

HAUMONT Marlène

**DES STRATÉGIES D'ACTEURS POUR FAIRE FACE A LA
PROBLEMATIQUE DE GESTION DES LITS DANS LES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Mémoire présenté pour l'obtention :

- du diplôme de Cadre de Santé
- de la 1^{ère} année de Master Economie et gestion de la santé –
Parcours : Economie et gestion des établissements de santé.

Sous la direction de Mme Bredeloup Marie-José

Année scolaire 2016/2017

Institut de Formation
des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire
De Nantes

Université Paris Dauphine
Département d'éducation permanente

HAUMONT Marlène

**DES STRATÉGIES D'ACTEURS POUR FAIRE FACE A LA
PROBLEMATIQUE DE GESTION DES LITS DANS LES
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Mémoire présenté pour l'obtention :

- du diplôme de Cadre de Santé
- de la 1^{ère} année de Master Economie et gestion de la santé –
Parcours : Economie et gestion des établissements de santé.

Sous la direction de Mme Bredeloup Marie-José

Année scolaire 2016/2017

Institut de Formation
des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire
De Nantes

Université Paris Dauphine
Département d'éducation permanente

AVERTISSEMENT

Les mémoires des étudiants de l’Institut de Formation des Cadres de Santé de Nantes en partenariat avec l’Université Paris Dauphine, sont des travaux réalisés au cours de leur formation. Ils ne constituent donc pas nécessairement des modèles. Les opinions exprimées n’engagent que les auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l’objet d’une publication, en tout ou partie, sans l’accord des auteurs, de l’I.F.C.S. de Nantes et de l’Université Paris Dauphine.

REMERCIEMENTS

Je voudrais présenter mes remerciements à ma tutrice Mme Bredeloup, pour sa patience et son soutien qui m'a été précieux afin de mener à bien mon travail de recherche.

Je voudrais également remercier Mme Vega et mes pairs pour les travaux en atelier de recherche que nous avons réalisé ensemble et qui nous ont été utile dans notre cheminement.

Je remercie Vanessa Sezestre qui grâce à son réseau de connaissances m'a permis de réaliser certains de mes entretiens, ainsi que tous les professionnels qui ont pris le temps de s'entretenir avec moi.

Je remercie également Sylvie, Angélique, Aurélie, Nathalie et bien d'autres encore, pour leurs encouragements durant la réalisation de ce travail.

Je remercie mes parents et beaux-parents qui ont contribué de manière directe ou indirecte à la production de cet écrit.

Et enfin, je remercie mon mari pour tout ce qu'il a fait pour moi et nos enfants durant cette année passée.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. NOUVELLE POLITIQUE DE GESTION DES LITS : IMPACTS SUR LES PRISES EN SOINS	6
1.1 Mutations institutionnelles visant la polyvalence des unités de soins	6
1.1.1 Sortir de la spécialisation dans les services afin de s'adapter aux contraintes environnementales.....	6
1.1.2 Sortir de la spécialisation des infirmières de suppléance pour une gestion des ressources humaines plus efficiente.....	8
1.2 Les évolutions en matière de gestion des lits	10
1.2.1 La gestion des lits : une problématique nationale	10
1.2.2 La mise en application des recommandations en matière de gestion des lits au sein de deux CHU.....	11
1.2.3 Des nouvelles recommandations qui renforcent les précédentes.....	13
1.2.4 Les revendications récentes des professionnels infirmiers	14
1.3 L'histoire des professions de santé comme clé de compréhension des organisations actuelles	15
1.3.1 L'histoire de la spécialisation des médecins	15
1.3.2 Les évolutions récentes des études conduisant au diplôme d'infirmière affirment le caractère généraliste de la profession.....	17
1.4 L'impact de ces politiques de gestion des lits sur les organisations de travail des infirmières	19
1.4.1 Le vécu de nos pairs lors des prises en soins de patients ne dépendant pas de leur service	19
1.4.2 Une exploration plus approfondie des incidences sur la prise en soins des patients « hébergés ».....	21
1.5 Des concepts pour éclairer notre travail de recherche.....	23
1.5.1 La compétence : une question clé	23
1.5.2 Les stratégies dans les organisations de travail.....	24
1.5.3 Mieux comprendre les étapes du changement	26
1.5.4 L'adaptation, moyen de régulation face aux changements	27
1.5.5 L'anticipation pour réduire les désorganisations	28
2. LE PROCESSUS DE RECHERCHE	29

2.1	Phase exploratoire pour cerner le sujet d'étude : la gestion des lits et les stratégies des acteurs dans ce contexte de changement	29
2.1.1	L'exploration documentaire comme outil d'approche	29
2.1.2	Le micro mail comme première approche de terrain	30
2.1.3	L'entretien exploratoire pour préciser le sujet d'étude	30
2.2	La problématisation pose le périmètre de recherche	31
2.3	Les entretiens semi-directifs comme outils d'exploration du terrain	32
2.3.1	Le choix de la population	32
2.3.2	Le guide d'entretien	34
2.3.3	Le vécu des entretiens et ses limites	35
2.4	Méthode d'analyse du contenu des entretiens	36
3.	LA GESTION DES LITS ET LES STRATÉGIES D'ACTEURS QUI EN DÉCOULENT	37
3.1	Deux établissements : deux organisations différentes	37
3.1.1	Convergences et divergences d'organisations entre un CHU et une clinique	37
3.1.1.1	La structure générale des deux entités	37
3.1.1.2	La particularité de l'organisation médicale dans la clinique : la médecine « libérale » dans un établissement de santé	39
3.1.2	Les unités de soins, deux fonctionnements distincts	39
3.1.2.1	Description générale des deux services	39
3.1.2.2	Les effectifs paramédicaux des unités de soins	40
3.1.2.3	Les effectifs médicaux des deux unités de soins	41
3.1.3	L'organisation de la cellule d'ordonnancement	42
3.1.3.1	Rôle et mission de l'ordonnancement	42
3.1.3.2	Le choix des compétences des professionnels de l'ordonnancement	42
3.1.3.3	Les procédures formelles au sein du CHU	43
3.2	Tableau du profil des acteurs comme outil d'aide à la compréhension de leurs stratégies	44
3.3	L'analyse stratégique des acteurs dans la gestion des lits	46
3.3.1	Les stratégies médicales auprès des autres acteurs	46
3.3.1.1	Une résistance au changement	46
3.3.1.2	Les stratégies des médecins auprès des professionnels de l'ordonnancement	47
3.3.1.3	Les difficultés d'anticipation des médecins s'avèrent être un frein dans la gestion des lits	49
3.3.1.4	La continuité des soins à la clinique : l'affaire de tous	50
3.3.1.5	Les stratégies d'un médecin en particulier : la déviant face à l'organisation pré-existante	52
3.3.2	Les stratégies de l'encadrement auprès des autres acteurs	53
3.3.2.1	Les stratégies d'un cadre de santé auprès des médecins	53
3.3.2.2	Les stratégies du cadre de santé du CHU auprès des infirmières	55

3.3.2.3	Les stratégies du cadre de santé auprès des professionnels de l'ordonnancement.....	56
3.3.3	Les stratégies des professionnels de l'ordonnancement	58
3.3.3.1	Les stratégies des professionnels de l'ordonnancement auprès des médecins	58
3.3.3.2	Les stratégies des professionnels de l'ordonnancement auprès des infirmières	59
3.3.4	Les stratégies d'adaptation et d'anticipation des infirmières des services de soins.....	61
3.3.4.1	S'adapter pour tendre vers de la polyvalence.....	61
3.3.4.2	L'anticipation moyen de garantir la qualité des soins.....	63
3.3.4.3	Une nécessaire adaptation pour les infirmières	65
CONCLUSION	.....	68
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	.....
ANNEXES	.....	I
Annexe I : Guide d'entretien exploratoire à destination des infirmières .....	.....	I
Annexe II : Guide d'entretien définitif à destination des infirmières.....	.....	II
Annexe III : Guide d'entretien définitif à destination des cadres de santé .....	.....	IV
Annexe IV : Guide d'entretien définitif à destination des professionnels de l'ordonnancement .....	.....	VI
Annexe V : Guide d'entretien définitif à destination des professionnels de l'ordonnancement .....	.....	VIII

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, les établissements de santé subissent de nombreuses mutations pour répondre aux contraintes environnementales. En effet, le contexte économique actuel incite les structures à se réorganiser pour faire face à la concurrence et atteindre un certain niveau de performance. Le développement de l'activité ambulatoire devient alors un enjeu majeur permettant une réponse adaptée aux nouvelles attentes des patients ainsi que la réduction des coûts de prise en charge des hospitalisations par la diminution de la durée des séjours. Le virage ambulatoire a de fait un impact sur l'activité de l'hospitalisation à temps complet notamment par une diminution du nombre de lits d'accueil. L'optimisation de la gestion des lits est devenue, par conséquent, une problématique nationale qui a une incidence autant sur les établissements publics que privés. Les conclusions des études réalisées sur ce thème ont permis d'élaborer des recommandations nationales que les structures s'emploient à suivre. L'organisation de la gestion des lits de manière centralisée devient nécessaire, c'est pourquoi de nombreux établissements de santé ont mis en place des cellules d'ordonnancement permettant d'optimiser le taux d'occupation des lits. Ce nouveau mode de fonctionnement entraîne l'augmentation des prises en soins des patients en dehors de leur service de référence, ce qui n'est pas sans conséquences pour les différents professionnels de santé.

En effet, d'ordinaire le médecin a ses lits, les cadres de santé ses équipes et les infirmières ses patients atteints de pathologies dans une discipline particulière. Dans ce nouveau paradigme, les médecins n'ont plus leurs lits dans un service mais exercent dans un périmètre de lits défini. De la même façon, les soignants doivent élargir leurs champs de compétences pour pouvoir assurer la prise en soins d'autres patients. Au-delà du fait que les professionnels voient leur sentiment d'appartenance à une unité s'effriter, nous observons que ce changement d'organisation entraîne des jeux d'acteurs au sens sociologique. En effet, les différents protagonistes qui gravitent autour du patient et qui participent à la gestion des lits mettent en place des stratégies pour atteindre leurs objectifs individuels. C'est de ce constat que notre questionnement est né. Quels sont les enjeux des professionnels dans la gestion des lits et comment s'adaptent-ils pour garantir des prises en charges de qualité et sécurisées ?

Afin de réaliser notre travail de recherche, nous allons dans une première partie décrire les évènements précis que nous avons vécus en tant que faisant fonction de cadre de santé et qui sont à l'origine de notre réflexion. Puis, nous présenterons le contexte national dans lequel

se trouvent les établissements de santé en matière de gestion des lits. Enfin, nous apporterons des éléments de compréhension issus de l'histoire des professions médicales et infirmière qui peuvent nous expliquer les évolutions que nous avons observées. Dans une deuxième partie, nous exposerons la méthodologie de recherche que nous avons suivie pour conduire notre travail, en partant de nos recherches documentaires pour aller jusqu'au procédé que nous avons utilisé pour l'analyse de nos entretiens. Pour finir, dans une dernière partie, nous proposerons une analyse des entretiens que nous avons réalisés au regard de notre question de recherche en y apportant des éléments objectifs issus de la littérature.

1. NOUVELLE POLITIQUE DE GESTION DES LITS : IMPACTS SUR LES PRISES EN SOINS

1.1 Mutations institutionnelles visant la polyvalence des unités de soins

Pour ce travail de recherche, nous avons réfléchi à une problématique que nous avions vécue et observée en tant que faisant cadre de santé. Au cours de l'année 2016, au sein de l'établissement dans lequel nous exercions, nous avons pu relever deux choix institutionnels impactant les organisations de prise en soins en lien avec la gestion des lits. Nous allons vous décrire ces différents évènements afin d'expliquer le contexte de notre réflexion initiale.

1.1.1 Sortir de la spécialisation dans les services afin de s'adapter aux contraintes environnementales

Nous étions employée dans un center hopitalier qui possède plus de 900 lits. Dans le cadre de la gestion des lits, il nous est arrivé d'accueillir des patients d'autres spécialités que celle de notre unité. L'hébergement de ces patients posait régulièrement des problèmes aux différents acteurs qui gravitent autour de ces derniers. Afin de mieux comprendre la situation étudiée il nous semble important de faire une rapide description de l'organisation des unités d'hospitalisation de l'établissement. L'hôpital concerné est constitué de 5 pôles de soins, mais seuls 3 font de l'hospitalisation conventionnelle.

Le tableau qui va suivre, présente les services d'hospitalisation par pôle.

ORGANIGRAMME DES UNITES D'HOSPITALISATION

Pôle A	Pôle B	Pôle C
Unité de réanimation polyvalente	Médecine polyvalente	Neurologie et soins intensifs de neurologie
Unité de surveillance continue	Médecine gériatrique	Pneumologie
Unité de chirurgie polyvalente	Soins de suite et de réadaptation gériatrique et polyvalent	Hépato-gastro-entérologie
Maternité	Hospitalisation à domicile	Néphrologie
Pédiatrie/Néonatalité		Cardiologie et soins intensifs de cardiologie

Au vu de ce tableau nous constatons que les services des pôles A et B accueillent tous types de pathologies sans spécificités. Pour illustrer le fonctionnement habituel, il semble intéressant de décrire une situation concrète. Dans la pratique, si un patient est insuffisant rénal connu mais qu'il est initialement accueilli pour des troubles cardiaques, il sera prioritairement admis en service de cardiologie. Puis, il pourra dans un second temps, être transféré en néphrologie si des complications rénales surviennent et que le problème cardiaque est stabilisé. Les disciplines sont très cloisonnées et pour passer d'une prise en charge spécifique à une autre, il faut changer de service. On aurait pu imaginer que le patient reste hébergé dans le même service et que la continuité de la prise en charge soit assurée malgré tout. En effet, il semble plus confortable pour le patient de rester dans le même environnement avec des professionnels qui le connaissent. De plus, cela évite de multiplier les tâches comme la rédaction des documents de transmission d'informations (macrocibles de sortie) ou bien le transport du patient par les brancardiers.

Lors de notre exercice de faisant fonction cadre de santé, nous avons régulièrement fait le constat que par manque de places dans certains services, les patients étaient admis dans un autre service du pôle et parfois, mais de façon plus exceptionnelle, hors du pôle. Nous avions alors observé une certaine solidarité entre services d'un même pôle, favorisée par les liens et la collaboration qui peuvent exister entre eux. Dans le cadre de problématiques de

manque de lits, les soignants avaient ponctuellement l'occasion de prendre en charge des patients ne relevant pas de la spécificité de leur service.

Suite à des difficultés de recrutement de médecins spécialistes, le Directeur de l'établissement dans lequel nous exerçons a décidé de tendre vers le remplacement des services de spécialités par des services de médecine polyvalente. Ces difficultés de recrutement s'expliquent en partie par les chiffres de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS). En effet, selon cette source, seulement 30% des médecins spécialistes exercent dans des structures hospitalières publiques.

L'objectif à long terme de la politique de notre établissement étant de ne plus hospitaliser le patient dans le service du médecin spécialiste mais de raisonner plutôt en termes de « parcours patient ». Les médecins spécialistes viendraient donner leur avis mais c'est un médecin polyvalent qui prendrait en charge et coordonnerait l'ensemble de l'hospitalisation. Cela permettrait à l'hôpital d'améliorer l'accès aux consultations et aux examens endoscopiques en augmentant les plages horaires des praticiens sur ces activités. Mais cela impacte également directement l'activité des professionnels paramédicaux car le travail en médecine polyvalente implique de quitter la spécialisation. Nous avons alors pensé qu'il allait être difficile pour les soignants d'assurer un certain niveau de qualité de soins pour autant de patients avec des pathologies différentes.

1.1.2 Sortir de la spécialisation des infirmières de suppléance pour une gestion des ressources humaines plus efficiente

À plusieurs reprises, les cadres de santé s'étaient plaints que le personnel soignant remplaçant passe d'un service de gériatrie à un service de pédiatrie et que cela générait de l'inconfort lors des prises en soins des patients. Ces cadres souhaitaient que les soignants des pools aient un pôle de référence afin d'acquérir de l'expertise au sein de ce dernier.

