fort de

**convergence.**

C'est pourquoi une meilleure lisibilité des nouvelles nécessités organisationnelles, de même qu'une plus grande participation aux décisions, sont à même de fédérer les acteurs autour de projets collectifs, tels que la polyvalence, source d'enrichissement professionnel, d'équité et de qualité.

Si nous pensons avoir validé l'hypothèse centrale minimale, il n'en est pas de même pour l'hypothèse centrale maximale : le contexte de « qualité intégrale » et « la maîtrise des dépenses de santé » n'ont pas été démontrés, à ce stade de notre recherche.

D'autres investigations seraient nécessaires pour y parvenir.

## 4.2. Validation du corps d'hypothèses

Pour ce faire, nous avons coté le degré de validation que nous pensons avoir obtenu pour chacune d'entre elles, selon la critériologie suivante.

■ Hypothèse validée (résultats conformes à l'hypothèse)

▨ Hypothèse partiellement validée

▩ Hypothèse non validée

### Thème 1 : La multiplicité des acteurs hospitaliers en lien avec l'évolution des missions de l'hôpital

Hypothèses descriptives	Hypothèses explicatives	Hypothèses prescriptives
HD 1 Les contraintes qui pèsent sur l'hôpital en général et sur les personnels en particulier sont nées de la crise des années 1970 ▨	HE 1 La dimension gestionnaire ne constituait pas une préoccupation essentielle, du fait de la stabilité de l'environnement ▨	HP1 Cerner la configuration structurelle de l'hôpital d'aujourd'hui explique la nécessaire coopération des hospitaliers ▨
HD 2 Les missions affichées de l'hôpital en termes d'obligation de soins, d'enseignement et de recherche ont fait évoluer les métiers hospitaliers. ■	HE 2 L'hôpital est le lieu d'exercice d'un grand nombre de professionnels, dont les missions et les compétences s'inscrivent au sein d'un champ d'action spécifique, induisant un certain cloisonnement ■	HP 2 La mise en convergence des objectifs de service public des différents acteurs hospitaliers contribue à l'harmonisation des pratiques ainsi qu'à la mise en oeuvre d'une réponse - soins holistique de qualité ▨

### Thème 2 : Les impacts d'une structure organisationnelle complexe et

**cloisonnée**

Hypothèses descriptives	Hypothèses explicatives	Hypothèses prescriptives
HD 3 La nature du travail hospitalier n'occulte pas pour autant la dimension économique de la production de soins ☼	HE 3 L'activité de soins, constituant l'élément structurant des postes de travail, s'est transformée progressivement pour répondre aux exigences croissantes de la clientèle et, de ce fait, aux injonctions de la tutelle ☼	HP 3 Les métiers de soins peuvent devenir un espace d'évolution professionnelle, dans la mesure où sont élaborés des référentiels de compétences, comme outils de management au regard de la prestation attendue par la clientèle ☼
HD 4 La quête d'une reconnaissance professionnelle accrue incite les soignants à limiter leur activité au sein d'un seul secteur, dans un souci de maîtrise maximale du métier ■	HE 4 La limitation du champ d'activité professionnelle, comme moyen d'affirmer sa compétence spécifique, peut entraîner, a contrario, une perte de qualification globale ☼	HP 4 Reconnaître la polyvalence comme un moyen de maîtriser non seulement les connaissances transversales de base, mais aussi des savoirs approfondis sur divers domaines, c'est élargir le champ d'intérêt des équipes hospitalières et favoriser la démarche holistique de soins souhaitée par tous ■
HD 5 Le cloisonnement des secteurs induit une désynchronisation globale de la prestation de soins, et un déséquilibre des charges de travail entre équipes ■	HE 5 Chaque fonction de soins recouvre un ensemble d'activités multiformes, variant selon le cadre d'exercice, ce qui inscrit le soignant dans une démarche de résolution de problèmes quasi permanente et dans une stratégie de défense de son territoire ☼	HP 5 Le cadre de proximité joue un rôle déterminant dans l'organisation du travail, apparaissant comme le résultat d'un processus complexe de négociation auprès des acteurs concernés, dans le respect des objectifs institutionnels ■

**Thème 3 : La polyvalence, un manque d'attraction endémique**

Hypothèses descriptives	Hypothèses explicatives	Hypothèses prescriptives
HD 6 Les réticences et résistances à la polyvalence sont dues aux images négatives qu'elle revêt et à l'absence de travail managérial sur l'approche compétences	HE 6 La qualité du service à rendre dépend de l'organisation du travail, du système d'informations et de communication existant et du niveau de compétences des	HP 6 Une organisation hospitalière flexible favorise la dimension collective et communicative du travail, agit sur les processus cognitifs, psychologiques et sociaux,

Hypothèses descriptives	Hypothèses explicatives	Hypothèses prescriptives
qu'elle nécessite pour s'inscrire dans la mission de service public hospitalier ■	personnels et des cadres ■	facilite l'engagement et la responsabilité collective de soins ■
HD 7 Le contenu du travail et sa répartition informent sur le degré de polyvalence intra et interservices ■	HE 7 Un certain nombre de facteurs éclairent sur les difficultés de mise en oeuvre de la polyvalence : - la fréquence des pratiques de soins ou des techniques - les connaissances nécessaires à leur exercice - l'existence de procédures et consignes - la marge d'initiative - les échanges d'informations - l'organisation de rotations - les remplacements entre collègues ■	HP 7 Une bonne prise en charge managériale de ces facteurs les transforme en leviers de changement ■
HD 8 La polyvalence à venir confère incertitude et crainte, quant à l'adaptabilité et, de ce fait, à la reconnaissance professionnelle à recouvrer ■	HE 8 Le degré de polyvalence souhaitable est subjectif et constitue une forte variabilité d'un individu à l'autre ■	HP 8 Une explicitation de ce qui est souhaité, en termes de polyvalence, constitue le premier travail du cadre, à mener en collaboration avec son équipe ■
HD 9 La technicité ne constitue pas le seul frein à la mise en oeuvre de la polyvalence ■	HE 9 Les modes d'organisation et de communication constituent tout autant des freins que la technicité et sont le plus souvent absents des préoccupations managériales ■	HP 9 Il appartient au cadre de transformer les contraintes en opportunités, par le biais d'actions stratégiques porteuses de progrès. ■

**Thème 4 : La polyvalence, une forme d'organisation du travail concourant à dessiner une fonction professionnelle élargie et enrichie, dépassant le cadre des postes conventionnels.**

Hypothèses descriptives	Hypothèses explicatives	Hypothèses prescriptives
HD 10 Une polyvalence, managée maîtrisée, et intégrée dans la compétence professionnelle ne suscite pas d'opposition ■	HE 10 La qualité et la cohérence de la production de soins dépendent de l'équilibre des charges de travail entre les différents professionnels de santé et de la complémentarité	HP 10 Une polyvalence ciblée en fonction de la mission de soins à assumer et en partenariat avec les acteurs concernés, est source de bénéfices partagés (patients,

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

Hypothèses descriptives	Hypothèses explicatives	Hypothèses prescriptives
	des compétences	personnels, institution)
HD 11 Pour s'adapter aux fluctuations de la charge en soins, face aux problèmes d'absentéisme et de compression des effectifs, l'hôpital doit remettre en cause les modes traditionnels de conception des tâches et des postes de travail	HE 11 L'organisation actuelle du travail, dont les bases ont été fondées dans un contexte socio-économique favorable et peu contingent, est susceptible de créer des ruptures dans la chaîne des soins, du fait du faible niveau de réactivité du système	HP 11 Une polyvalence ciblée favorise la réactivité de l'organisation par la mobilité interactives qu'elle génère du fait de l'accroissement des qualifications transversales des membres de l'équipe
HD 12 L'amélioration des performances socio-économiques de l'hôpital passe par une gestion dynamique de ses ressources humaines et la mobilisation des compétences individuelles et collectives	HE 12 La nature du travail hospitalier et sa dépendance aux fluctuations des urgences, requièrent en permanence des solutions à facettes multiples, qui ne peuvent trouver leurs sources que dans un corpus de compétences identifiées clairement et sans cesse renouvelées	HP 12 La logique compétence favorise la mobilité intra et inter-services des personnels dans un esprit de collaboration, coordination et coopération des différents acteurs de soins autour d'une finalité unique : la qualité du service rendu au malade
HD 13 Les responsables hiérarchiques sont les acteurs essentiels dans l'impulsion de nouvelles logiques de réponses aux défis internes et externes, imposant la quête de la performance, ainsi que dans le renouvellement des pratiques de GRH	HE 13 La compétence des personnels passe nécessairement par la compétence des cadres de proximité, afin que les acteurs de soins s'inscrivent communément dans une logique d'anticipation, d'adaptation et de mobilisation des ressources humaines	HP 13 Doter les cadres de santé d'outils de pilotage leur permettrait d'accompagner les changements et d'animer la polyvalence et la compétence de leurs équipes
HD 14 Les contraintes économiques poussent à ce que les organisations promeuvent leur capital de compétences comme support de leur stratégie d'adaptation au contexte environnemental	HE 14 Les compétences mises en oeuvre dans des situations de travail diverses nécessitent une réactualisation régulière des connaissances pour conférer une polyaptitude collective, synonyme de veille stratégique	HP 14 Le management stratégique socio-économique constitue une méthode innovante d'adaptation et d'adéquation de la formation professionnelle continue aux emplois hospitaliers d'aujourd'hui et de demain, de par la vision systémique de l'organisation, de l'emploi et de la prestation de soins attendue

Enfin, nous espérons que notre choix de ne pas partir d'un modèle conceptuel,



---

prédéterminé, mais de construire la connaissance à partir des données produites par les acteurs hospitaliers aura toutefois permis de respecter les critères académiques en usage et d'apporter une modeste contribution à la conceptualisation des pratiques empiriques de polyvalence.