La direction des soins et la direction des ressources humaines ont pris en compte la demande de l'encadrement de proximité. La plus-value apportée par cette nouvelle organisation par pôle des pools était très satisfaisante pour la prise en soins des patients. Les infirmières de suppléance développaient leurs compétences dans les services et elles étaient bien plus intégrées dans les équipes. Cependant, cette décentralisation des pools de suppléance n'a duré qu'un an. Pour mieux comprendre les deux types d'organisations de gestion des pools de suppléance qui se sont succédées, voici un tableau récapitulatif.

ORGANISATION DE LA GESTION DES POOLS DE SUPPLÉANCE

	Responsables	Les agents	Type de remplacements
Organisation par pôle	1 cadre rattaché à la direction des soins	AS et IDE	Arrêts maladie ou maternité supérieurs à 3 mois Remplacement sur formation
	Les cadres supérieurs de pôle ou des cadres de proximité d'une unité de pôles	AS et IDE	Arrêts maladie ou maternité inférieurs à 3 mois Remplacement sur formation
Organisation centralisée	1 cadre rattaché à la direction des soins	IDE	Tous les arrêts maladie ou maternité Remplacement sur formation
	1 cadre rattaché à la direction des soins	AS	

Les disparités concernant les modalités de gestion à l'intérieur de chaque pôle ont rapidement posé problème au sein de l'ensemble du groupe cadre de l'établissement. Ceux à qui la gestion des pools avait été déléguée, ont vu leur charge de travail augmentée et des tensions se sont créées au sein de ces pôles. Mais surtout, ce cloisonnement des pools par pôle a finalement fait augmenter les effectifs totaux de l'établissement alors que cela n'était pas en adéquation avec le plan de redressement financier et le contrat de retour à l'équilibre financier qu'avait signé le Directeur Général. Le Directeur des soins et le Directeur des ressources humaines ont alors décidé de centraliser les pools de suppléance. Cette décision n'a pas fait l'unanimité auprès des cadres de santé car la gestion par pôle leur permettait d'avoir une certaine autonomie et une certaine souplesse au quotidien. De plus, l'expertise que les professionnels avaient acquise en n'exerçant que sur un pôle unique risquait de diminuer. La question que nous nous sommes alors posée était de savoir si cette perte d'expertise pouvait avoir une incidence sur la qualité de prise en charge des patients ?

Au vu des deux modifications d'organisation observées au sein de notre établissement, notre question de départ fut la suivante : Pour les infirmières, quelles sont les incidences sur leur travail lorsqu'elles prennent en soins un patient qui ne relève pas de la spécificité de leur service ?

1.2 Les évolutions en matière de gestion des lits

Nous avons alors voulu savoir si ce que nous avions observé et vécu dans notre établissement d'origine était un phénomène isolé. Est-ce que dans d'autres hôpitaux les infirmières sont amenées à prendre en charge des patients qui ne relèvent pas de leur service ? Et dans quels contextes ces situations surviennent-elles ?

1.2.1 La gestion des lits : une problématique nationale

En 2010, la France disposait de 6,4 lits pour 1000 habitants ce qui est nettement supérieur à la moyenne européenne qui est de 5,3 (OECD, 2012). Dans le contexte économique national actuel, réduire le nombre de lits pour 1000 habitants en favorisant les prises en charges ambulatoires est un levier important qui permettrait de diminuer les coûts de prise en charge des patients à l'hôpital. De la même façon, réfléchir sur les parcours patients afin d'optimiser les séjours réduirait le coût de ces derniers. Pour ce faire, organiser la gestion des lits de façon efficiente est devenu un objectif national.

Dès 2008, dans un rapport, la Mission nationale d'expertises et d'audits Hospitaliers (MeaH) explique que le lit est un « actif fondamental » (MeaH, 2008, p.13) des établissements de santé. Elle définit la gestion des lits comme s'agissant de « gérer au mieux une capacité d'accueil pour prendre en charge un volume d'activité donné ou cible, en respectant des critères de qualité (qualité des soins, délais, durée, fiabilité de la programmation...), sous contrainte des ressources. » (ibid.). Dans ce rapport elle compare les organisations et les modes de fonctionnement de gestion de lits entre les établissements de santé publics, les cliniques et les hôtels. Nous retrouvons beaucoup de similitude entre ces trois structures concernant l'importance qu'ils attachent à répondre aux besoins de la population. En effet, ils doivent-être attractifs, pour ne pas subir la concurrence, tout en assurant un service de qualité et en proposant une offre de soins pour les hôpitaux et cliniques

ainsi que des services spécifiques pour les hôtels qui répondent aux besoins et aux demandes des patients/clients. Aussi, les trois structures ont tout intérêt, pour être rentables, à être en capacité d'adapter leur nombre de lits ainsi que les ressources humaines nécessaires au regard des besoins.

Cependant, en ce qui concerne l'organisation des séjours, les structures qui disposent d'un service d'accueil des urgences (SAU) se retrouvent avec des entrées inopinées. De la même façon, seuls les établissements de santé sont soumis à des aléas qui ne permettent pas d'assurer avec certitude la date précise du départ d'un patient. Il en résulte qu'un système d'information de gestion des séjours complet et précis n'est viable que pour les hôtels.

Afin d'optimiser la gestion des lits et de réduire les coûts, la MeaH préconise de reproduire ce qu'a mis en place la clinique dans la centralisation de la gestion des lits en la rattachant à la direction des soins. « Au-delà des actions mises en œuvre, cet élément de management est certainement la clé de succès lui ayant permis d'augmenter le taux d'occupation et l'activité des praticiens de l'établissement. » (id. p.27)

Pour conclure, ce rapport propose vingt-neuf actions dans un chapitre intitulé « Les bonnes pratiques organisationnelles » (id. p.51). La première conseille de « mettre en place une cellule d'ordonnancement » (id. p.55). En effet, ce type d'organisation permet d'avoir une vision globale de la disponibilité des lits sur l'ensemble de l'établissement et d'articuler de façon efficace les parcours patients que ce soit pour les hospitalisations programmées ou pour celles venant des urgences. De plus, ils préconisent de « développer la polycompétence des équipes soignantes » (id. p.79) en proposant aux professionnels, sur la base du volontariat, de faire des échanges interservices. Néanmoins « le développement de plus de polyvalence peut être ressenti tant par les professionnels que par leur encadrement comme une perte de savoir-faire. Une telle démarche doit en réalité chercher à identifier et valoriser les savoir-faire individuels. » (ibid.).

1.2.2 La mise en application des recommandations en matière de gestion des lits au sein de deux CHU

Les centres hospitaliers universitaires (CHU) de Nîmes et de Nantes, ont fait l'objet d'articles dans des revues professionnelles. Dans ces écrits, ils décrivent les problématiques qu'ils rencontraient en termes de gestion des lits ainsi que les objectifs qu'ils se sont fixés et ce qu'ils ont mis en place au regard des recommandations publiées.

Tous deux expliquent que l’instauration de la tarification à l’acte (T2A) a mis en exergue des enjeux médico-économiques non négligeables. Mais optimiser la gestion des lits permet également de répondre à une exigence de qualité et de sécurité des soins.

Dans un premier état des lieux, ces deux établissements ont pu observer un paradigme inversé. En effet, dans les problématiques de gestion des lits, les services d’accueil des urgences sont souvent pointés du doigt. Or, l’occupation des lits générée par les patients programmés est plus instable sur la semaine que celle générée par les patients en provenance des urgences. Afin de pallier les difficultés « d’attente important pour les plateaux techniques, problématiques de préadmissions, insuffisante articulation entre les entrées programmées et non programmées... » (Moriceau, Vallée, Roux, 2013, p. 37), le CHU de Nantes a décidé d’inscrire dans son contrat de performance de 2010 deux actions. La première est le « management des lits : pour « organiser les activités programmées et non programmées en lien avec la prise en charge des urgences et la gestion des lits » (ibid). La seconde est la création d’un « ordonnancement du circuit du patient » (ibid.) reproduisant l’ordonnancement dans l’industrie : « planifier, approvisionner, fabriquer, livrer [...] avec une spécificité essentielle dans le monde de la santé : le patient : vivant, complexe et singulier » (id. p.39). Le projet est de mettre en place une cellule d’ordonnancement par pôle hospitalo-universitaire (PHU). Les objectifs étaient de décloisonner et coordonner les différentes ressources pour optimiser la durée de séjour, avoir une meilleure lisibilité et une réduction des reports d’interventions programmées. In fine, ils veulent réguler l’activité programmée, diminuer l’attente aux urgences, favoriser les entrées directes et coordonner le circuit patient. Pour garantir des soins de qualité, ce projet ne peut se faire sans une réflexion conjointe médicale et paramédicale afin « d’envisager des hébergements maîtrisés de patients. » (id. p.38). La direction du CHU de Nantes envisage donc de ne plus raisonner en unités de soins mais en zones teintées. « La répartition se fera sur la base d’une évolution des pratiques professionnelles des personnels soignants pour s’orienter vers une pluralité des compétences, tout en respectant des expertises pour les prises en charge très spécifiques. » (id. p.39).

Le CHU de Nîmes a suivi quant à lui les recommandations de l’Agence Nationale d’Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) en mettant en place une cellule de gestion des lits avec un bed-manager (gestionnaire de lit). Son rôle est d’avoir une vision globale en temps réel des lits, d’organiser l’hospitalisation programmée et d’analyser les indicateurs d’occupation pour modifier les capacités d’accueil de l’établissement. Cela implique d’accompagner les équipes médicales et paramédicales afin qu’ils communiquent les informations nécessaires au bon fonctionnement de cette nouvelle

entité : « le facteur clé de réussite d'une nouvelle organisation de gestion des lits est l'adhésion de la communauté médicale et soignante de l'établissement » (Durand-Gautheret, 2015, p.459). De plus, l'établissement s'engage à mettre une fiche de détection précoce des problèmes médico-sociaux qu'une plateforme médico-sociale gérerait en équipe pluriprofessionnelle et permettant d'anticiper au mieux les sorties. Enfin, l'amélioration des rapports hôpital-ville permettrait d'éviter certaines hospitalisations et de fluidifier les parcours patients sur le territoire. Deux objectifs ont été fixés : « plus de patients en attente de lits aux urgences plus de 24h et plus de déprogrammation. » (ibid.)

1.2.3 Des nouvelles recommandations qui renforcent les précédentes

En parallèle, suite aux mouvements de grève des urgentistes début 2013 et à la problématique de manque de lits d'aval, Marisol Touraine Ministre de la Santé, des Affaires Sociales et du Droit des Femmes, a demandé à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) de mener des travaux concernant la gestion des lits. En octobre 2013, un programme national pour l'amélioration de la gestion des lits à destination des établissements de santé de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) a ainsi été mis en place. Pour ce faire, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a accompagné, pendant 18 mois, 151 établissements métropolitains et 8 établissements d'outre-mer qui se sont portés volontaires. Les objectifs de ce programme se déclinaient en 3 grands axes :

- 1^{er} axe : améliorer le service rendu aux patients grâce à une fluidification des parcours patients en hospitalisation programmée ou non programmée et hospitaliser le patient dans la bonne unité et pour une durée pertinente.

- 2^{ème} axe : améliorer les conditions d'exercice des professionnels notamment en ayant une meilleure régulation des besoins en personnel, en simplifiant les tâches de répartition des lits et en lissant les mouvements des patients et les charges en soins.

- 3^{ème} axe : améliorer l'efficience des établissements en favorisant des recompositions capacitives des lits au regard du développement d'alternatives à l'hospitalisation conventionnelle mais aussi en tentant de gérer les variations d'activité et en adaptant les ressources soignantes aux activités.

En mars 2015, dans les suites de ce programme, l'ANAP a rédigé une démarche outillée intitulée « Gestion des lits : vers une nouvelle organisation ». Ce document, destiné à tous les directeurs d'établissements de santé publics ou privés, se décompose en deux tomes : le premier « Cadrage, diagnostic et plan d'actions » et le second « Mise en œuvre et bilan ».

Dans la phase 3 du tome 1 « Du diagnostic vers l'identification d'un plan d'actions », les auteurs ont recueilli des pistes d'amélioration et précisent que « l'un des aspects les plus structurant d'un diagnostic gestion des lits consiste à l'ajustement des capacités en lits et des ressources humaines à l'activité. La définition du schéma capacitaire cible consiste à redéployer, transformer, redimensionner et/ou regrouper les unités par type de prise en charge selon des proximités médicales entre spécialités, ou bien pour soutenir les dynamiques d'activité en adaptant les capacités. Ce réajustement capacitaire doit nécessairement s'accompagner d'un travail sur l'optimisation des maquettes organisationnelles. » (Kiener, Le Mouël, Baud, Letin, 2015, p.41).

Suite à ces études, nous pouvons penser qu'à long terme, les établissements de santé seront organisés non plus par spécialités mais bien par types d'hospitalisation et que les équipes paramédicales devront s'adapter à ce nouveau fonctionnement.

1.2.4 Les revendications récentes des professionnels infirmiers

Dans les revendications de l'automne 2016, les infirmiers demandent à ce que soient déterminés des ratios infirmiers au lit du patient par spécialité. Ils veulent être normés comme par exemple les services d'hémodialyse ou bien les services de soins intensifs ou de réanimation pour éviter de se retrouver en sous-effectif. De plus, ils souhaitent également la création de spécialisations en santé mentale, en santé scolaire et en santé du travail. Nous voyons bien que dans la formulation de ces revendications, les soignants résonnent toujours en termes de prise en charge par spécialité et demandent même à en créer de nouvelles. Hors, les infirmiers sont tout d'abord « généralistes » avant d'être « spécialistes ».

Ces revendications sont en inadéquation avec les évolutions que nous observons aujourd'hui dans la gestion des lits qui imposent des adaptations dans l'organisation des prises en soins et tendent vers la non spécialisation des services. Il semblerait au vu de ces manifestations que les infirmières ne soient pas prêtes à cela.

1.3 L'histoire des professions de santé comme clé de compréhension des organisations actuelles

L'histoire des professions médicales et paramédicales est une clé de compréhension qui nous permet de mieux connaître les évolutions qu'elles ont subies. De plus, elle nous aide à mieux appréhender les résistances au changement qui existent de nos jours face aux mutations des établissements de santé.

1.3.1 L'histoire de la spécialisation des médecins

Afin de mieux comprendre pourquoi les établissements de santé sont organisés par services de médecine et de chirurgie et surtout par services de spécialités médicales ou chirurgicales, il nous a semblé important de connaître l'histoire du processus de spécialisation de la médecine en France.

« Le haut niveau de spécialisation qui caractérise la médecine contemporaine apparaît comme la résultante d'un processus de différenciation des activités médicales qui est engagé depuis plusieurs siècles et ne cesse de se développer. » (Pinell. 2005, p.5). En effet, tous les établissements de santé sont sectorisés. Au sein de ces secteurs, il existe des découpages correspondant généralement à des pôles depuis la loi Hôpital Patients Santé territoires (HPST) du 21 juillet 2009 : pôle de médecine, chirurgie, gériatrie et femme-enfant. Ces derniers sont eux-mêmes constitués d'unités de soins par spécialités comme par exemple les services de chirurgie orthopédique ou de médecine cardiologique. Ce découpage s'observe dans les grands établissements publics mais il n'est pas systématique dans les hôpitaux locaux ou dans les cliniques privées, même dans celles de tailles conséquentes.

L'origine des spécialités médicales est liée à « une nouvelle approche conceptuelle de la maladie apparue à la fin du XVIII^e (l'abandon de la théorie humorale au profit d'une conception « localiste » de la maladie) » (ibid.). Suite à la chute de Robespierre en 1794, les institutions médicales ont été réorganisées. La séparation qui existait depuis le moyen-âge entre la médecine et la chirurgie disparaît. De plus, c'est à partir de cette date que les hôpitaux ont obtenu une triple fonction « de soins aux malades indigents, de terrain privilégié d'observation des maladies et de lieu de formation clinique des étudiants » (id p.7). Cette nouvelle approche conceptuelle commune à la médecine et à la chirurgie prend alors la

dénomination de « médecine anatomo-clinique » (ibid.).