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

---

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

- ACCART (JP), PASTY (N) : « Les métiers de l'hôpital » Ed Berger-Levrault, Paris, 1994, 490 pages
- ACKER (F) : « La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire » Sciences sociales et santé, volume IX, n° 2, juin 1991, p 123 à 143
- AURAY(JP), BERESNIAK (A) , CLAVERANNE (JP) , DURU (G) : « Dictionnaire commenté d'économie de la santé » Ed Masson, collection abrégée, 1996, 289 pages
- BAINBRIDGE (L) : « Le contrôleur de processus » Bulletin de psychologie, 1981, 400 pages
- BALLE (C) : « Sociologie des organisations » Que sais-je, Paris, PUF, 1990, 127 pages
- BERNOUX (P), CAVESTRO (W), LAMOTTE (B), TROUSSIER (JF) : « Technologies nouvelles, nouveau travail », Collection Recherches, Paris, 1987, 136 pages, p 87
- BERTHELEMY (J), KLEMAN (F) : « Les métiers de la santé », Paris, Bayard, 1991, 249 Pages
- BESSEYRE DES HORTS (CH H) : « Gérer les ressources humaines dans l'entreprise – concepts et outils » Les Editions d'organisation, 1990, 191 pages
- BLANCHET (A) : « Interviewer » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales » Collectifs d'auteurs, TROGNON (A), GHIGLIONE (R), MASSONNAT (J), Editions DUNOD, 1987, 198 pages,
- BORSA (S), MICHEL (CR) : « La vie quotidienne dans les hôpitaux de France au XIXème siècle ». Hachette, 1985, 247 pages
- BOSQUET (R) : « Fondements de la performance humaine dans l'entreprise » Les Editions d'Organisation, 1989, 130 pages
- Le BOTERF (G) : De la compétence – Essai sur un attracteur étrange » Les Editions d'organisation, 1994, 176 pages
- BOURDIEU (P) « La distinction » Ed de Minuit, Paris, 1979
- BOUDON (R) : « L'idéologie », Fayard, 1991
- BOYE (M), ROPERT (G) : « Gérer les compétences dans les services publics » Les Editions d'Organisation, 1994, 233 pages
- BRUN (J) en collaboration avec FROMENTIN (D) « Qualité des soins, une approche ISO 9000 » Ed Berger-Levrault, 1996, 156 pages
- BUNGE (M) : « L'observation », Paris, 1984, p 56
- CASPAR (P), MILLET (JG) : « Apprécier et valoriser les hommes » Editions Liaisons, Paris, 1990, 128 pages
- CAVESTRO (W), en collaboration avec BERNOUX (P), LAMOTTE (B), TROUSSIER (JF) : « Technologies nouvelles, nouveau travail », p 87
- CAVESTRO (W) : « Nouveaux langages, nouveau travail », « Technologies nouvelles, nouveau travail » En collaboration avec BERNOUX (P), LAMOTTE (B), TROUSSIER (JF) Collection Recherches, Paris, 135 pages,
- CHANDERNAGOR (PH), CLAVERANNE (JP), KRICHEN (M) (collectifs d'auteurs), « Le statut des équipements hospitaliers » in « L' hôpital stratège », p 257 à 267, p 262

- 
- CLAVERANNE (JP), KRICHEN (M) (collectifs d'auteurs) : Démarche de projet et ambiguïté : le cas de la construction d'un syndicat inter hospitalier » in « L'hôpital stratège », p 116 à 137
- CLAVERANNE (JP), KRICHEN (M), CHANDERNAGOR (P) : « Le statut des équipements hospitaliers : stratégie(s) d'acteur(s) et ordre technicien » dans le cadre national de recherche sur l'hôpital MIRE. Direction des hôpitaux. Contribution à l'ouvrage collectif « l'hôpital stratège, dynamiques locales et offres de soins », coordonné par CONTANDRIOPOULOS (AP) et SOUTEYRAND (Y), « L'hôpital en mutation : d'un modèle à l'autre » in « L hôpital stratège » 1997
- COLLECTIF D'AUTEURS « Les métiers de la médecine » CIDJ , Phosphore , Paris , Bayard , 1992 , 260 pages
- COMET (P) : « Législation des hôpitaux publics », Paris, Berger-Levrault, 1974
- COMET (P), PIGANIOL (R) : « L'hôpital public », Paris, Berger-Levrault, 1974
- COURQUET (J) : « L'hôpital aujourd'hui et demain », Paris, Ed du Seuil, 1971
- CREMADEZ (M), en collaboration avec François GRATEAU : « Le Management Stratégique Hospitalier », Interéditions, 1992, 319 pages
- CROS-MAYREVIELLE : « Traité de l'Assistance Publique ». Tome 1, 450 pages
- CROZIER (M), FRIEDBERG (E) : « L'acteur et le système » Paris, Le Seuil, 1977, 435 pages
- CROZIER (M) : « Le phénomène bureautique », Paris, Seuil, 1963
- CROZIER (M) : « Le monde des employés de bureau » Ed du Seuil, Paris, 1965, p119- 133
- DADOY (M) et collectifs d'auteurs « Les analyses du travail, enjeux et formes » Cereq Collection des études, n° 54, mars 1990, 240 pages,
- DANIELLOY (F), BOEL (M) : « L'activité des opérateurs de conduite » pages 145-147
- DE SINGLY (F) : « L'enquête et ses méthodes : le questionnaire » Ed Nathan Université, Avril 1993, 127 pages,
- DESGRAUPES (P), LHOMME (M) : « Evaluer la formation » Editions Nathan, 1994
- DOISE (W) : « Attitude et représentations sociales », « Les représentations sociales », sous la direction de JODELET (D), PUF, 1989, p 220-238
- DRUCKER (P) : « Au delà du capitalisme » Dunod, 1193
- DUBAR (C) : « La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles » A.Colin, 1991
- DUBERNARD (JM) : « L'hôpital a oublié l'homme » Ed Plon, Paris, 1997, p 231
- DUBOIS (B) : « Le Marketing Management Hospitalier » Ed.Berger, Levrault, 1987, 378 pages
- FAURE (O) : « Le statut général du personnel hospitalier non médical », Paris, Berger-Levrault, 1980
- FAVERGE (JM) : « Travailleurs et systèmes techniques » Traité de psychologie appliquée, T 3, PUF, Paris, 1972
- FAVERGE (JM) : « L'analyse du travail » Traité de psychologie appliquée, dirigée par

- M.REUCHLIN, PUF, Paris, 1972
- FAYOL (H) : « Administration Industrielle et Générale » Paris, 1916, réédité par Dunod, 1979
- FLORET (MC) : « Les infirmières, les infirmiers et leurs écoles » in « La médecine à Lyon d'origine à nos jours », collectifs d'auteurs, Ed HERVAS, 1987 p256 à 273
- FOURASTIER (J) : « Les trente glorieuses ou la révolution invisible de 1946 à 1975 » Collection Pluriel, Fayard, Paris, 1979
- FROMAN (B) « Le manuel qualité, outil stratégique d'une démarche qualité », Paris, AFNOR, 1994, 181 pages
- GARDEN (M) : « Histoire économique d'une grande entreprise de santé. Le budget des Hospices Civils de Lyon 1800-1976 » Lyon, 148 pages
- GHIGLIONE (R) : « Questionner » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales », TROGNON (A), BLANCHET (A), MASSONNAT (J), Editions Dunod, 1987, 198 pages, p 127
- GHIGLIONE (R) , MATALON (B), BACRI (N) : « Les dires analysés : l'analyse propositionnelle du discours », Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 1985, p 95
- GHIGLIONE (R) : « Les enquêtes sociologiques : théories et pratiques », Paris, Armand Colin, 1978
- GONTHIER (N) : « Les hôpitaux et les pauvres à la fin du Moyen-Age : l'exemple de Lyon », Lyon, Hermès, 1978
- GONNET (F) : « L'hôpital en question » Ed ECONOMICA 1992 355 pages
- GOUREVITCH (D) « Histoire de la médecine, leçons méthodologiques » Ed Marketing, Paris, 1995, 192 pages, p 7
- GRUERE(JP), AUBERT (N), JABES (J), LAROCHE (H), MICHEL (S) : « Management : aspects humains et organisationnels » PUF 1991 655 pages
- GUILLERMAND (J) : « Histoire des infirmières » Tome 1 : des origines à la naissance de la Croix-Rouge , France Sélection, 1988, 405 pages
- GUILLERMAND (J) : « Histoire des infirmières » Tome 2 : de la naissance de la Croix-Rouge à l'institution de la profession, France Sélection, 1991, 525 pages
- HADJI (C) : « L'évaluation, règles du jeu, des intentions aux outils » ESF Editeur, 2ème Edition, 1990, 190 pages
- HART (J) MUCCHIELLI (A) « Soigner l'hôpital – Diagnostics de crise et traitements de choc » Editions Lamarre, 1994, 189 pages, p 30
- HART (J) MUCCHIELLI (A) « Soigner l'hôpital – Diagnostics de crise et traitements de choc » Editions Lamarre, 1994, 189 pages, p 141 ET 142
- HATZFELD (H) : « Le grand tournant de la médecine libérale » Ed Ouvrières, Paris, 1963
- HERZBERG (F) : « Le travail humain et la nature de l'homme » Paris, 1966
- HERZLICH (C), BUNGENER(M), PAICHELER (G), PAICHELER (G), ROUSSIN (P), ZUBER (MC) : « Cinquante ans d'exercice de la médecine en France, carrières et pratiques des médecins français 1930-1980 » Ed Inserm, Doin Editeurs, paris, 1996,

---

274 pages, p 86 à 92

- IAZYKOFF (W) : « Organisations et mobilités : pour une sociologie de l'entreprise en mouvement » Ed L'Harmattan, Logiques Sociales, Paris, 1993, 175 pages, p 6
- IMBERT (J) (sous la direction de) MOLLAT (M), GUTTON (JP), RAYNAUD (P),  
IMBERT (J) : « Le droit hospitalier de l'Ancien Régime », PUF, Paris, 450 pages
- JODELET (D) : « Les représentations sociales : un domaine en expansion », in « Les représentations sociales », PUF, 1989, p 36
- De KEYSER (V) « Les communications dans les systèmes automatisés : champs cognitifs et supports d'informations chez les opérateurs » Liège , 1985 , page 229
- LAROCHE (H) : « Management : aspects humains et organisationnels »
- LAWRENCE (PR), LORSCH (JW) : « Adapter les structures de l'entreprise », Paris, Ed D'organisation, 1973
- LEONARD (J) : « La médecine entre les pouvoirs et les savoirs » Aubier-Montaigne, Paris, 1981
- LEPLAT (J) et PAIHLOUS (J) : « L'acquisition des habiletés mentales : la place des techniques » Le travail humain, 1981, p 44
- LEPLAT (J) : « Erreur humaine, fiabilité humaine dans le travail » Collection U, A. Colin, Paris, 1985
- LEPLAT (J) : « Task analysis and activity analysis in situation of field diagnosis » in J. Rasmussen and B.Rouse, Nato Conference series, Plenum Press, New York, 1981
- LEVY – LEBOYER (C) : « Evaluation du personnel, quelles méthodes choisir » Les Editions d'Organisation, 1990, 211 pages
- LORINO (P) : « L'économiste et le manager » Edition La Découverte », 1989
- MAILLARD (C) « Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours : comment la santé est devenue une affaire d'état » Avant-propos. Edition Dunod, Bordas, Paris 1986, 200 pages
- MANILLIER (MH) : « Guide de la presse médicale et des professions de santé » Paris, Ed Hospitalières, 1993, 319 pages
- MARTINET (AC) : « La stratégie » Encyclopédie du management, Tome 1, p XLIV, Vuibert, 1992
- MASLOW (AH) : « A theory of human motivation », Psychological Review, vol 50, 1943
- MASSONNAT (J) : « Observer » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales » collectifs d'auteurs, TROGNON (A), GHIGLIONE (H), BLANCHET (A), Editions Dunod, 1987, 198 pages, p 35
- MAYO (E) : « The social problems of an industrial civilisation » London, Routledge and Kegan Paul, 1949
- MEIGNANT (A) : « Manager la formation » Préface Pierre Le GORREC. 2<sup>ème</sup> Edition revue et augmentée. Editions Liaisons, 1993, 336 pages, page 119
- MELESE (Y) : « Approches systémiques des organisations vers l'entreprise à complexité humaines » Les Editions d'Organisation, 6<sup>ème</sup> impression, 1990, 157 pages