Historiquement, le processus de spécialisation s'est construit en trois étapes. La première période va de 1795 jusqu'au début de la III^e république. Certains médecins qui exercent dans les hôpitaux ainsi que des libéraux sur Paris, développent des spécialités cliniques. Cependant, les professeurs et les membres de l'Académie de médecine s'opposent à ce qu'il y ait une reconnaissance de ces spécialités par la faculté de médecine. Initialement, seuls « trois domaines de pratiques font l'objet d'une formation spécialisée délivrée dans le cadre de chaires d'enseignement du Collège de chirurgie de Paris : l'accouchement, les maladies des yeux et les maladies des os. » (id. p.10).

Ensuite, en 1802, est ouvert à Paris le premier hôpital au monde qui reçoit exclusivement les enfants malades, c'est la naissance de la pédiatrie. « Appelé à accueillir une importante population, l'hôpital est divisé en trois grandes sections : les maladies aiguës, les maladies chroniques et contagieuses (teigne et gale) et la pathologie chirurgicale. (id. p.12). Ces regroupements vont permettre aux médecins de l'époque d'approfondir leurs connaissances en pédiatrie mais aussi dans des domaines spécifiques. « En effet, on peut dire que la spécialisation hospitalière crée des conditions favorables à la construction d'un savoir clinique spécialisé mais si, et seulement si, l'étude des pathologies regroupées peut être convertie en projet intellectuel cohérent du point de vue clinique. » (id. p.13).

À partir de 1820, certains médecins s'autoproclament spécialistes. Cette tendance qui touche principalement Paris, est dénoncée par l'Académie de médecine : « La spécialisation est contestable dans son principe parce que, en poussant le médecin à limiter l'étendue de ses connaissances à un domaine restreint, elle rétrécit son champ de vision de la pathologie et limite du même coup ses compétences en matière de diagnostic, l'exposant dans sa pratique à l'erreur. » (id. p.17). C'est alors que naît trois grandes spécialisations : la pédiatrie, l'obstétrique et la psychiatrie.

Ensuite de 1870 à 1940, les choses évoluent progressivement et une « redéfinition de la médecine clinique s'opère au sein du pôle dominant du champ médical légitimant la spécialisation comme conséquence inéluctable du progrès des connaissances et des techniques. » (id. p.9). La faculté de médecine refuse toujours de créer des « chaires de clinique spéciale » (id. p.19) mais malgré cela accepte que des cours de spécialités complémentaires et optionnels soient proposés. Au cours de cette période, les progrès concernant notamment l'hygiène et l'hémostase permettent d'augmenter le nombre d'opérations chirurgicales. « Les frontières du « chirurgicalement possible » ne cessant d'être repoussées, les chirurgiens sont de plus en plus portés à se spécialiser. » (id. p.21). Les

spécialités médicales qui, jusqu'à présent, n'existaient que dans l'enceinte des hôpitaux, se sont étendues à la médecine libérale. Entre 1884 et 1935, « l'augmentation du nombre des médecins (environ 350 %) est surtout le fait de l'explosion démographique des spécialistes (plus de 1 000 %) dont le poids relatif excède en 1935 celui des généralistes (52 % contre 48 %) » (id. p.35)

Enfin à partir de 1940, les pouvoirs publics, les instances représentatives des médecins et la sécurité sociale définissent un cadre législatif afin de reconnaître officiellement les médecins spécialistes. Durant de nombreuses années, les établissements de santé se sont construits et organisés en suivant ce processus de spécialisation de la profession médicale. Mais aujourd'hui, nous constatons des modifications dans ces organisations afin d'optimiser les hospitalisations conventionnelles inévitables et réduire le coût de ces dernières.

1.3.2 Les évolutions récentes des études conduisant au diplôme d'infirmière affirment le caractère généraliste de la profession

L'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, signe la fin du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) et l'instauration d'un diplôme d'état infirmier polyvalent. La volonté des pouvoirs publics à rendre « généraliste » la profession est alors finalisée.

Le terme d'« élève » est alors remplacé par celui d'« étudiant » et la dénomination « école d'infirmière » par « Institut de Formation en Soins Infirmiers » (IFSI). Ce sont les prémisses de l'universitarisation des IFSI mais il a fallu attendre l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier pour que les études soient reconnues à un niveau licence et organisées selon les maquettes universitaires européennes. Ce qui est intéressant, pour notre travail de recherche, est d'observer les modifications d'approches des pathologies que la réforme de 2009 a apportées.

En effet avant cette date, les enseignements se faisaient par modules. Il y avait cinq modules transversaux qui étaient étudiés tout au long des trois années de formation : « anatomie, physiologie et pharmacologie », « législation, éthique et déontologie, responsabilité », « hygiène », « santé publique » et « soins infirmiers ». Ce dernier était constitué des concepts et théories en soins infirmiers ainsi que des démarches de soins relationnelles et éducatives.

De plus, il y avait quinze modules généraux reprenant les découpages existantes dans les établissements de santé : soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections digestives, neurologiques, cardio-vasculaires, psychiatriques... L'ordre dans lequel ces modules devaient être enseignés n'était soumis à aucune réglementation. L'apprentissage des différentes pathologies se faisait en partant de la physiopathologie (les mécanismes en cause qui expliquaient les symptômes) puis les traitements au regard des étiologies et des signes cliniques observés ou mis en exergues par des analyses biologiques ou par l'imagerie médicale.

Enfin, les stages étaient d'une durée de quatre semaines, à l'exception du stage préprofessionnel qui pouvait durer jusqu'à douze semaines maximum et qui se réalisait en fin de formation. Chaque année, l'étudiant devait réaliser un stage dans chacune des six disciplines suivantes : « médecine », « chirurgie », « psychiatrie », « pédiatrie ou pédopsychiatrie », « gérontologie ou géronto-psychiatrie » et « réanimation, urgences, soins intensifs ou bloc-opératoire ». Au total et en fonction des instituts de formation, les étudiants pouvaient avoir été vingt lieux de stage différents durant leur formation.

La réingénierie des études infirmières faite pour la réforme de 2009 et l'entrée en Licence Master Doctorat (LMD) a permis de totalement réorganiser les apprentissages. Ils ont été découpés en six grandes unités d'enseignement (UE) : « sciences humaines, sociales et droit », « sciences biologiques et médicales », « sciences et techniques infirmières : fondements et méthodes », « sciences et techniques infirmières : interventions », « intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière » et « méthodes de travail ». Dans ces dernières sont déclinées des sous-unités d'enseignement au regard des dix compétences à acquérir. L'apport théorique de ces UE doit se faire lors de semestres définis. Afin de mieux comprendre la nomenclature, nous allons l'illustrer par un exemple. L'unité d'enseignement 2.8.S3 est le processus obstructif. C'est la 8^e UE du 2^e chapitre, « sciences biologiques et médicales », qui est réalisée durant le semestre 3 et nécessite des pré-requis (deux autres UE). Elle comporte notamment l'étude de l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, les lithiases rénales et hépatiques, l'occlusion intestinale, la bronchite chronique obstructive et l'embolie pulmonaire. Avec cette réingénierie, les étudiants ne morcellent plus l'étude du patient par organe pour en comprendre les mécanismes et acquière des compétences généralistes. (Référentiel profession infirmier, 2015)¹.

¹ Recueil de textes : profession infirmier. Paris, 2015 ; 237p.

Suite à cette réforme, la durée des stages est beaucoup plus longue. Les étudiants de premier semestre commencent par une période de cinq semaines pour finir à la fin du sixième semestre à un stage de quinze semaines. De plus, les lieux de stage ne sont plus classés par discipline mais par type d'hospitalisation : soins de courte durée, soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation, soins en psychiatrie et soins sur des lieux de vie. Enfin, nous observons qu'il n'y a plus qu'un seul stage par semestre soit six stages au total durant l'ensemble de la formation.

Malgré les évolutions de la formation, le diplôme d'État d'infirmier a toujours permis aux professionnels d'acquérir toutes les compétences pour exercer dans divers services et autres secteurs hors hôpital. Les infirmières se spécialisent de façon informelle, par l'expérience quand elles exercent durant de nombreuses années dans le même service. Par contre, nous constatons qu'aujourd'hui l'enseignement des apports théoriques lors des études infirmières ne se fait plus par spécialité mais par processus. Cette mutation va dans le sens des politiques hospitalières qui veulent décloisonner les spécialités pour notamment améliorer et rendre efficiente la gestion des lits. Ce constat nous a permis de mettre en évidence les capacités des infirmières à travailler dans différents lieux d'exercice.

1.4 L'impact de ces politiques de gestion des lits sur les organisations de travail des infirmières

Afin de compléter les lectures que nous avons réalisées à la réalité du terrain dans d'autres établissements que celui dans lequel nous exerçons, nous avons décidé dans un premier temps de faire une enquête rapide auprès de nos collègues de promotion et dans un second temps de réaliser deux entretiens dits « exploratoires ».

1.4.1 Le vécu de nos pairs lors des prises en soins de patients ne dépendant pas de leur service

Cette première phase, nous avons envoyé un mail à nos collègues étudiants cadre de santé en leur demandant s'il leur arrivait d'accueillir des patients ne relevant pas de leur service et si cela avait un impact sur la prise en soins de ces patients.

Cette première exploration montre que ce type de prise en soins n'est pas satisfaisant pour les soignants. Tout d'abord, cela désorganise leur journée de travail en général pour des raisons d'ordre logistique. Les professionnels n'ont pas accès à certains traitements spécifiques : « *Des traitements qu'il fallait aller chercher car pas disponibles dans notre service* » (Mme Rouin, infirmière en cardiologie), certains dispositifs médicaux ou même certains matériels de biomédical type pousse-seringues électriques. Ils sont obligés de passer du temps au téléphone ou de se déplacer pour récupérer ce qui leur manque. Parfois, il arrive même qu'après avoir récupéré le bon matériel, les soignants ne soient pas formés à les utiliser (exemple de poche de stomie etc...). Tout cela désorganise leur travail et leur demande des capacités d'adaptation.

Les problèmes logistiques ne semblent pas être les seules difficultés. En effet, ils expriment ressentir une perte de crédibilité face au patient. Les soignants ne se sentent pas en confiance lorsqu'ils ne sont pas en mesure de répondre aux questions que leur posent les malades. Exerçant dans des services spécialisés, ils leur manquent des connaissances sur des pathologies précises qu'ils n'ont pas l'habitude de traiter. Le patient perçoit les doutes, les hésitations qui existent autour de sa prise en charge et peut l'exprimer de façon verbale ou non-verbale. Les infirmières ne connaissent pas toujours les protocoles spécifiques et les habitudes des médecins dont dépendent les patients, il leur « *manque des consignes claires* » (Mme Rouin, infirmière).

Selon une des personnes interviewées, cela entraîne un retard dans la prise en charge allant jusqu'à une perte de chance pour le patient dans certains cas extrêmes. Cela génère beaucoup de stress, voire même de l'angoisse et un certain malaise face au patient : « *situation angoissante qui monopolise toute l'énergie soignante pour un patient au dépend des autres* » (Mme Duval, infirmière en géronto-psychiatrie). Dans de nombreuses situations, le malade et son entourage se rendent compte du manque d'expertise des professionnels qui l'entourent. Les usagers savent qu'ils ne sont pas hospitalisés dans la « bonne unité », ils le formulent très clairement et généralement, ils expriment leur souhait d'être transférés au plus vite dans le service du spécialiste. C'est d'ailleurs un désir partagé par les soignants et les médecins de l'unité d'hébergement.

De plus, ce qui a été observé par nos pairs est que la durée du séjour est souvent augmentée. D'une part, il semblerait que l'avis d'un médecin spécialisé peut être long à obtenir, ce qui entraîne un retard de diagnostic : « *Nous étions tributaires des disponibilités des chirurgiens ou médecins spécialisés qui privilégiaient les visites dans leur unité* » (Mr Rabut, infirmière en pneumologie). D'autre part, l'accès à certains examens peut être plus

long quand le patient n'est pas hospitalisé dans le service dont il dépend. Par exemple une demande d'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM) provenant de l'unité de neurologie est plus rapidement traitée que si elle est demandée par un service de gastro-entérologie. En effet, il existe un réseau informel entre les médecins neurologues et les médecins radiologues et souvent la demande prescrite sur papier est accompagnée d'un appel téléphonique ce qui accélère la programmation de l'examen.

Enfin, des conflits existent autour de la responsabilité médicale de ces patients : « *La principale difficulté était la référence médicale : qui le prend en charge ? Le médecin de l'unité d'accueil ou le médecin de l'unité d'origine ?* » (Mme Levin, infirmière en médecine gériatrique). En conséquence nous pouvons nous demander qui dicte le courrier, qui le tape, qui fait le codage ? Effectivement, cela va au-delà de l'hospitalisation. Si, à sa sortie, le patient n'a pas de prescription d'un examen de contrôle, la suite de sa prise en charge ne sera pas de bonne qualité et pourra entraîner éventuellement une réhospitalisation.

En définitif, ces soignants ont cherché à s'adapter aux différentes situations qu'ils ont rencontrées en mobilisant les ressources qu'ils possédaient malgré les difficultés ressenties.

1.4.2 Une exploration plus approfondie des incidences sur la prise en soins des patients « hébergés »

Afin d'explorer de façon plus précise notre questionnement sur le terrain, nous avons réalisé deux entretiens exploratoires auprès d'infirmières.

Ces investigations ont révélé que les deux infirmières ne rencontraient pas de réelles difficultés. En effet, leur établissement respectif était organisé de sorte que l'hébergement d'autres patients n'entraînait que peu d'obstacle à la prise en soins. Mme Buteau, infirmière de chirurgie, travaillait à mi-temps en clinique et à mi-temps en libéral. Elle avait donc déjà l'habitude, de par sa deuxième activité, de prendre en charge tous types de pathologies. De plus, l'activité de son service était organisée pour accueillir, durant les périodes de vacances des chirurgiens, les patients d'un autre service. Effectivement, la logistique, notamment pour la pharmacie, était assurée : « *la journée en fait en général c'est prévu. Il y a une boîte pour faire les demandes à la pharmacie* » (Mme Buteau, infirmière en chirurgie), ainsi que les ressources humaines avaient été pensées pour que les soignants ne prennent en charge que les patients de leur spécialité initiale : « *j'ai toujours eu une autre infirmière avec moi ou*

quelqu'un qui connaissait » (Mme Buteau, infirmière). Dans l'hôpital de Mme Vimin, infirmière en médecine cardioligue, tous les protocoles de l'établissement étaient informatisés et les soignants savaient où chercher les informations nécessaires aux prises en soins. « *La grille de surveillance du service de neuro [...] on est allé la chercher sur le serveur pour l'avoir sous les yeux et puis après on s'est fiés à cette grille-là* » (Mme Vimin, infirmière en cardiologie). Dans les deux entretiens, les soignants expriment clairement une entre-aide réciproque entre services par téléphone ou bien même, il arrive que les soignants se déplacent pour expliquer l'utilisation de matériels spécifiques. « *C'est elles qui se déplacent, qui viennent directement donc on s'arrange comme ça entre nous. Comme moi ça m'arrive de descendre faire des électro* » (Mme Vimin, infirmière). Nous avons pu également nous rendre compte que les aides-soignantes sont également des ressources non négligeables. « *En général, il y a une aide-soignante qui connaît qui est avec moi* » (Mme Buteau, infirmière), « *heureusement y a des aides-soignantes qui ont changé de service et qui connaissent* » (Mme Buteau, infirmière).