- MICHEL (S) : « Motivation, satisfaction et implication » dans « Management : aspects humains et organisationnels », p 175 à 181
- MICHEL (S), LEDRU (M) : « Capital compétence dans l'entreprise, une approche cognitive » ESF Editeur, 1991, 228 pages
- MINTZBERG (H) : « Structure et dynamique des organisations », Paris, Ed d'Organisation, 1982
- MOISDON (JC), TONNEAU (D) (collectifs d'auteurs) : « Concurrence et complémentarité : stratégies de l'hôpital et de sa tutelle » in « L'hôpital stratège », p 21 à 45
- MOLLAT (M), IMBERT (J) (collectifs d'auteurs) : « Histoire des hôpitaux en France », p 3
- MOLLAT (M) « Les pauvres au Moyen Age » Paris, Hachette, 1978
- De MONTMOLLIN (M) : « Les systèmes hommes-machines », PUF, Paris, 1967
- De MONTMOLLIN (M) : « L'intelligence de la tâche » Eléments d'ergonomie cognitive, Berne, Editions Peter Lang, Science pour la communication, 1984, p 122
- MUCCHIELLI (A) : « La psychologie sociale ».Les fondamentaux, Hachette, 1994, 157 pages, p 33
- OCHANINE (D) : « Rôle de l'image opérative dans la saisie du contenu informationnel des signaux » Questions de psychologie, p 4, 1969
- OUCHI (W) : « Théorie Z », Paris, Interéditions, 1982
- OUCHI (W) : « M.Un nouvel esprit d'entreprise », Paris, Interéditions, 1985
- PERIGORD (B) « Les parcours de la qualité, démarches et outils », Paris , AFNOR Gestion, 1993, 264 pages
- PIAGET : « La logique des apprentissages », PUF, Paris, 1959
- PIGANIOL (R) : « Le médecin hospitalier, statuts, droits et obligations », Paris, Berger-Levrault, 1979
- PIGANIOL (R) : « Implications humaines des théories stratégiques » Tome 3, Encyclopédie Terence « Ressource Humaine et Stratégie » Ed D'Organisation, Paris, 1994
- POLETTI (R) : « les soins infirmiers : théories et concepts » Centurion, Paris, 1978
- ROCHAIX (M) : « Les questions hospitalières : de la fin de l'Ancien Régime à nos jours », Manuel B-L Santé, Ed Berger-Levrault, Paris, 1996, 498 pages, p 305
- RUFFIER (J) : « Les nouvelles formes du travail dans l'industrie française », « L'organisation du travail et ses formes nouvelles », Paris, Documentation française, collection du Cereq, n° 18, p 123-153
- SAINSAULIEU (R) : « L'identité au travail » Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1977
- SAVALL (H) : « Comptabilité de l'efficacité économique et du développement humain » Economie Appliquée, archives de l'ISMEA, Equilibre et Régulation, Tome XXXI, 1978, n° 3-4, Librairie Droz, Genève
- SAVALL (H), ZARDET (V) : « Le nouveau contrôle de gestion, méthode des



- coûts-performances cachés » Ed. Comptables Malesherbes, 1992, 399 pages
- SAVALL (H), ZARDET (V) : « Ingénierie stratégique du roseau », Préface de Serge Pasquier, Paris, 1995, 517 pages, pages 330 à 409
- SAVALL (H), « Enrichir le travail humain : l'évaluation économique » Préface de Jacques DELORS. Nouvelle Edition Economica 1989, 275 pages, pages 134 et 135
- SCOTT (WR) : « Organizations : rational, natural and open systems » Englewood Cliffs, Prentice Hall, International Editions, 1981
- SENGE (P) : « La cinquième discipline », First, 1991
- SIMON (H) et MARCH (JG) : « Les organisations » Paris, Dunod, 1964
- SIMON (A) : « Sciences des systèmes, Sciences de l'artificiel » Editions Dunod, 1991, Nouvelle Edition
- SPERANDIO (JC) : « L'ergonomie du travail mental » Masson, Paris, 1983
- De TERSAC (G) : « Autonomie dans le travail », PUF, 1992
- TAYLOR (F) : « La direction scientifique des entreprises », Paris, Dunod, 1975
- THIERRY (D, SAURET (C) : « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences » Editions l'Harmattan, 1993, 268 pages
- TOFFLER (A) : « Le choc du futur » Paris, Ed Denoël, 1971
- TORDEUX (J) : « Précis de législation hospitalière » Ecole Nationale de la santé publique, Rennes, Août 1994, 238 pages, p 216
- TREPO (G) « Conditions de travail et expression du personnel », Dalloz, 1980
- TROGNON (A) : « Produire des données » in « Les techniques d'enquête en sciences sociales » Collectifs d'auteurs BLANCHET (A), GHIGLIONE (R), MASSONNAT (J), Editions Dunod, 1987, 198 pages, p 14 et 15
- VARILLE (M) « Les Hospices Civils de Lyon » (542-1952), Lyon, Audin, 1953
- VEYRET(L) : « Histoire des hôpitaux en France » Collection Privat, Toulouse, 1982, 559 pages
- WEBER (M) : « Economie et société » Paris, 1922, réédité, Plon, 1971
- WEICK (KE) : « The Social psychology of organizing » Addison Wesley, 1969
- WEISS (D), PIGANOL (D), RIBETTE (R) et autres collaborateurs : « La fonction Ressources Humaines », les Editions d'Organisation, Paris, 1992, 784 pages
- ZARIFIAN (Ph) : « Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisations qualifiante » Education permanente, octobre 1992