La gestion des lits pour la chirurgie était organisée par une secrétaire de coordination car il y avait quasiment exclusivement des admissions de patients en programmé et, pour le service de médecine, un logiciel d'état des lieux des lits disponibles était en phase expérimentale au sein de l'unité et connecté avec le service d'admission des urgences. Malgré cela, la cadre de santé du service continuait à coordonner, après accord médical, les admissions qui provenaient des urgences ou de l'unité de soins intensifs de cardiologie. Dans les deux services, il y a des admissions de jour comme de nuit même pour celui qui n'accueille principalement que du programmé. De plus, l'infirmière de médecine avait conscience des conditions d'attente des patients aux urgences : « *avoir un lit plutôt que de rester sur un brancard aux urgences* » (Mme Vimin, infirmière) et des problématiques de surcharge de ces dernières : « *on sait que l'on est amené à faire des entrées après si ça peut aider à débloquer les urgences, on sait comment c'est en bas donc heu...* » (Mme Vimin, infirmière). Afin de ne pas mettre en difficulté les soignants, nous observons que les médecins ou les régulateurs font une sorte de présélection : « *c'était en J-1 donc je n'avais pas trop, je n'avais pas de surveillances spécifiques* » (Mme Buteau, infirmière) et « *le patient n'avait pas spécialement de troubles non plus derrière. [...] en fait tout avait régressé donc ça n'était pas compliqué en soi après...* » (Mme Vimin, infirmière). Par contre, dans le service de médecine, le patient est au plus vite transféré dans le service dont il dépend. Enfin l'infirmière de chirurgie qui exerce dans le secteur privé parle de forfait Family pour certaines chambres

avec des prestations supplémentaires tarifées. Nous n'avons pas pu ne pas faire le parallèle avec l'hôtellerie.

Du point de vue du patient, « *il était content d'avoir un lit plutôt que de rester sur un brancard aux urgences... Du moment qu'il était pris en charge je pense qu'il était content* » (Mme Vimin, infirmière).

L'ensemble de ces explorations de terrain associées avec nos recherches documentaires nous ont permis de comprendre que les établissements de santé devaient ou avaient modifié leurs organisations de gestion des lits pour les rendre plus efficents et qu'inévitablement cela avait un impact sur la prise en soins des patients par les infirmières mais aussi pour d'autres professionnels de santé. Nous avons également découvert que les institutions œuvraient pour garantir la prise en soins des patients dans des unités dont ils ne dépendent pas et que les différents acteurs qui gravitent autour du patient avaient de nombreuses ressources pour faire face à ces nouvelles organisations.

Ce cheminement nous a conduit à formuler notre problématique de la façon suivante : Quelles sont les stratégies mises en place par les acteurs de l'institution pour s'adapter à cette gestion des lits qui impose la prise en soins des patients d'autres spécialités ?

1.5 Des concepts pour éclairer notre travail de recherche

Nous avons souhaité aborder ce travail de recherche sous l'angle sociologique. En effet, lors de nos différentes investigations, il nous est apparu que les professionnels de santé mettaient en place des stratégies pour répondre aux orientations en matière de gestion des lits que les établissements de santé prenaient. Finalement, les professionnels tentent de faire face aux changements que leurs structures subissent en cherchant à s'adapter en permanence. Enfin, la notion de compétences est régulièrement apparue dans nos recherches, il nous a donc semblé nécessaire de la définir.

1.5.1 La compétence : une question clé

La compétence est une « connaissance approfondie, reconnue qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières. » (Nouveau Petit Robert).

Le diplôme d'état d'infirmier est régi par l'acquisition d'un certain nombre de compétences. En effet, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier : « Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. ». Par définition, nous pouvons alors dire que toutes les infirmières, diplômées sont compétentes, formées pour prendre en charge tous types de patients.

Selon le sociologue Philippe Zarifian la compétence se définit comme « la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté [...] La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances, [...] la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité » (Zarifian, 1999, p. 70). En effet, ce qui est intéressant dans cette définition c'est la dimension « initiative » qui ouvre des possibilités d'adaptation et donc de mobilisation de ressources dans les situations de changements ou dans les contextes inhabituels. De même, la notion de réseaux d'acteurs sous-entend la possibilité de mettre en place des stratégies auprès de ces derniers.

Selon Philippe Meirieu, professeur des universités en sciences de l'éducation, « la notion de compétence, [...] c'est devenir capable de résoudre précisément un problème dans une situation données. Parce qu'on a analysé la situation, on peut réagir de manière pertinente à cette situation. Et parce qu'on a été capable d'utiliser aussi cette compétence dans d'autres situations où elle s'avère aussi pertinente. » (Meirieu, 2005, p.12).

La notion de compétence est apparue comme étant déterminante pour garantir la prise en soins des patients dits « hébergés » mais finalement au fil de nos recherches, nous avons pu comprendre que toutes les infirmières sont compétentes à partir du moment où elles ont obtenu leurs diplômes.

1.5.2 Les stratégies dans les organisations de travail

Initialement, les stratégies étaient utilisées lors des opérations militaires afin d'atteindre un but en temps de guerre, ce qui sous-tend l'idée de pouvoir. Cette notion a

ensuite été introduite dans les entreprises pour pouvoir faire face à la concurrence et pouvoir pérenniser leurs activités.

La stratégie est un « ensemble d'action coordonnées, de manœuvres en vue d'une victoire » ou encore l'« ensemble d'objectifs opérationnels choisis pour mettre en œuvre une politique préalablement définie. » (Nouveau Petit Robert).

En psychiatrie, « il s'agit des tentatives du sujet pour faire face activement aux événements de la vie. Cet ensemble de phénomènes complexes sert à modérer l'impact de tels événements sur le fonctionnement physique, social et émotionnel. » (Juillet. 2000). Dans cette définition, on retrouve l'idée d'agir pour acquérir un équilibre psychique.

Selon Philippe Cabin, journaliste scientifique, la stratégie « évoque en premier lieu la figure du chef-stratège, sa capacité à anticiper et à préparer l'avenir de l'organisation, armé d'un arsenal d'outils et de méthodes sophistiqués. Mais la stratégie, comme ensemble d'actions coordonnées en vue d'un ou de plusieurs objectifs, n'est pas l'apanage des dirigeants. » (Cabin, Choc, 2005, p.9).

Ce concept a largement été repris dans le cadre du management et de nombreux sociologues s'y réfèrent pour comprendre notamment les organisations de travail. En effet, dans leur ouvrage « L'acteur et le système », Michel Crozier et Erhard Friedberg définissent l'analyse stratégique en tant qu'outil de compréhension qui permet d'effectuer des changements dans les organisations. Ces auteurs partent du postulat que dans les organisations (le système), tous les individus sont des acteurs libres qui disposent d'une marge de manœuvre, « la zone d'incertitude », et donc des possibilités de régulation. L'acteur a des objectifs individuels et il utilise ses ressources pour développer des stratégies afin les atteindre. Les acteurs du système ont des interdépendances et celui qui contrôle une zone d'incertitude détient le pouvoir. La possession de ce pouvoir n'est pas toujours en lien avec les relations hiérarchiques qui peuvent exister entre les protagonistes. En effet, « chaque acteur s'efforcera simultanément de contraindre les autres membres de l'organisation pour satisfaire ses propres exigences (stratégie offensive) et d'échapper à leur contrainte pour la protection systématique de sa propre marge de liberté et de manœuvre (stratégie défensive). » (Crozier M, Friedberg E. 1977, p.91-92). L'acteur est toujours à la recherche d'objectifs d'autonomie et d'objectifs d'action pour pouvoir augmenter ses marges de liberté. De plus, tous les protagonistes du système tissent des jeux stratégiques ce qui aboutit au fonctionnement réel de l'organisation. (Crozier, Friedberg, 1977).

Finalement, nous pouvons dire par analogie que les établissements ou les services sont les systèmes et que les professionnels de santé sont les acteurs qui mettent en place des stratégies auprès d'autrui pour parvenir à leurs fins personnelles tout en s'adaptant aux exigences de la structure. Chacun d'entre eux tentent de garder une zone d'incertitude pour, de façon plus ou moins consciente, avoir du pouvoir.

1.5.3 **Mieux comprendre les étapes du changement**

Les établissements de santé au même titre que de nombreuses entreprises ne subissent plus ponctuellement le changement mais sont en perpétuelle mutation. Cette nouvelle dynamique à grande vitesse impose aux organisations d'être constamment dans le cycle de la conduite du changement. C'est ce que nous avons pu observer avec l'évolution de la gestion des lits dans les établissements de santé.

Le changement c'est l'« état de ce qui évolue, se modifie, ne reste pas identique » (Nouveau Petit Robert).

« Le changement est une situation par laquelle notre existant devient obsolète pour un avenir que nous acceptons en fonction des améliorations qu'il apportera. » (Autissier, Moutot, 2013, p.6). De plus, « afin de ne pas considérer comme changement toutes les actions d'adaptation et d'évolution quotidienne que nous vivons, nous définissons celui-ci en termes de rupture. » (ibid.).

Pour que le changement s'opère, les acteurs doivent passer par une succession d'étapes. Selon Kurt Lewin, il existe trois étapes : l'étape du dégel, celle de la transition et enfin celle de la stabilisation (Lewin, 1939). Pour ce faire, les individus responsables de la conduite du changement doivent dans un premier temps accompagner les professionnels en mesurant l'impact de ce changement, en communiquant et en formant. Puis dans un second temps, ils doivent piloter le changement en gérant les résistances et les transformations. Ainsi recréer un équilibre fonctionnel, jusqu'à la prochaine rupture (Autissier, Moutot, 2013).

Ce concept nous permet de comprendre les mécanismes qui s'opèrent lors de changements et d'identifier les comportements de chaque acteur.

1.5.4 L'adaptation, moyen de régulation face aux changements

L'adaptation est une notion que nous avons rapidement pu mettre en exergue lors de nos explorations précédentes. En effet, face au changement de politique de gestion des lits dans les établissements de santé, tous les acteurs du système ont mobilisé des ressources pour s'adapter.

L'adaptation c'est l'« action d'approprier, de mettre en harmonie avec. » (Nouveau Petit Robert).

Quand nous reprenons la définition du dictionnaire Robert de sociologie : « Selon Parsons, l'adaptation est une exigence fonctionnelle consistant, pour un système social, à se procurer des ressources - en biens et en services – d'agents humains afin de se maintenir et évoluer » (Akoun, Ansart, 1999, p.9).

Selon la psychologue Monique Tremblay, « l'adaptation psychosociale est l'équilibre ou la recherche d'équilibre entre le bien-être interne et le bien-être externe dans certaines situations données. Elle implique donc la présence simultanée de l'adaptation à la réalité interne et de l'adaptation à la réalité externe » (Tremblay, 2001). Nous pouvons donc en déduire que c'est un moyen qui permet de sortir des habitudes pour en construire de nouvelles.

Chantal Jouteau Neves, Cadre supérieur de santé spécialiste clinique, ajoute que « l'adaptation est bien un phénomène complexe, individuel qui met en jeu des mécanismes régulateurs, biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux. » (Formarier, Jovic Jouteau-Neves et al, 2012, p.48). La notion de régulation dans cette définition nous semble intéressante pour comprendre les ajustements qu'opèrent les professionnels.

L'adaptation induit certains comportements caractéristiques qui se rapprochent de la notion de mécanismes de défense. Le psychologue Claude-Pierre Vincent explique que « dans son adaptation quotidienne à ses environnements familiaux et/ou professionnels, tout individu vit un certain nombre de situations qui peuvent provoquer chez lui plus ou moins de tensions, plus ou moins de stress, plus ou moins d'anxiété. » (Vincent, 2012, p.347). De plus, il décrit qu'une dizaine de mécanismes sont régulièrement mis en œuvre lors de l'adaptation : le refoulement, la rationalisation, la sublimation, la formation réactionnelle, l'identification, le déplacement, la compensation, le fantasme, la régression, la projection. » (id. p.348).

1.5.5 L'anticipation pour réduire les désorganisations

Nous avons pu remarquer dans ce travail de recherche que certaines organisations ont été pensées et anticipées pour parer à l'imprévisibilité et aux aléas qu'une activité de soins peut rencontrer.

L'anticipation c'est l'« exécution avant le temps déterminé d'un acte. » (Nouveau Petit Robert).

Dans un article de la revue Spirale, le psychologue Sylvain Missonier, reprend les études du psychiatre George Eman Vaillant qui « a décrit l'anticipation comme un mécanisme de défense « adaptatif » visant à réduire ou à annuler les effets désorganisant des dangers réels ou imaginaires face à l'indétermination de l'avenir en voie d'élaboration. » (Missonnier, 2007, p.93-94).

Selon les psychologues Catherine Coudray et Jean-Pierre Ancillotti, « classiquement, l'anticipation est [...] un phénomène servant l'adaptation du sujet à son milieu, une construction mentale visant l'action capable d'améliorer sa situation et d'influer sur son devenir. » (Coudray, Ancillotti, 2010).

Dans ces deux définitions, l'anticipation est associée au phénomène d'adaptation. Finalement c'est le moyen pensé de façon prévisionnel qui permet d'ajuster les actions et ainsi réduire les risques désorganisationnels mais aussi les risques pour le patient lors des soins. Elle est nécessaire, cependant, l'excès d'anticipation peut rigidifier le système et entraîner la diminution des prises d'initiatives et des comportements adaptatifs face à un événement peu ou mal planifié.

Dans cette première partie, nous avons pris connaissance des différentes études réalisées sur l'optimisation de la gestion et nous avons découvert l'existence des cellules d'ordonnancement. Grâce à ces lectures, nous avons pu ensuite orienter notre travail de recherche et faire une première exploration de terrain. Enfin, l'analyse de cette dernière nous a permis de définir les concepts clé nécessaire à notre recherche.

2. LE PROCESSUS DE RECHERCHE

Pour construire notre travail de recherche et l'élaboration de l'analyse, nous nous sommes appuyée sur l'ouvrage de Luc Van Campenhoudt et Raymond Quivy intitulé « Manuel de recherche en sciences sociales ». Le chercheur n'explore pas au hasard, il doit élaborer sa recherche en suivant un processus précis. « La recherche en sciences sociales suit une démarche analogue à celle du chercheur de pétrole. Ce n'est pas en forant n'importe où que celui-ci trouvera ce qu'il cherche. Au contraire, le succès d'un programme de recherche pétrolière dépend de la démarche suivie. » (Quivy, Campenhoudt, 2011, p.7).

2.1 Phase exploratoire pour cerner le sujet d'étude : la gestion des lits et les stratégies des acteurs dans ce contexte de changement

2.1.1 L'exploration documentaire comme outil d'approche

« Dans un premier temps, il est de loin préférable en effet de lire en profondeur peu de textes soigneusement choisis, d'interpréter judicieusement quelques données statistiques particulièrement parlantes, et d'en tirer des enseignements clairs et ordonnés avant d'aller de l'avant. » (id. p.13). Nous avons donc commencé ce travail de recherche par des lectures. Nous avons pu consulter différents articles et rapports afin de poser le contexte national dans lequel s'inscrivait notre objet d'étude. « Ce qui est vrai pour la sociologie devrait l'être pour tout travail intellectuel : dépasser les interprétations établies qui contribuent à reproduire l'ordre des choses afin de faire apparaître de nouvelles significations des phénomènes étudiés qui soient plus éclairantes et plus pénétrantes que les précédentes. » (id. p.41). De fait, cette exploration documentaire nous a permis de créer une rupture entre les représentations que nous avions notamment de la gestion des lits dans notre établissement et ce qui existait et était recommandé en France. Nous avions fait des constats lorsque nous étions faisant fonction de cadre de santé et nous cherchions à comprendre les mécanismes qui avaient abouti à ces faits.

En effet, « nous en avons presque toujours une connaissance préalable et souvent une expérience concrète. Peut-être même sommes-nous désireux de réaliser notre recherche pour mettre au jour un problème social ou pour défendre une cause qui nous tient à cœur. » (id. p.17). Ces lectures nous ont donc permises d'orienter notre questionnement.

Il a fallu alors « s'efforcer d'énoncer son projet de recherche sous la forme d'une question de départ par laquelle le chercheur tente d'exprimer le plus exactement possible ce qu'il cherche à savoir, à élucider, à mieux comprendre. » (id. p.26).