## REVUES

- ALTER (N) : « Organisation et innovation, une rencontre conflictuelle » Revue Hors série, sciences humaines, n° 20, mars-avril 1998, p 56

- BELLIER MICHEL (S) : « L'individu et le système » Revue hors série. Sciences humaines, n° 20, mars-avril 1998, p 45
- BERNIER (C) : « La polyvalence des emplois, nouvelle tendance de l'organisation du travail ». Bulletin de l'IRAT n° 22, Montréal, 1982
- BORG FONTANET (A) ; CLAUDE (M), DREVET (G) « La création d'un groupe de travail hospitalier cohérent : illusion ou réalité d'une conduite de projet ? » in le manipulateur d'imagerie médicale et de radiothérapie, n° 127, décembre 1997, p 55 à 59
- BORG FONTANET (A), CLAUDE (M), DREVET (G) « L'élaboration d'un projet de service : de la conception à l'action » Revue de l'infirmière n° 17/18 Novembre 1996, p 57 à 63
- BUNK (G) : « Transmission de la compétence dans la formation professionnelle en Allemagne » CEDEFOP, 1994, p 8 à 14
- COLLECTIF D'AUTEURS : « Le guide de l'infirmière 1992 » Hors série de l'infirmière magazine, Paris, 1992, 249 pages
- COLLECTIF D'AUTEURS : « Infirmier-Infirmière à l'hôpital public : droits et devoirs ». Les guides de l'assistance de PARIS, Ed DOIN, 1994, 41 pages
- COLLECTIF D'AUTEURS : « La réforme hospitalière expliquée aux médecins » Le quotidien du médecin n° 4742, lundi 6 mai 1991
- COLLECTIF D'AUTEURS : « Les carrières paramédicales » Les cahiers de l'ONISEP, PARIS, novembre 1991
- DESROSIERES (A) : « L'opposition entre deux formes d'enquête : monographie et statistique » in BOLTANSKI (L), LAURENT (L) « Justesse et justice dans le travail », Cahiers du CEE, 33, 1989
- DREVET (G), FLORET (MC) « Une démarche d'ingénierie de formation aux HCL : deux outils de management de la formation au service des cadres » Cahier de gestions hospitalières, n° 152, In Gestions Hospitalières, Février 1999, n° 383, p 125 à 130
- DREVET (G) « Innovation technologique en service d'imagerie : Intégration technique et gestion du personnel » in techniques hospitalières, n° 511, avril 1988, p 47 à 50
- DUBOIS (B) : « Le Marketing Stratégique Hospitalier » Gestions Hospitalières n° 255, avril 1986
- DUGUE (E), MAILLEBOUIS (M) : « De la qualification à la compétence : sens et danger du glissement sémantique », Education permanente, n° 118, 1994, p 43 à 50
- FLUCK (C) : « Bâtir un référentiel de Compétences, conjuguer faire simple à tous les temps », Performance globale, n° 1, juillet 1995, p 16 à 20
- FORMARIER (M) « La méthode » la recherche en soins infirmiers, n° 2, oct-nov 1985, p 62
- GERBAUD (L), GLANDIER (PH Y) : « L'évaluation de la qualité des soins », Gestions Hospitalière, n° 317, juin-juillet 1992, p 468 à 473
- GOTTELY (J), JAMET « ML) : « Les médecins d'hier, aujourd'hui et demain » Solidarité santé, études statistiques, n° 3, juillet-septembre 1991
- GOTTELY (J) : « Les conditions d'exercice de la médecine en France » Bulletin de

- statistiques santé-sécurité sociale, n° 1, janvier-février 1972
- GUIMBAUD (B) « L'hôpital à l'heure de la gestion des risques » Revue Hospitalière de France n° 6 Novembre-Décembre 1997, p 582
- JOUBREL (J) : « Le système d'information ressources humaines des années 2000, ANDCP, Personnel, n° 362, juillet 1995, p 51 à 54
- De KEYSER (V) : « Les communications dans les systèmes automatisés : champs cognitifs et supports d'information chez les opérateurs », Liège, 1985, p 229
- LACHEZE-PASQAT (P) : « L'administration de l'hôpital » Paris, Berger-Levrault, 1979
- LAMY (Y) : « La gestion des ressources humaines, contenu, valeurs, organisation », Gestions Hospitalières, Mai 1995, p 362 à 365, p 362
- LORIGNY (MA) : « L'infirmière de demain » Revue soins, n° 542, Novembre 1990, p 39 à 40
- MEIGNANT (A) : « Le savoir et l'entreprise, un nouveau paradigme » Revue personnel, ANDCP, n° 378, mars-avril 1997, p 77 à 85, p 81
- PIGANIOL (R) : « Stratégie et GRH, un lien à construire » ANDCP, Personnel, n° 367, 02/96, p 24
- RONZIERE (N) : « Qualité globale : utopie ou méthode ? » Revue Hospitalière de France, n° 1, janvier-février 1998, p 66 à 69, p 67
- SAVALL (H), ZARDET (V) « Espoirs et illusions dans la quête de la qualité : vers un nouveau calcul économique », supplément à la revue Echanges n° 125, p 27 à 46
- SILVA (F), « Entrer dans une culture compétences », ANCDP, Personnel, n° 367, Février 1996, p 61 à 63, p 61
- TREPO (G), FERRARY (M) « Les enjeux méthodologiques de la gestion par les compétences » in Direction et Gestion des Entreprises, n°164-165, Stratégie et Structure, 1997, pages 7 à 14
- VASSEUR (A) : « Projet d'établissement, plan de formation » ANFH, réalité et recherche n° 30, octobre 1995, p 5
- VIGOUROUX (C), conseiller d'état : « L'intervention publique dans le domaine de la santé : planification, autorisation, schéma ». L'actualité juridique, droit administratif, 20 septembre 1995, pages 592 à 60

## DOCUMENTS DIVERS

- ALLAFORT (M) Document CISTE, novembre 1992
- ARLOTTO (D), JEAN (Ph), Document de travail hospitalier, IRH consultants, Valence, 1995
- BARATHAY (P), GUERIN (T), MAHE (M-C), TAVERNIER (N) : « La gestion des ressources humaines dans les hôpitaux publics » Rapport d'Etude, Entreprise et Personnel, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la ville, Direction des

hôpitaux, Sous-Direction de la Fonction Publique Hospitalière, Janvier 1994, p 22 et 23

- BAZY-MALAUURIE (C), BERTHOD-WURMSER (M) (Collectifs d'auteurs) Préface « L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins » coordonné par André-Pierre CONTANDRIOPOULOS et Yves SOUTEYRAND. Ministère du travail et des Affaires sociales, MIRE (Mission recherche), DH (Direction des Hôpitaux), 1997, 301 pages,
- BILLORE (JP) : « L'équipe autonome : tremplin vers la polyvalence pour une organisation plus réactive » Intervention à la manifestation IIR.
- BOCQUILLON (M) : « Perspectives nouvelles dans l'évaluation des emplois : l'apport des approches socio-techniques et socio-économiques ». Thèse pour le doctorat en sciences de gestion à l'université Lumière Lyon 2, supplément, 1986, 400 pages
- BON (B), BOURSIER (D) : « Le passage à une organisation multipostes basée sur plus d'autonomie et de flexibilité pour faire face aux délocalisations et sauvegarder l'emploi » Intervention à la manifestation IIR
- BRUNELLA (B) : « Comment rémunérer la polyvalence sur la base d'un système simple et perçu comme juste pour s'assurer de l'adhésion durable du personnel et de sa motivation » IIR
- CHEVANDIER (C) : « L'affirmation des qualifications dans les services de soins : Les Hospices Civils de Lyon dans l'entre-deux-guerres » Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale, 2-3, 1995, pages 97 à 107
- COLLECTIF D'AUTEURS « Nomenclature des emplois-type à l'hôpital », Direction des hôpitaux, Rennes, ENSP, 1990
- CONTRERAS (AM) et JEAN (Ph) : « La réforme hospitalière du 31 juillet 1991 : la planification sanitaire. Recueil de textes législatifs et réglementaires » Document de synthèse, février 1992
- COULATY (B) : « Comment accompagner le développement des polycompétences par un dispositif privilégiant la formation terrain » Intervention à la manifestation IIR.
- DAMIAN (M) « Les temps nucléaires » Thèse, Grenoble, 1983
- DREVET (G) : « La formation, outil de gestion des ressources humaines et l'implication des cadres ». Mémoire DEA, Gestion socio-économique Université Lumière, Lyon 2, 1996, 96 pages
- DREVET (G) : « La contribution du management socio-économique dans l'assiduité en formation : la grille de compétences, outil d'adéquation formation emploi pour une meilleure identification des besoins en formation », 1995, 133 pages. Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2
- FAURE (O) : « hôpital, santé, société au XIX<sup>ème</sup> siècle. Les Hospices Civiles de Lyon », Thèse du 3<sup>ème</sup> cycle, 1980
- FLORET (MC) : « Quelle place pour les outils de management socio-économiques dans le système de formation : le transfert des acquis, le professionnalisme des acteurs », 1995, 130 pages, Mémoire DUCIM, Université Lumière Lyon 2
- GONNET (F) : « Conclusions et recommandations pour la mise en place du dispositif miroir à l'hôpital » Rapport d'évaluation sur une expérience de changement menée

- 
- dans deux hôpitaux à la demande de la Direction des Hôpitaux, février 1987, p 3
- MARTIN (MJ) : « La mise en place d'un système d'évaluation du personnel au centre hospitalier de Pontoise : méthode, outils, enjeux ». Mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique, formation d'élève – directeur, décembre 1991, 88 pages, page 16
- PHILIPPE (B) : « Doser la polyvalence pour préserver son savoir-faire et maintenir sa position concurrentielle » . Intervention à la manifestation de l'Institute for International Research (IIR) intitulé « Développer la polyvalence pour gagner en flexibilité » le 28 janvier 1997, Paris
- RAUX (JF) « Retrouvons la voie de l'ambition » Le Monde Initiatives ; 16 mars 1994
- SAVALL (H) : « Les sciences de gestion en France : tendances actuelles. Le terrain et le modèle, deux ennemis ? » Le courrier du CNRS, n° 64, p 14 à 17, p 15
- SAVALL (H), ZARDET (V) : « Développement du professionnalisme de l'intervenant », Rapport de recherche, ISEOR, 1985
- SAVALL (H), ZARDET (V) : « Guide Méthodologique d'élaboration de la thèse », Chapitres 221, 222, ISEOR 1984, copyright
- TULOUP (H) : « Polyvalence, flexibilité du temps de travail, emploi : quelle comptabilité ? » Intervention à la manifestation de l'Institute for International Research (IIR) intitulée « Développer la polyvalence pour gagner en flexibilité », les 28 et 29 janvier 1997, Paris
- VILCHIEN (D) : Direction des hôpitaux, ministère des Affaires Sociales, de la santé et de la ville, « Bilan de l'expérimentation de la fonction expertise dans les établissements publics de santé » Colloque du 19 juin 1997, Tours