2.1.2 Le micro mail comme première approche de terrain

Ensuite, afin de faire le parallèle entre la théorie étudiée, les faits observés et la réalité du terrain et ainsi ajuster notre question de départ, nous avons décidé de faire un « micro-trottoir » auprès de nos pairs étudiants cadre de santé. Par le biais d'un envoi mail, nous avons posé la question suivante : « Quand vous étiez infirmier(ère), vous est-il arrivé de prendre en charge dans votre unité des patients d'un autre service et, si oui, quelles étaient les incidences sur votre travail ? ». Six de nos collègues étudiants ont répondu à cette question.

2.1.3 L'entretien exploratoire pour préciser le sujet d'étude

Afin d'affiner notre question de recherche et de construire notre problématique, il nous paraissait indispensable de faire une première exploration de terrain plus précise que dans le micro-mail. Il était important pour nous de construire un premier guide d'entretien qui nous permette « de prendre conscience d'aspects du problème qui n'avaient pas été envisagés au moment de la formulation de la question de départ, d'imaginer de nouvelles pistes et donc, le cas échéant, de reformuler cette question de départ de manière plus adéquate et mieux fondée » (id. p.59) et ainsi définir notre problématique. En effet, nous n'avions pas d'emblée compris que « les entretiens exploratoires n'ont [...] pas pour fonction de vérifier des hypothèses préétablies mais bien de trouver des idées d'hypothèses susceptibles de guider la suite du travail. » (ibid.).

Pour ce faire, nous avons choisi de réaliser deux entretiens dits « exploratoires ». Afin de pouvoir recueillir un maximum de matériaux pour construire notre travail de recherche, nous avons tout d'abord fait le choix de rencontrer la population infirmière. En effet, c'est cette « catégorie d'interlocuteurs utiles : ceux qui constituent le public directement concerné par l'étude » (id. p.60) que nous voulions interroger. Nous avons décidé d'aller explorer deux terrains d'enquête représentatifs des établissements de santé en France : le secteur public et le secteur privé. Ensuite, pour avoir une vision élargie des organisations, nous avons décidé d'interviewer une infirmière travaillant dans une unité de chirurgie ainsi qu'une autre exerçant dans une unité de médecine.

Pour l'élaboration de notre guide d'entretien exploratoire, nous avons cherché à respecter le fait « que l'entretien se déroule de façon très ouverte et très souple et que le chercheur évite de poser des questions trop nombreuses et trop précises, de manière à ne pas limiter a priori les aspects du problème à prendre en compte. » (id. p.59). Nous avons alors construit un guide d'entretien composé de onze questions ouvertes s'articulant autour de trois grands thèmes. Le premier concerne la présentation de la personne et de son parcours professionnel, ainsi que la présentation de l'établissement et du service dans lequel elle exerce. Ensuite, le deuxième thème aborde les incidences que ces professionnels peuvent rencontrer lors de la prise en soins de patients hébergés. Enfin, le dernier thème avait pour objectif de comprendre l'organisation de la gestion des lits dans chacun des deux établissements et dans les deux services où exercent les infirmières. (cf. annexe I)

L'analyse de ces deux entretiens m'a permis « d'ouvrir des pistes de réflexion, d'élargir les horizons de lecture et de les préciser, de prendre conscience des dimensions et des aspects d'un problème auxquels le chercheur n'aurait sans doute pas pensé spontanément. » (id. p.69). Effectivement, ce que nous avons pu comprendre à l'issu de ces deux entretiens, c'est qu'il n'existe pas de réelles difficultés, que des organisations ont été mises en place afin de s'adapter aux nouvelles gestions des lits que les deux établissements rencontraient. « Il faut garder à l'esprit que, dans la phase exploratoire d'une recherche, l'analyse de contenu a [...] une fonction essentiellement heuristique, c'est-à-dire qui sert à la découverte d'idées et de pistes de travail (qui seront concrétisées plus loin par les hypothèses). Elle aide le chercheur à éviter les pièges de l'illusion de la transparence et à découvrir ce qui se dit derrière les mots, entre les lignes et à travers les stéréotypes. Elle permet de dépasser, au moins dans une certaine mesure, la subjectivité de nos propres interprétations. » (id. p.71). De plus, nous avons découvert lors de ces deux entretiens que les infirmières avaient mis en place des stratégies individuelles afin de s'adapter à ces nouvelles organisations. Elles ont mis en place des mécanismes de régulation pour recréer un équilibre face à ces changements.

2.2 La problématisation pose le périmètre de recherche

Cette analyse d'entretiens exploratoires nous a permis de nous poser d'autres questions. Quel est l'impact de ces changements d'organisation sur les autres acteurs de l'institution qui gravitent autour du patient de façon directe ou indirecte ? Ont-ils eux aussi

mis en place des stratégies pour répondre aux besoins de leurs établissements ? Nous avons alors compris l'importance d'aborder notre travail de recherche sous un angle sociologique. « À ce stade-ci, c'est le type de regard porté sur l'objet qui importe, pas encore la mécanique et les outils précis de ce regard. À ce titre, la problématique représente une étape charnière entre la rupture et la construction. » (id. p.81).

L'ensemble de cette réflexion nous a permis de formuler notre problématique et ainsi d'orienter la suite de notre recherche.

2.3 Les entretiens semi-directifs comme outils d'exploration du terrain

Nous avons choisi d'étudier notre sujet par une méthode qualitative par l'intermédiaire de l'entretien semi-directif. Ce dernier permet de pouvoir rester suffisamment ouvert lors des échanges et de pouvoir laisser l'interviewé livrer des informations plus ou moins librement en ne perdant pas de vue nos objectifs. Nous avons tenté de garder une posture clinicienne malgré notre manque d'expérience en administration de guide d'entretien. En effet, « le chercheur concentrera davantage l'échange autour de ses hypothèses de travail sans exclure pour autant les développements parallèles susceptibles de les nuancer ou de les corriger. » (id. p.170).

2.3.1 Le choix de la population

« Le propre des sociologues est, en principe, d'étudier les ensembles sociaux [...] comme des totalités différentes de la somme de leurs parties. Ce sont les comportements d'ensemble qui l'intéressent au premier chef, leurs structures et les systèmes de relations sociales qui les font fonctionner et changer, non, pour eux-mêmes, les comportements des unités qui les constituent. Mais, même dans ce type de recherches spécifiquement sociologiques, les informations utiles ne peuvent souvent être obtenues qu'auprès des éléments qui constituent l'ensemble. » (id. p.146).

Dans ce travail de recherche, il nous paraît intéressant pour comprendre les enjeux de l'hébergement des patients hors secteur, d'aller interroger les professionnels acteurs dans cette nouvelle organisation. En effet, il nous semblait important de comprendre comment s'articule la prise en soins des patients dans un autre service que celui dont il dépend, d'observer

comment ils communiquent et déterminent le lieu d'hospitalisation et enfin quelles stratégies individuelles ils mettent en place pour s'adapter et faire face au changement. Ils sont confrontés à la même organisation mais ils n'ont pas les mêmes contraintes car ce sont des protagonistes qui n'ont pas les mêmes objectifs ni les mêmes intérêts personnels. Tout d'abord, nous avons souhaité avoir une vue d'ensemble à l'échelle d'une unité de soins et réaliser l'ensemble de nos entretiens dans deux services. De plus, nous souhaitions découvrir les différences d'organisation et de culture qui peuvent exister entre les établissements de santé publics et privés. Il existe des unités de spécialité en secteur de médecine mais aussi en secteur de chirurgie, nous avons donc fait le choix d'explorer ces deux types de services. Et enfin, pour pouvoir comparer les deux modèles de structures, il nous paraissait important qu'elles accueillent toutes les deux à la fois des patients de façon programmée et à la fois des patients provenant d'un service d'urgence, qui, rappelons-le, constitue un aléa dans les organisations de gestion des lits. Pour ce faire nous avons décidé d'administrer nos guides d'entretien, d'une part, auprès de professionnels exerçant dans un service de chirurgie d'un CHU et, d'autre part, auprès de professionnels employés dans une unité de médecine au sein d'une clinique privée de taille moyenne disposant d'un service d'accueil des urgences.

« Dans les cas où le chercheur envisage une méthode d'entretien semi-directif (voir plus loin), il ne peut se permettre, le plus souvent, d'interviewer que quelques dizaines de personnes seulement. Dans ce cas, le critère de sélection de ces personnes est généralement la diversité maximale des profils au regard du problème étudié. » (id. p.149). Afin de pouvoir croiser les regards, nous avons choisi de rencontrer quatre types de professionnels qui gravitent de près ou de loin autour du patient. Tout d'abord, il nous a semblé pertinent d'avoir le vécu du médecin sur l'hébergement de patients dans son unité mais également sur l'hébergement hors secteur de ses patients. Nous avons souhaité rencontrer un médecin spécialiste de service de médecine et un chirurgien spécialiste. Ensuite nous avons pensé qu'il serait intéressant d'interroger les cadres de santé ou les responsables paramédicaux des unités de soins car ils ont un rôle majeur de coordination et de régulation dans la gestion des lits des services. De plus, un acteur est apparu lors de nos recherches documentaires : le professionnel gestionnaire de lits. Il nous a donc semblé intéressant d'aller le rencontrer pour comprendre l'organisation en termes de gestion des lits de chacun des établissements et de découvrir les interactions qui existent entre ces personnes-là et les autres acteurs des unités de soins. Enfin, il était incontournable de rencontrer une des infirmières de chaque service car notre questionnement initial portait principalement sur leurs propres organisations de travail et leurs stratégies d'adaptation.

Lors de nos démarches pour obtenir des rendez-vous avec les différents professionnels de terrain, nous nous sommes aperçus que beaucoup de cliniques privées n'avaient pas de services spécialisés. Ces établissements ne reprenaient pas les découpages des grands centres hospitaliers ou des CHU. En effet, ils possèdent deux grands secteurs d'activité cloisonnés : la chirurgie et la médecine. Ensuite, ils disposent de sous-ensembles : des unités de soins de médecine et de chirurgie mais non spécialisés, ces services accueillant tous types de pathologies de façon indifférenciée. Nous avons alors fait le choix de rencontrer ces professionnels afin de comprendre comment fonctionnait leurs organisations institutionnelles et recueillir leurs expériences dans ce type de gestion de prises en soins.

2.3.2 Le guide d'entretien

Nous avons fait le choix de rencontrer quatre acteurs qui interviennent de loin ou de près auprès du patient lors de son parcours de soins. Il a fallu adapter nos guides d'entretien à ces différents professionnels. Nous avions également une deuxième contrainte : l'un des services accueille des patients de différentes spécialités et l'autre uniquement des patients atteints de pathologies d'une même spécialité. Il nous a donc fallu, là aussi, adapter les questions aux types d'organisations en place. La difficulté a été de ne pas trop se disperser pour pouvoir être en mesure de croiser et d'exploiter les informations recueillies. Au final nos guides sont structurés grâce aux thèmes abordés mais les questions sont dans certains cas similaires entre les professionnels et les terrains d'étude et parfois adaptées à leur fonction et à leur établissement.

Pour construire notre guide d'entretien définitif, nous avons donc repris les trois thèmes de l'entretien exploratoire en les réorganisant et en y ajoutant un. Le premier est la présentation de la personne et de son lieu d'exercice. Cette introduction à l'entretien nous paraît indispensable pour connaître le parcours professionnel de la personne interviewée et connaître le contexte institutionnel dans lequel elle exerce. De plus, cette entrée en matière permet au professionnel de saisir l'intérêt particulier qu'on lui porte, ce qui lui permettra de parler librement durant la suite de l'entretien. Ensuite, le deuxième thème abordé est celui de la gestion des lits. Il permet de faire comprendre à la personne interrogée quelle orientation va prendre l'entretien. Dans cette partie, nous cherchons à connaître le fonctionnement de la gestion des lits et à découvrir si c'est un thème qui fait débat pour les différents acteurs interrogés. Le troisième thème qui est la communication découle du précédent. En effet, nous avons cherché à comprendre quels liens existaient entre les différents acteurs étudiés, à

identifier les différentes stratégies et à observer quelles modes de communication étaient employés. Enfin, le quatrième et dernier thème concerne les organisations de prise en soins des différents patients et le ressenti des professionnels dans leur lieu d'exercice face à la prise en charge de patients relevant de différentes spécialités. (cf annexe II, III, IV et V)

« Les questions constituant le corps de l'entretien sont formulées de manière ouverte, appelant parfois une brève narration, laissant toujours une large marge de liberté au répondant. » (id. p.160). L'ensemble de ces thèmes nous a amené à rédiger au total dix-sept questions. Nous avons adapté notre guide d'entretien en fonction du lieu d'exercice de la personne interviewée.

2.3.3 Le vécu des entretiens et ses limites

La recherche des personnes à interviewer est une difficulté à ne pas négliger. En effet, nous devions trouver un médecin, un cadre de santé et une infirmière du même service qui accepteraient de répondre à nos questions et ensuite une personne du service de gestion des lits du même établissement. Nos collègues de promotion ont été d'une grande aide pour pouvoir faire nos investigations au niveau d'un CHU. Nous avons rapidement compris que si le cadre du service acceptait de nous rencontrer, il pourrait nous mettre en contact avec les autres professionnels à interviewer. Malheureusement, nous n'avons pas réussi à rencontrer un chirurgien du CHU dans lequel nous avions fait nos trois autres entretiens (cadre de santé, infirmière et professionnel de la cellule de gestion des lits). C'est un biais que nous devons prendre en compte dans notre analyse.

Ensuite, il fallait que nous trouvions une clinique disposant d'un service d'accueil des urgences qui n'avait pas organisé ses services par spécialités. Par chance, le premier cadre de santé que nous avons contacté a accepté de nous rencontrer et de programmer des rendez-vous avec une infirmière et un médecin de son service ainsi qu'avec un professionnel de la cellule de gestion des lits.

L'une des difficultés de l'entretien semi-directif est de penser « que cette souplesse relative les autorise à converser n'importe comment avec leurs interlocuteurs. » (id. p.172). Il nous a fallu être attentif à ne pas faire cette erreur et à toujours garder notre posture de chercheur clinicien en faisant des relances non inductives mais pertinentes et en gardant toujours à l'esprit de ne pas interrompre l'interviewé.

Enfin, lors des entretiens, nous nous sommes aperçus que certaines questions n'étaient pas correctement formulées et qu'elles suscitaient une incompréhension de la part de notre interlocuteur. Nous avons alors dû les reformuler au moment même où elles étaient évoquées.

2.4 Méthode d'analyse du contenu des entretiens

Afin de pouvoir faire l'analyse de ces entretiens, nous les avons intégralement enregistrés pour ensuite les retranscrire mots pour mots en prenant soin de changer le nom des personnes interviewées et le nom des structures citées, ceci dans le souci de conserver l'anonymat des professionnels ayant accepté de se livrer. Cette étape, nous a permis de nous imprégner des données recueillies et ainsi mieux les analyser.

L'objectif de cette analyse était d'« interpréter ces faits inattendus, revoir ou affiner les hypothèses afin que, dans les conclusions, le chercheur soit en mesure de suggérer des améliorations de son modèle d'analyse ou de proposer des pistes de réflexion et de recherche pour l'avenir. » (id. p.187). Pour pouvoir croiser les données et réaliser une analyse de contenu des entretiens, nous avons choisi de construire un tableau synoptique. Nous avons regroupé certaines questions entre elles et, pour chaque groupe de questions, nous avons créé un tableau construit à partir d'un même modèle. Chaque ligne correspondait à un professionnel interrogé et ensuite nous avons réalisé plusieurs colonnes. Une première colonne dans laquelle nous annotions le thème, au regard d'un verbatim relevé. La deuxième colonne permettait d'inscrire le verbatim en question. Nous avons constitué une colonne commentaires et enfin une colonne concepts pour pouvoir raccrocher le verbatim et ainsi faciliter la construction de notre plan d'analyse.

3. LA GESTION DES LITS ET LES STRATÉGIES D'ACTEURS QUI EN DÉCOULENT

Dans le contexte économique actuel, pour les établissements de santé, l'optimisation de la gestion des lits est devenue une priorité. Ces changements de paradigmes demandent aux professionnels de santé de s'adapter à ce nouveau mode de gestion. La nature humaine ayant peur du changement, les différents acteurs qui interviennent auprès des patients et contribuent à organiser leurs parcours ont mis en place des stratégies afin de garder une marge de manœuvre dans leurs exercices quotidiens. A travers cette recherche, nous avons essayé de comprendre le fonctionnement de cette nouvelle gestion des lits et les enjeux de chaque protagoniste dans cette problématique.

3.1 Deux établissements : deux organisations différentes

Afin d'introduire notre analyse et de mieux comprendre les organisations en place, il nous a semblé nécessaire de poser les contextes dans lesquels les deux établissements que nous avons explorés se situaient. Nous avons rencontré les professionnels d'un centre hospitalier universitaire et ceux d'une clinique privée à but lucratif de taille moyenne. Dans un premier temps, nous allons vous décrire l'organisation générale de la structure, dans un deuxième temps, l'organisation médicale et notamment celle qui singularise la clinique. Dans un troisième temps, nous allons vous présenter le fonctionnement des unités de soins pour finir par celui du service qui est responsable de la gestion des lits : la cellule d'ordonnancement.

3.1.1 Convergences et divergences d'organisations entre un CHU et une clinique

3.1.1.1 La structure générale des deux entités

Le centre hospitalier universitaire a été structuré depuis plusieurs années en pôles hospitalo-universitaires (PHU) afin de répondre à la réglementation en vigueur définie par la loi HPST du 22 juillet 2009².

² Selon l'article 13 de cette loi HPST du 22 juillet 2009

Le service du CHU où nous avons fait nos explorations fait partie de l'un de ces PHU. « *Le CHU est composé de PHU, [...] il doit y avoir six ou sept PHU. [...] le service là fait partie du PHUx, qui regroupe l'hépato-gastro, l'hémato, la dermato et du coup on appartient au pôle de l'appareil digestif.* » (Mme Bertin, infirmière)

La clinique, de son côté, est le produit d'une fusion : « *C'est un établissement qui a 9 ans, qui est le fruit du regroupement de 4 anciennes cliniques du centre-ville et qui s'inscrit dans le paysage sanitaire en opposition avec la clinique située au nord de la ville* » (Mr Laroche, cadre de santé). Elle a développé des activités comparables à celles d'un centre hospitalier public. « *C'est un établissement qui regroupe du MCO³ plus du soin de suite, de 480 lits avec principalement de la chir viscérale et de l'ortho et de la médecine. Et puis la maternité.* » (Mr Laroche, cadre de santé), mais elle dispose également de « *service chimiothérapie, enfin de jour, et d'urgences 24/24.* » (Mme Chauvin, professionnel de l'ordonnancement).

L'organigramme hiérarchique n'est pas comparable à celui du CHU. Nous avons observé que les cadres de santé ne sont pas nombreux en comparaison au nombre total de personnes ayant le statut cadre dans l'établissement. Le cadre de santé que nous avons rencontré parle de petite équipe d'encadrement de soins : « *Il y a une directrice des soins et sept cadres. Donc, voilà, c'est une petite équipe.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Ce dernier ajoute : « *Je crois qu'entre les administratifs, enfin tous statuts cadre, on n'est pas une trentaine* » (Mr Laroche, cadre de santé). Il aurait été intéressant de faire préciser lors de nos entretiens le rôle des cadres administratifs dans la structure pour comprendre pourquoi ils étaient majoritaires.

Les deux établissements que nous avons explorés disposent de services centralisés de gestion des lits : les cellules d'ordonnancement. La cellule d'ordonnancement du CHU assure depuis peu un service quasi continu sur la semaine. C'est ce que nous explique Mme Bauvet infirmière à l'ordonnancement : « *La nuit, depuis peu, [...] ça fait quelques mois qu'il y a l'ordonnancement de nuit.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). L'ordonnancement de nuit est une cellule à part entière qui gère uniquement le placement des patients provenant du service d'accueil des urgences la nuit. Sinon, les ordonnancements des

³ MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

deux établissements passent le relai au service des urgences sur les plages horaires où ils ne sont pas ouverts.

3.1.1.2 La particularité de l'organisation médicale dans la clinique : la médecine « libérale » dans un établissement de santé

L'organisation médicale de la clinique n'est pas la même qu'au sein du CHU. En effet, les médecins qui exercent dans cet établissement privé sont des praticiens libéraux, ils ne sont pas salariés de la clinique. Mr Laroche cadre de santé de l'une des unités de médecine de la clinique explique que les médecins exercent leur activité libérale de deux manières. D'un côté, ils font des consultations similaires à ce qui existe en cabinet : « *les médecins ont leurs cabinets personnels privés, qui n'ont rien à voir avec l'établissement. Si ce n'est que parfois l'établissement leur loue des bureaux de consultation mais en tout cas c'est une activité libérale comme chez votre médecin traitant. Et en fonction des patients qu'ils accueillent ils peuvent décider d'une hospitalisation auquel cas ils hospitalisent leurs patients dans le service de médecine* » (Mr Laroche, cadre de santé). D'un autre côté, ces médecins réalisent des consultations au sein des services : « *après ils prennent en charge le patient à la mode libérale, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'organisation médicale strictement définie, chaque médecin prend en charge en hospitalisation en fonction de sa propre organisation à lui, de ses disponibilités, de ses jours de consultation, ses jours de visite* ». Nous pouvons penser que ce type de fonctionnement médical ne favorise pas l'engagement des praticiens dans le service.

Afin d'assurer la continuité des soins, l'un des médecins est de garde sur place durant 24h et en parallèle un médecin de chaque spécialité est d'astreinte à domicile.

3.1.2 Les unités de soins, deux fonctionnements distincts

3.1.2.1 Description générale des deux services

Le CHU dispose de deux unités de chirurgie digestive avec des sous-spécialités dans chacun des deux services. Mme Bertin, infirmière, nous explique cela : « *il y a deux ailes de 28 lits, avec une spécificité plus sur l'est au niveau des patients avec des chirurgies pancréatiques et hépatiques et plus sur l'aile sud des pathologies types : intervention proctologie colique, endocrine et bariatrique.* » (Mme Bertin, infirmière). Au sein d'une même spécialité qui est la chirurgie digestive, il existe deux sous-ensembles, des secteurs

d'hyper spécialités. « *Je vous ai dit que certains chirurgiens préféraient mettre leurs patients sur certains secteurs comme ici on a un chirurgien bariatrique et de l'autre côté un autre donc avec des techniques aussi qui sont un peu différentes,* » (Mme Martin, cadre de santé). Cette cadre de santé n'a pas évoqué l'organisation médicale comme si elle allait de soi.

La clinique dispose de trois services de médecine généraliste, ils accueillent sans distinction tous types de pathologies relevant d'une prise en charge médicale⁴. Le cadre de santé de l'une de ces unités, Mr Laroche, nous décrit son service : « *c'est un service de médecine de 57 lits* » (Mr Laroche, cadre de santé). Il précise : « *on accueille de la pneumologie, de la cancérologie bien sûr, de l'uro, de la gastro, un petit peu de neuro, voilà tout est regroupé* » (Mr Laroche, cadre de santé). Les médecins n'ont pas « leur » service, « leur territoire géographique ». Dr Lubin nous évoque le fait que le patient n'a pas de service de référence mais un praticien de référence : « *le patient est attribué à un médecin. Sur son bracelet, il y a son nom, son code et le médecin.* » (Mme Lubin, médecin). Par contre, nous avons découvert qu'au sein de cette unité, il existait des lits identifiés pour accueillir uniquement les patients atteints de pathologies hématologiques : « *Hormis une dizaine de lits plus identifiés hématologie.* » (Mr Laroche, cadre de santé). En définitive, ce service a développé lui aussi une spécialité.

Pour Mme Colin c'est inconcevable que le service soit organisé différemment : « *ça a été envisagé de regrouper dans chaque secteur [...] les spécialités, [...] c'est pas franchement gérable avec les entrées-sorties* » (Mme Colin, infirmière).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que ce type d'organisation facilite la gestion des lits et la gestion des ressources humaines car sur les deux unités de médecine, soit environ 150 lits, tous les professionnels ont des organisations semblables et les mêmes types de prises en charge. Effectivement, Mr Laroche confirme qu'il « *y a trois services de médecine distincts qui accueillent grossièrement les mêmes patients, les mêmes patients types, donc effectivement y a beaucoup de travail en commun entre la médecine* » (Mr Laroche, cadre de santé).

3.1.2.2 Les effectifs paramédicaux des unités de soins

Afin d'assurer la continuité des soins la journée dans le service de chirurgie du CHU, deux infirmières se relaient. « *On a une infirmière pour 14 patients sur les secteurs le matin et*

⁴ Médicale dans le sens : en opposition à chirurgicale

l'après-midi. » (Mme Martin, cadre de santé). De plus, le service dispose d'une infirmière supplémentaire pour réaliser la sortie des patients, en effet, Mme Martin explique qu'« *on avait donc rajouté une autre infirmière d'horaire de J 10h/18h qui assure en fait les sorties* » (Mme Martin, cadre de santé). Enfin, les deux services de chirurgie ont trois postes mutualisés sur les deux ailes de chirurgie digestive, dont une infirmière qui est responsable de faire les entrées de tous les patients admis en programmé. Selon la cadre de ce service : « *Il fallait se recentrer sur son cœur de métier, on a retravaillé sur les organisations sur les répartitions des tâches et donc y a eu des missions support institutionnelles qui ont été mises en place sur nos unités, On a trois postes mutualisés, une aide-soignante et une infirmière sur le flux et une infirmière sur mission pansement.* » (Mme Martin, cadre de santé). Nous observons que les organisations mises en place semblent être une sorte de division du travail au sens taylorien du terme. Henry Mintzberg affirme que « la spécialisation n'est pas une panacée, loin s'en faut ; au contraire, la spécialisation du travail est la source de nombreux problèmes, notamment de communication et de coordination. » (Mintzberg, 1982, p.90). Selon ce dernier, ce retour à l'organisation scientifique du travail peut poser des difficultés.

Dans le service de médecine de la clinique, seules deux infirmières assurent la continuité des soins sur 24 heures. Mr Laroche précise l'organisation : « *Sur un secteur donc de 11-12 lits, travaillent en 12 heures : une infirmière [...] Sauf sur le secteur hémato où là pour 11-12 lits y a deux infirmières.* » (Mr Laroche, cadre de santé).

3.1.2.3 Les effectifs médicaux des deux unités de soins

Nous observons que dans le service de chirurgie est, il y a environ dix médecins pour 28 patients, sous l'autorité d'un médecin chef de service : « *Il doit bien y avoir une dizaine de médecins, entre les PH (praticiens hospitaliers), les internes, les chefs de clinique, oh il doit y avoir une dizaine.* » (Mme Bertin, infirmière). Pour les trois services de médecine, « *on a près de 25 médecins qui, toutes spécialités confondues, qui hospitalisent dans le service* » (Mr Laroche, cadre de santé).

3.1.3 L'organisation de la cellule d'ordonnancement

3.1.3.1 Rôle et mission de l'ordonnancement

Ces deux cellules d'ordonnancement ont globalement les mêmes missions. Au CHU, il existe plusieurs services de ce type : un pour la médecine, un pour la chirurgie et un pour la nuit. Les professionnels qui y travaillent sont toutes des infirmières. Mme Bauvet, qui est infirmière à l'ordonnancement nous l'explique : « *Donc nous on s'occupe de la gestion du lit c'est-à-dire qu'on gère tous les lits de chirurgie, que la chirurgie hein parce que y a l'ordonnancement de médecine aussi.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). La mission principale de cette cellule est de gérer les flux patients : « *on s'occupe en fait de placer les entrées programmées, les patients programmés et on gère aussi le flux d'urgences chirurgicales.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Initialement, la gestion des lits était faite par les cadres de santé des unités de soins, ces derniers n'ayant pas une vision globale des lits sur plusieurs services, restaient focalisés sur leur spécialité. En effet, Mme Bertin nous raconte : « *au départ, c'était les cadres dans les services qui géraient les lits et on faisait aussi en fonction des pathologies et du chirurgien, parce que les chirurgiens aimaient bien que les patients soient dans leur service.* » (Mme Bertin, infirmière). Nous pouvons noter ici que dans cet ancien fonctionnement, le cadre de santé restait centré sur son unité et sur ses pathologies pour satisfaire les chirurgiens.

De son côté, la clinique ne dispose que d'une seule cellule d'ordonnancement, ce qui s'explique probablement par la taille de l'établissement. De plus, il existe trois modes d'admission. Mr Laroche nous explique cela : « *Les patients qui viennent des urgences, les patients qui sortent d'un cabinet de consultation ou d'une consultation d'un médecin et qui viennent directement en hospitalisation sans passer par les urgences mais c'est tout comme, c'est le même et puis ben l'hôpital programmée.* » (Mr Laroche, cadre de santé).

3.1.3.2 Le choix des compétences des professionnels de l'ordonnancement

Le CHU a fait le choix d'employer à la cellule d'ordonnancement que des infirmières, alors qu'à la clinique, c'est un service administratif qui s'en occupe et les professionnels responsables de la gestion des lits sont des secrétaires. Le parti pris de cette dernière est critiqué par l'une des infirmières : « *le placement des patients [...] ça reste de l'administratif*

donc ça ne prend pas en compte toutes les données voilà, des états... [...] Quand on n'est pas dans les soins on n'a pas le même regard en fait sur les patients. » (Mme Colin, infirmière). L'ordonnancement au CHU est un service support mais clairement orienté soins avec des infirmières et un cadre de santé. En opposition, la cellule d'ordonnancement de la clinique est marquée par l'histoire de la création de cette dernière. Effectivement, initialement les hospitalisations étaient programmées par les secrétaires à la demande des praticiens, ce qui pourrait expliquer que cette gestion purement administrative a perduré. A ce jour, c'est un cadre logistique qui a la responsabilité de la cellule d'ordonnancement de la clinique.

3.1.3.3 Les procédures formelles au sein du CHU

Le nombre de patients à héberger ayant augmenté, le cadre de santé de la cellule d'ordonnancement de la chirurgie du CHU a mis en place une charte de patients hébergeables. En effet, ce dernier avait anticipé les impacts que la fermeture des hôpitaux de semaine pouvait induire. Mme Bauvet nous l'explique : *« notre cadre, en fait, a demandé au responsable de chaque spécialité de nous faire des listes de ce qui pouvait être hébergé. Donc toutes les interventions qui pouvaient être hébergées puis celles qu'il ne fallait surtout pas héberger. »* (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Les typologies de pathologies recensées sur cette liste permettent de faciliter le placement des patients à héberger dans une autre unité. Ce sont toutes les prises en charge qui peuvent être qualifiées de « simples » et ne demandent pas de connaissances très spécifiques. Nous supposons que c'est l'un des moyens qui a été mis en place pour s'adapter à ce nouveau principe de gestion des lits.

De plus la cadre de santé de chirurgie, Mme Martin, nous a expliqué que quand l'hôpital ne disposait que de très peu de lits notamment en période hivernale, l'institution organisait des réunions de crise pour réfléchir en collectif à adapter l'organisation en urgence et trouver des solutions pour assurer l'hospitalisation des patients. Lors de ces réunions, les responsables des différents services et de plusieurs niveaux hiérarchiques font le point. Dans ces instances se rencontrent *« une bonne partie des équipes des cadres des urgences, alors déjà des directeurs de soins, directeurs administratifs, cadres supérieurs, différents PHU et puis des cadres de santé. Donc il y a les collègues des urgences, l'ambulatoire, et puis sur la chirurgie il y a aussi le cadre de l'ordonnancement qui est présent. »* (Mme Martin, cadre de santé). La mise en place de ces réunions a pour objectif de trouver des solutions pour libérer des lits (c'est à dire faire des sorties ou éviter les hospitalisations) et ainsi s'adapter à ces situations ponctuelles. Nous observons que la gestion des lits pour accueillir les patients

nécessite l'anticipation de la sortie des patients et que la programmation d'une hospitalisation est en fait l'organisation d'un séjour patient : le parcours patient.