**Quelle polyvalence développer à l'hôpital pour concilier objectifs de soins et objectifs socio-économiques.**

---

---

# ANNEXES

- **ANNEXE 1** : Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- **ANNEXE 2** : Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- **ANNEXE 3** : Corps d'hypothèses de la recherche
- **ANNEXE 4** : Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les caractéristiques du statut et la structure des carrières.
- **ANNEXE 5** : L'organisation administrative d'un établissement hospitalier.
- **ANNEXE 6** : Spécial Réforme Hospitalière. L'ordonnance sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée. (Synthèse)
- **ANNEXE 7** : Données historiques et sociologiques.
- **ANNEXE 8** : Evolution des diplômes médicaux en lien avec l'évolution des disciplines médicales : Les DES, les DESC, les capacités de médecine.
- **ANNEXE 9** : Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.
- **ANNEXE 10** : Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à

l'exercice de la profession d'infirmier.

- **ANNEXE 11** : Décret n°97-1057 du 19 novembre 1997 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale.
- **ANNEXE 12** : Nomenclature générale des thèmes et des sous-thèmes. (H. SAVALL-ISEOR)
- **ANNEXE 13** : Questionnaire concernant l'étude sur la polyvalence des infirmières en unités de soins dans la fonction publique hospitalière.
- **ANNEXE 14** : Questionnaire concernant l'étude sur la polyvalence des infirmières de pool dans la fonction publique hospitalière.
- **ANNEXE 15** : Questionnaire concernant l'étude sur la polyvalence des manipulateurs en radiologie dans la fonction publique hospitalière.
- **ANNEXE 16** : Critériologie relative à la détermination des cinq classes de polyvalence en radiologie.
- **ANNEXE 17** : Fiche-entretien à destination des responsables médicaux, administratifs et soignants.
- **ANNEXE 18** : Courrier destiné aux directeurs des hôpitaux «visités ».
- **ANNEXE 19** : Courrier destiné aux directeurs des hôpitaux «contactés ».
- **ANNEXE 20** : Courrier d'incitation à répondre au questionnaire, réalisé par une infirmière générale d'un hôpital enquêté à destination des infirmières.
- **ANNEXE 21** : Enquête sur la polyvalence infirmière en unités de soins : Résultats quantitatifs
  - 
  - 21.1 Ensemble des établissements hospitaliers CHU et CHG (219 questionnaires)
  - 
  - 21.2 CHG (76 questionnaires)
  - 
  - 21.3 CHU (143 questionnaires)
  - 
  - 21.4 Cas de deux services de soins.
- **ANNEXE 22** : Enquête sur la polyvalence infirmière en unités de soins : Résultats **qualitatifs**, tous établissements confondus CHU et CHG
  - 
  - 22.1 Les définitions de la polyvalence
  -



---

22.2 L'échange d'informations : frein ou facteur favorisant

–

22.3 L'organisation du travail : frein ou facteur favorisant

–

22.4 La technicité des actes : frein ou facteur favorisant

–

22.5 La polyvalence perçue et souhaitée

–

22.6 Les commentaires sur les consignes

–

22.7 Remarques globales sur la polyvalence et suggestions d'améliorations

· **ANNEXE 23** : Enquête sur la polyvalence des **infirmières de pool** : Résultats **quantitatifs**

–

23.1 Ensemble des établissements hospitaliers CHU et CHG (51 questionnaires)

–

23.2 CHG (5 questionnaires)

–

23.3 CHU (46 questionnaires)

· **ANNEXE 24** : Enquête sur la polyvalence des **infirmières de pool** : Résultats **qualitatifs**, tous établissements confondus CHU et CHG.

–

24.1 Les définitions de la polyvalence et les remarques globales

–

24.2 L'échange d'informations : frein ou facteur favorisant

–

24.3 L'organisation du travail : frein ou facteur favorisant

–

24.4 La technicités des actes : frein ou facteur favorisant

–

24.5 La polyvalences perçues et souhaitées

–

24.6 Les commentaires sur les consignes

· **ANNEXE 25** : Enquête sur la polyvalence des **manipulateurs en radiologie** : Résultats **quantitatifs**

–  
25.1 Ensemble des établissements hospitaliers CHU et CHG (172 questionnaires)

–  
25.2 CHG (78 questionnaires)

–  
25.3 CHU (94 questionnaires)

· **ANNEXE 26** : Enquête sur la polyvalence des **manipulateurs en radiologie** : Résultats **qualitatifs**, tous établissements confondus CHU et CHG

–  
26.1 Les définitions de la polyvalence

–  
26.2 L'échange d'informations : frein ou facteur favorisant

–  
26.3 L'organisation du travail: frein ou facteur favorisant

–  
26.4 La technicité des actes: frein ou facteur favorisant

–  
26.5 La polyvalence perçue et souhaitée

–  
26.6 Les commentaires sur les consignes

–  
26.7 Remarques globales sur la polyvalence et suggestions d'améliorations

· **ANNEXE 27** : La polyvalence des infirmières et des manipulateurs en radiologie du point de vue de leurs **responsables**

–  
27.1 Point de vue des **cadres soignants**

–  
27.2 Point de vue des **directeurs**

–  
27.3 Point de vue des **médecins**

· **ANNEXE 28** :Les types d'expertise proposés dans le cahier des charges relatif à l'expérimentation impulsée par la Direction des Hôpitaux ( 1996-1997 )

· **ANNEXE 29** : Deux grilles de compétences

· **ANNEXE 30** : Les grands axes de la théorie et de l'analyse socio-économique

- (H.SAVALL,V.ZARDET – ISEOR)