Enfin, le CHU subit une réelle mutation dans sa conception de prise en soins des patients, l'objectif étant de maintenir et d'améliorer la qualité des soins. De toute évidence, les soignants doivent désormais ouvrir leurs champs de connaissances et sortir de l'hyperspecialisation pour ne plus craindre d'accueillir tous types de pathologies. Mme Martin nous l'explique : « *pouvoir s'échanger [...] des connaissances, partager et puis développer des compétences pour redevenir en fait service de chirurgie générale. C'est ça l'idée, d'élargir les domaines de compétences. Et que d'autres services soient en mesure d'héberger nos patients et que nous aussi on puisse leur transmettre nos protocoles, nos modes opératoires pour des patients hébergés sur ces unités.* » (Mme Martin, cadre de santé).

Finalement, la mise en place des cellules d'ordonnancement au sein de ces établissements montre la réelle volonté d'optimiser l'occupation des lits.

3.2 Tableau du profil des acteurs comme outil d'aide à la compréhension de leurs stratégies

Afin d'analyser les stratégies des différents acteurs que nous avons rencontrés, il nous a semblé nécessaire de vous présenter sous forme de tableau, les professionnels que nous avons rencontrés. Les noms des professionnels ont été modifiés afin de garantir la confidentialité des entretiens.

TABLEAU DES ACTEURS

Entretien	Identité	Fonction et ancienneté dans la fonction	Formation initiale et diplômes	Lieu d'exercice	Service et ancienneté	Éléments significatifs
n°1	Bérangère Martin	Cadre de santé 17 ans	Infrière Cadre de santé	Centre hospitalier universitaire	Chirurgie digestive 5 ans	Parcours très diversifié avant la chirurgie
n°2	Françoise Bertin	Infrière Plus de 10 ans	Infrière	Centre hospitalier universitaire	Cellule flux patient chirurgie digestive 2 ans	A travaillé 10 ans en chirurgie digestive
n°3	Lucie Bauvet	Infrière 15 ans	Infrière	Centre hospitalier universitaire	Cellule d'ordonnancement de la chirurgie 2 ans	A fait tout son début de carrière en Hépato-gastro-entérologie
n°4	Jean Laroche	Cadre de santé 25 ans	Manipulateur en électroradiologie Cadre de santé	Clinique	Médecine généraliste 4 ans	A été cadre de santé en imagerie pendant 19 ans
n°5	Sophie Colin	Infrière 26 ans	Infrière	Clinique	Médecine généraliste 4 ans	A travaillé beaucoup en intérim
n°6	Séverine Lubin	Médecin 12 ans	Médecin hématologue	Clinique	Hématologie dans Médecine généraliste 1 an	A travaillé 11 ans dans un CHU
n°7	Patricia Chauvin	Agent d'accueil Plus de 10 ans	CAP	Clinique	Cellule d'ordonnancement 9 ans	N'a aucune formation de soignante

3.3 L'analyse stratégique des acteurs dans la gestion des lits

Dans le contexte actuel des établissements de santé, nous avons constaté que le changement est omniprésent. Pour faire face à cela, tous les acteurs de l'institution doivent s'adapter. Afin de mieux comprendre les comportements des différents protagonistes. Nous allons tenter d'analyser les enjeux de chacun dans les évolutions de gestion des lits constatées.

3.3.1 Les stratégies médicales auprès des autres acteurs

Dans les deux établissements de santé, le corps médical a un poids très influant. Comme nous avons pu le voir précédemment, l'institution s'emploie à s'organiser soit autour des médecins soit autour d'une organisation par spécialités. Le CHU est structuré par services de spécialités fruits de l'héritage de l'histoire de la profession médicale. De son côté, la clinique dispose d'unités de médecine généraliste où les médecins hospitalisent leurs patients et viennent y faire leurs consultations.

3.3.1.1 Une résistance au changement

Malgré les grandes orientations stratégiques de ces établissements, les médecins ont beaucoup de difficultés à s'adapter aux changements des structures dont ils dépendent. En effet, même si la majorité des praticiens se plient aux contraintes institutionnelles, certains tentent de résister et conservent de fait un certain pouvoir. En effet, seul le médecin décide de faire admettre ou de faire sortir le patient, il détient la compétence, l'expertise donc par défaut le pouvoir. Mme Chauvin explique que « *le médecin, c'est lui qui va plus nous orienter en me disant « il faudrait qu'il soit à tel service ». C'est plus eux, nous, au niveau médical...* » (Mme Chauvin, professionnel de l'ordonnancement). Dans leur ouvrage « *L'acteur et le système* », Michel Crozier et Erhard Friedberg considèrent que « *du moment que de son intervention dépend la bonne marche d'une activité, d'un secteur, d'une fonction très importante pour l'organisation, il pourra la négocier contre des avantages et des priviléges.* » (Crozier, Friedberg, 1977, p. 85).

Nous observons que tous les acteurs exécutent la décision médicale. Dans ce nouveau contexte, ces derniers ont mis en place des stratégies auprès notamment des professionnels de l'ordonnancement, pour pouvoir garder le contrôle sur le lieu d'hospitalisation de leurs patients.

3.3.1.2 Les stratégies des médecins auprès des professionnels de l'ordonnancement

Certains médecins ou chirurgiens ont des demandes qui conduisent les professionnels de l'ordonnancement à s'adapter au quotidien. En effet, nous avons découvert qu'une minorité de praticiens qui, exerçant dans une unité spécialisée, refusent d'hospitaliser leurs patients sur d'autres unités. Ils veulent garder le contrôle sur le lieu d'hospitalisation.

Mme Martin, cadre de santé du service de chirurgie évoque que « *parmi l'équipe de praticiens hospitaliers y en a certains qui préfèrent garder leur unité en particulier sur le foie et le pancréas qui sont beaucoup plus sur le secteur* » (Mme Martin, cadre de santé). Il semblerait que certains médecins préfèrent travailler avec certaines équipes plutôt que d'autres. Nous avons observé que la problématique de compétences n'était pas justifiée mais qu'il s'agissait plutôt d'expertise. De fait, il est important d'intégrer que finalement les compétences à proprement parler ne sont pas remises en cause lors de la prise en soins des patients qui ne relèvent pas de la spécialité du service mais qu'en réalité il s'agit plus d'expertise et de confiance. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il existe une relation de confiance entre les médecins et les infirmières qui travaillent ensemble au quotidien et que sortir de ces habitudes génère de l'insécurité. Dans la revue « Soins cadres », Camille de Bovis-Vlahovic⁵ pense que « la confiance reposera sur un ensemble convergent de preuves permettant de préjuger de la fiabilité du travail ou du comportement de l'autre, de l'effectivité d'une procédure, ou de la performance d'une technique. » (Bovis-Vlahovic de, 2015, p.19). Finalement, les médecins n'arrivent pas à faire confiance aux professionnels qu'ils ne connaissent pas parce que ces derniers n'ont pas encore « fait leurs preuves ».

Les exigences que peuvent revendiquer certains médecins pour le placement de leurs patients ont des répercussions sur la charge de travail des infirmières. Mme Bauvet nous explique : « *Comme il y a trois ailes d'orthopédie, on essaie d'équilibrer pour qu'il y ait le même nombre d'entrées programmées sur chaque jour en fait [...] on est amenées par exemple toutes les interventions sur le dos et les cancers, selon le chirurgien, il faut les mettre sur telle ou telle aile.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Elle rajoute que « *ça nous a déséquilibré notre concordance puisque y a des jours où y a quatre dos du même chirurgien alors on est obligées de les mettre sur l'aile du chirurgien. Donc ça a provoqué un peu de tensions en orthopédie parce que forcément ben on a quatre dos, on a quatre entrées*

⁵ Camille de Bovis-Vlahovic, maître de conférences en gestion des ressources humaines.

et puis il n'y a rien de l'autre côté par exemple. » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Ce type de situation met en difficulté les professionnels de l'ordonnancement qui subissent d'un côté la pression médicale et de l'autre le mécontentement des soignants des unités de soins. Mme Martin, cadre au CHU, nous raconte que la mise en place de l'ordonnancement n'a pas été simple car cela a demandé notamment aux médecins de revoir leur façon de travailler. Mais finalement le changement a pu s'opérer : *« au départ elles en ont pas mal bavé puis elles ont aussi sur la cellule d'ordonnance plus toutes les pressions des chirurgiens et des médecins qui voulaient placer leurs patients dans leurs lits de façon systématique. Donc là, c'est un changement de culture. »* (Mme Martin, cadre de santé).

A contrario, à la clinique, les médecins ont toujours eu l'habitude de ne pas avoir de service de référence, ils ne remettent pas en cause cette organisation. Ils sont amenés à devoir faire plusieurs services pour voir leurs patients. Dr Lubin qui dispose de lits identifiés, nous a décrit le fonctionnement de son service : *« si c'est un patient de pneumo qui est hébergé dans notre unité, il est attribué à un pneumologue. On ne s'en occupe pas. Au quotidien, s'il a un problème, si je suis le seul médecin, j'irais le voir mais au quotidien, je ne m'en occupe pas. »* (Mme Lubin, médecin). De part ces propos, nous comprenons que la notion de territoire n'est pas que géographique. La définition de cette notion donnée par M. Robelet, M. Serré et M. Bourgueil va dans ce sens : « Les territoires professionnels sont entendus comme des ensembles de tâches et compétences exercées de façon plus ou moins exclusives par un groupe de professionnels. » (Robelet, Serré, Bourgueil, 2005, p.231). Effectivement, l'organisation médicale de la clinique n'a pas été pensée en termes de territoires géographiques (à l'exception de l'unité d'hématologie), mais bien en termes de territoires professionnels dont chaque médecin spécialiste dispose.

De plus, ils connaissent l'ensemble des professionnels et inversement, chacun des acteurs connaît les exigences et les contraintes de ses collaborateurs. Il est intéressant de noter que malgré tout, à la clinique, certains médecins émettent aussi des souhaits pour l'hospitalisation de leurs patients. Les professionnels de l'ordonnancement sont les premiers à tenter de répondre aux demandes médicales. Mr Laroche cadre de santé à la clinique nous explique que *« certains veulent hospitaliser qu'ici, d'autres ne veulent hospitaliser qu'au 4ème. En plus c'est des critères purement subjectifs, de relations avec les infirmières, enfin n'importe quoi mais ça n'a rien à voir avec la prise en charge. La prise en charge en elle-même est la même. »* (Mr Laroche, cadre de santé). Malgré le caractère subjectif de la demande, l'ordonnancement tente d'y répondre.

En définitive, dans les deux établissements, les médecins veulent la même chose, avoir « leurs équipes ». De plus, les différents professionnels s'adaptent aux souhaits des médecins, renforcent leur pouvoir et leur volonté d'avoir des demandes toujours plus spécifiques.

3.3.1.3 Les difficultés d'anticipation des médecins s'avèrent être un frein dans la gestion des lits

La gestion des lits requiert une certaine anticipation. Les processus d'accueil des patients sont relativement bien organisés mais il semblerait que la sortie du patient soit d'avantage problématique de par l'impossibilité d'anticiper cette dernière. Pour les professionnels de l'ordonnancement, c'est un sujet qui revient régulièrement.

Le médecin de la clinique que nous avons rencontré se démarque de ses confrères car elle essaie d'anticiper les sorties mais nous explique les difficultés qu'elle rencontre : « *on essaie d'anticiper le nombre de nuits pour que l'ordonnancement puisse mettre une entrée, une date prévisionnelle de sortie. Après c'est que des prévisions, parce que le patient peut rester plus longtemps, moins longtemps...* » (Mme Lubin, médecin). En effet, la programmation d'un séjour à l'hôpital ne peut pas s'anticiper de la même manière qu'un séjour à l'hôtel. L'état de santé des patients est parfois imprévisible. Des complications peuvent survenir ce qui désorganise le séjour prévisionnel. Dans le rapport de la MeaH sur la gestion des lits, les auteurs ont comparé les organisations hospitalières à celles de l'hôtellerie : « Dans la quasi-totalité des cas, le départ d'un client a lieu à la date programmée, connue dès la réservation du séjour [...] Dans la majorité des établissements observés⁶, le départ d'un patient n'est pas prévu dès son admission. La date de sortie, parfois connue du médecin à l'avance est très souvent découverte la veille ou le jour même du départ effectif par le patient, sa famille et même l'équipe paramédicale. » (Cauterman, Engel, Dejean, 2008, p.23). Cet extrait du rapport va même jusqu'à sous-entendre que le médecin ne transmet pas l'information qu'il détient. Cela renforce les constats que nous avons fait sur le pouvoir médical, la troisième source du pouvoir selon Michel Crozier et Erhard Friedberg étant l'organisation de la communication et du flux d'information (Crozier, Friedberg, 1977).

De plus, pour les médecins de la clinique, la sortie a une dimension économique qui n'est pas la même que celle de leur institution. En effet, Mr Laroche nous confie que « *c'est conscient ou pas la durée d'hospitalisation n'est pas un problème pour le médecin.* » (Mr

⁶ Sous-entendu établissements de santé.

Laroche, cadre de santé). Il précise aussi que « *l'établissement a tout intérêt à ce que le séjour du patient soit le plus court possible. Le médecin libéral, lui, pas forcément. Parce que tout passage c'est une visite, toute visite c'est une consultation.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Nous pouvons analyser que le statut libéral de ces médecins entraîne un investissement différent de celui des praticiens hospitaliers. Aussi, ils n'intègrent pas les politiques économiques de la même façon que leurs confrères. Selon Mr Laroche, les médecins s'organisent en fonction de leurs intérêts individuels pour leurs patients : « *Finalement les médecins libéraux, eux, ils ne se posent pas la question de savoir s'il y a des lits ou pas. Alors ils prévoient leurs hospitalisations [...] Ils ont prévu pleins d'hospitalisations parce qu'ils partent en vacances la semaine d'après. Donc les fibros, les contrôles, les bilans, il faut les faire maintenant parce que voilà. Et puis ben là, à l'ordonnancement c'est rideau.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Ces médecins travaillant les uns à côté des autres, ils ne prennent visiblement pas connaissance de l'état d'occupation des lits des différentes unités et prescrivent les hospitalisations sans savoir si en aval c'est possible. Mme Chauvin secrétaire de l'ordonnancement de la clinique nuance ce point de vue : « *Il y a quand même des médecins qui comprennent, qui vont dire, « bon je vais décaler un tel ». Mais c'est pas souvent. C'est souvent la bagarre. Alors nous...on en a quelques-uns de conciliants quand même heureusement.* » (Mme Chauvin, professionnel de l'ordonnancement). Au dire de cette professionnelle, nous comprenons qu'ils sont sans cesse dans la négociation avec les médecins pour rendre compatible les besoins en hospitalisation et les possibilités de placements. Selon Lionel Bellenger, la négociation est « une confrontation entre des personnes ou des groupes qui partagent plus ou moins fortement un projet commun : établir entre eux un accord. » (Bellenger, 2015, p.38). Le compromis étant de faire des sorties pour pouvoir faire des entrées. A la clinique, il n'y a pas de procédures formalisées, les professionnels de l'ordonnancement sont donc dans une zone d'incertitude que seuls les médecins maîtrisent. (Crozier et Friedberg, 1977)

3.3.1.4 La continuité des soins à la clinique : l'affaire de tous

Afin d'assurer la continuité des soins, tous les médecins libéraux de la clinique font des gardes au sein de l'établissement. Lors de ses temps de présence sur la structure, le médecin dit « de garde » assure la prise en charge de l'ensemble des patients de médecine, c'est à dire qu'il doit gérer tous types de pathologies sans distinction. Mr Laroche nous explique qu'il existe également des astreintes de spécialistes pour ne pas mettre en difficulté

les médecins de garde : « *Y a pas une présence médicale continue 24/24 dans le service [...] puisqu'il y a un système d'astreintes dans la spécialité qui permet de contacter un gastro, un pneumo si un patient présente un problème.* » (Mr Laroche, cadre de santé). En effet, de la même façon que toutes les infirmières sont compétentes pour prendre en charge tous types de patients, le praticien, avant d'être spécialiste, est médecin.

Cette organisation n'est pas sans poser de problèmes, nous a confié Dr Lubin, hématologue : « *Après, certains praticiens un peu plus vieillissants qui ont des spécialités vraiment moins généralistes disent « je ne me sens vraiment pas à mon aise », mais on est médecins, on sait examiner un patient* » (Mme Lubin, médecin). De plus, il arrive que certains médecins n'assurent pas leur mission lorsqu'ils sont d'astreinte. Dr Lubin déplore le comportement de certains de ses confrères : « *après c'est compliqué quand on a un collègue qui est dans la peine et que personne ne répond au bout du téléphone. Normalement, ça ne doit pas se passer, mais ça se passe.* » (Mme Lubin, médecin). Nous observons qu'au sein même de la communauté médicale, il existe des jeux de pouvoir. Ces pratiques déviantes face à la norme n'encouragent pas les médecins à prendre des gardes ce qui rend l'organisation du service médical continu instable. Selon Howard Saul Becker, nous pouvons dire que les médecins, dans ces situations, sont des « outsiders » qui défient la norme de l'institution (Becker, 1985). Dr Lubin explique qu'« *on essaie de réorganiser tout ça pour que justement les gens prennent des gardes, et les prennent en étant persuadés que s'ils ont un coup dur, il y aura toujours quelqu'un qui leur répondre.* » (Mme Lubin, médecin). Afin de pérenniser cette organisation, des médecins ont décidé de construire un livret qui recense les conduites à tenir en cas d'urgence. « *Il faut que chaque spécialité fasse un petit mot sur deux-trois problèmes par spécialité, [...] on se dit, tiens la détresse respi, voilà, et puis, au moins on est un tout petit peu plus rassurés.* » (Mme Lubin, médecin). Afin de sécuriser et de s'adapter aux prises en charge des patients dans cette organisation médicale, les médecins se sont finalement inspirés des protocoles partagés qui existent pour les soignants pour formaliser leurs pratiques et ont pu ainsi réduire les zones d'incertitude qui existaient. Michel Crozier et Erhard Friedberg expliquent que « ce qui est incertitude du point de vue des problèmes est pouvoirs du point de vue des acteurs : les rapports des acteurs, individuels ou collectifs, entre eux et au problème qui les concerne, s'inscrivent donc dans un champ inégalitaire, structuré par des relations de pouvoir et de dépendance » (Crozier, Friedberg, 1977, p.24). Nous pouvons imaginer que le fait de réduire les zones d'incertitude va faire perdre du pouvoir aux acteurs en question.

3.3.1.5 Les stratégies d'un médecin en particulier : la déviant face à l'organisation pré-existante

Le médecin que nous avons rencontré est l'un des deux médecins hématologues à la clinique, elle a exercé durant de nombreuses années dans un CHU. Elle a décidé de travailler à la clinique mais elle a imposé ses conditions. En effet, les dix lits d'hématologie ont été ouverts au sein de l'une des unités de médecine mais elle a exigé qu'ils soient géographiquement regroupés. Elle ne s'est pas adaptée au fonctionnement de l'institution et a réussi à imposer son organisation de travail. Nous pouvons la considérer comme déviant si nous nous référons à la définition de Howard Saul Becker car ce médecin n'a pas respecté l'organisation en place, les normes de l'institution (Becker, 1985). En effet, Dr Lubin nous explique : « *Moi, quand je suis arrivée ici, je voulais une unité de lieu. Parce que je considère que sans unité de lieu on peut pas, pour moi, on est beaucoup moins efficaces. On n'a pas une équipe formée en permanence* » (Mme Lubin, médecin). Ce médecin a transposé l'organisation des unités de soins des CHU aux lits dont elle a la responsabilité. Dr Lubin nous explique que dans les autres secteurs de soins du service de médecine, « *des fois, ça part dans tous les sens. Les médecins qui vont passer parfois tôt parfois tard, ont pas du tout les mêmes pratiques.* » (Mme Lubin, médecin). Selon elle, l'organisation des unités de médecine n'est pas efficiente. Elle considère que le manque d'uniformisation des pratiques peut entraver la sécurité des soins. « *Avec ma collègue on a un couloir, une spécialité, les mêmes pratiques, la même façon de travailler. Et je crois que quand on fait ça, on évite au maximum les erreurs.* » (Mme Lubin, médecin). D'après les dires de ce médecin, nous nous apercevons qu'elle est très imprégnée par le fonctionnement hospitalier et qu'elle tente par tous les moyens de reproduire un schéma, une organisation qu'elle connaît au sein d'une organisation pré-existante différente.

Une fois l'enregistrement de l'entretien terminé, Dr Lubin nous a confié qu'à son arrivée, elle a fait venir une partie de ses patients du CHU. Elle avait donc du pouvoir auprès de la direction pour imposer ses choix. En effet, selon Michel Crozier et Erhard Friedberg, cet acteur « tentera à tout instant de mettre à profit sa marge de liberté pour négocier sa « participation », en s'efforçant de « manipuler » ses partenaires et l'organisation dans l'ensemble de telle sorte que cette « participation » soit « payante » pour lui. » (Crozier, Friedberg, 1977, p.91).

3.3.2 Les stratégies de l'encadrement auprès des autres acteurs

Les cadres de santé ont une position centrale dans l'organisation du parcours patient. Ils sont les interlocuteurs privilégiés de leurs homologues, des médecins, des soignants, des différentes directions et de tous les services supports dont les cellules d'ordonnancement quand il en existe. En fonction de leurs interlocuteurs, les cadres de santé mettent en place différentes stratégies pour atteindre leurs objectifs notamment dans la gestion des lits. Ils ont le pouvoir du marginal-sécant que Michel Crozier et Erhard Friedberg définissent comme « un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes voire contradictoires. » (Crozier, Friedberg, 1977, p.86).

3.3.2.1 **Les stratégies d'un cadre de santé auprès des médecins**

Comme nous l'avons évoqué précédemment, seuls les médecins ont le pouvoir de décider d'hospitaliser ou de faire sortir un patient. Le parcours patient dépend intégralement de la décision médicale. Pour pouvoir répondre aux demandes notamment des directions, les cadres s'emploient à tout mettre en œuvre pour coordonner le parcours patient et le rendre optimal.

Nous avons observé que le cadre de santé de la clinique instaure dans deux types de stratégies avec les médecins. En effet, il cherche, à la fois, à répondre à leurs requêtes, à les satisfaire et, à la fois, à leur faire répondre aux commandes institutionnelles. Mr Laroche constate que « *les médecins restant les médecins, il faut toujours les contenter, donc on essaie quand même de respecter leurs souhaits* » (Mr Laroche, cadre de santé). Nous pouvons supposer que ce cadre de santé tente de satisfaire les médecins par évidence, mais en parallèle, il est capable de leur faire répondre aux demandes de l'institution. En effet, l'objectif de ce cadre de santé est d'avoir des lits de disponibles le vendredi soir. Il nous explique que « *le gros du travail de la semaine c'est de travailler sur les sorties du vendredi. C'est d'appuyer là où il faut pour que...aussi bien sur le médecin, parce qu'il faut faire ce qu'il faut* » (Mr Laroche, cadre de santé). Il nous a alors exposé que sa stratégie est de faire « *pression* ». En effet, le terme de pression est régulièrement revenu dans ses propos : « *on met une plus grosse*

pression pour faire sortir les patients plus vite, au moins ceux qui n'ont plus grand-chose à faire dans le service. » (Mr Laroche, cadre de santé).

Quand le cadre de santé de la clinique que nous avons rencontré n'arrive pas à atteindre les objectifs que lui impose la direction, il agit de façon indirecte sur les médecins, il passe par des interlocuteurs intermédiaires. Nous en avons observé trois niveaux.

Tout d'abord, ce cadre de santé intervient auprès de infirmières pour qu'elles puissent argumenter les biens fondés d'une sortie auprès des médecins. Selon Mr Laroche, l'infirmière a un rôle important à jouer dans l'organisation de la sortie des patients : « *la contribution [...] de l'infirmière, elles ne s'en rendent pas compte mais elle est hyper importante. Pour mettre le projet dans le sens de la sortie* » (Mr Laroche, cadre de santé). Ce cadre utilise toujours des moyens de pression : « *il faut trouver l'axe de communication qui va toucher telle ou telle catégorie. Les infirmières et les aides-soignantes c'est très simple. [...] Vous voulez passer un week-end tranquille vous m'aidez. Vous voulez passer un week-end difficile vous ne m'écoutez pas, vous m'aidez pas. Ça, ça marche bien.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Nous pouvons comprendre de part ce verbatim que l'argument que cet acteur utilise n'explique pas les raisons pour lesquelles des sorties doivent être faites pour le week-end, il ne parle pas de gestion des lits ou de nécessité d'avoir des capacités d'accueil notamment pour les patients en provenance des urgences. Mr Laroche a, comme levier auprès des infirmières, le confort de travail.

Ensuite, si ce premier niveau n'est pas suffisant, le cadre de santé met en place au sein de l'unité de soins des réunions appelées « cellules de crise ». Mr Laroche nous les décrit : « *ces cellules de crise avec tous les acteurs qui peuvent influencer la durée de séjour, la sortie d'un patient entrent en jeu et c'est du management par influence quoi. Docteur machin vous avez 10 entrées lundi* » (Mr Laroche, cadre de santé). Ce cadre de santé va sur un territoire qui n'est pas le sien. En effet, la sortie d'un patient relève d'une décision médicale : « *et là vous avez 12 patients dont 6 qui n'ont rien à faire dans le service. Ecoutez, à vous de voir sinon vos patients ne rentreront pas lundi.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Visiblement, pour les médecins, les entrées motivent les sorties et essentiellement cela.

Enfin, lorsque le cadre de santé de la clinique n'arrive plus à avoir de l'influence, il fait appel aux différents directeurs. La taille de la structure dans laquelle il travaille permet d'avoir davantage de relations directes avec ces derniers. C'est ce que nous explique Mr Laroche : « *quand ça ne suffit pas ben le cadre du service passe à l'étage supérieur. Voilà, donc l'aspect compact de l'encadrement en clinique favorise les choses parce qu'on saute vite*

directrice des soins, directeur général. Et puis on peut appeler le directeur général en direct qui se rappelle au bon souvenir de certains médecins. » (Mr Laroche, cadre de santé).

3.3.2.2 Les stratégies du cadre de santé du CHU auprès des infirmières

La mise en place de nouvelles politiques d'établissement impose en particulier aux cadres de santé d'accompagner les équipes dans les changements que cela implique. Les nouvelles organisations concernant la gestion des lits et l'augmentation des prises en soins des patients en dehors de leur service de référence que cela induit, ont demandé aux cadres de santé de mettre en place différentes stratégies, notamment auprès des infirmières, pour faire converger les demandes institutionnelles et les organisations de travail des soignants.

Quand les nouvelles gestions de lits ont été mises en place, l'hébergement des patients en dehors de leur service a mis en difficulté les soignants. Mme Martin, cadre de santé en chirurgie l'exprime : « *Au départ c'était difficile pour le personnel [...] Ils disaient « ben nous on n'a pas les compétences pour », donc il a fallu travailler là-dessus.* » (Mme Martin, cadre de santé). A distance, il semblerait que ces pratiques soient entrées dans les mœurs : « *maintenant il y a une forme de compétence partagée on va dire, entre les unités.* » (Mme Martin, cadre de santé). D'après les propos de cette cadre, nous pouvons en déduire que finalement, l'hébergement des patients en dehors de leur secteur, a permis aux infirmières d'élargir leurs champs de compétence, ce qui peut être valorisant pour elles. De plus, cela permet de sortir les soignants du décloisonnement par service qui existe et ainsi leur permettre de découvrir de nouvelles prises en soins. Mme Martin reconnaît que « *c'est vrai qu'on a une vision depuis quelques années beaucoup plus mutualisée. Une ouverture qui est assez intéressante avec une vision hors service. En fait, c'est ce qui est intéressant, même pour les personnels, au fur et à mesure, avec le fait d'accueillir des patients hébergés d'ailleurs, etc.* » (Mme Martin, cadre de santé). Nous retrouvons, dans les propos de Mme Martin, le terme de compétence qui est régulièrement utilisé à mauvais escient. Les soignants comme les responsables d'unités font l'amalgame entre compétences et expertise.

3.3.2.3 Les stratégies du cadre de santé auprès des professionnels de l'ordonnancement

Dans de nombreux établissements de santé, ce sont les cadres de santé qui ont la responsabilité de la gestion des lits mais à l'échelle d'une unité de soins. En conséquence, il n'y a pas la transparence que nous avons observée avec la gestion centralisée par les cellules d'ordonnancement. Nous pouvons dire que ces cadres détiennent un certain pouvoir car ils sont en possession de l'information concernant le nombre de lits disponibles. Michel Crozier et Erhard Friedberg déclarent que l'information est l'une des quatre sources de pouvoir : « L'organisation crée du pouvoir simplement par la façon dont elle organise la communication et les flux d'information entre ces unités et entre ses membres. C'est ainsi que pour pouvoir convenablement remplir la tâche ou la fonction assignée à son poste, un individu aura besoin d'informations provenant d'autres postes détenus par d'autres individus. » (id. p.86-87). L'un des cadres nous a confié que « *la première chose c'est de lâcher ses lits. Ça, ce n'est pas facile,* » (Mme Martin, cadre de santé). Néanmoins, cette perte de pouvoir ne semble pas affecter les cadres. Effectivement, ceux que nous avons rencontrés ne sont pas pour autant mécontents d'avoir délégué cette gestion. En effet, Mme Martin explique : « *moi je trouvais ça très bien parce que par moments, on passait nos journées à chercher des lits quand on était à flux tendu. [...] c'était très chronophage, donc vraiment ça a été un plus* » (Mme Martin, cadre de santé).

Désormais les cadres de santé sont obligés de passer par les professionnels de l'ordonnancement pour réguler certaines situations et ils mettent différentes stratégies en place auprès de ces derniers. La dépossession de la gestion des lits leur a fait perdre une certaine marge de manœuvre donc de pouvoir. Au travers de nos entretiens, nous avons pu mettre en évidence deux types de situations dans lesquelles les cadres de santé interpellent l'ordonnancement.

Dans un premier temps, nous avons constaté que la cellule d'ordonnancement n'est pas en capacité, ni de connaître le niveau de charge de travail des unités de soins, ni d'évaluer la lourdeur en soins des patients à admettre. Mme Martin rapporte que « *quand il y a des éléments un peu critiques sur nos difficultés, alors il suffit qu'on ait de l'absentéisme par exemple inopiné ou des besoins spécifiques pour des patients, des besoins en chambres seules ou quand on identifie des situations un peu particulières, à ce moment-là on se met, nous les cadres, en lien avec la cellule.* » (Mme Martin, cadre de santé). Mr Laroche ajoute : « *quand*

j'ai eu personnellement dix entrées dans la journée, que les infirmières sont venues me voir à tour de rôle en me disant « ça va s'arrêter quand ? on n'en peut plus, on n'en peut plus », que je regarde dans les autres services de médecine ce qu'il s'est passé et que je vois qu'elle a eu deux là et un là-bas et dix ici, je prends mon téléphone et je passe une ronflée à l'ordonnancement en disant faudrait peut-être que ça tourne un peu. » (Mr Laroche, cadre de santé). Au vu de ces verbatim, nous comprenons que même si les cadres de santé ne maîtrisent plus la gestion des lits, ils ont suffisamment de poids pour pouvoir influer sur cette gestion. Leur principal objectif est de permettre à la cellule d'ordonnancement de connaître le degré de charge de travail pour que les professionnels de l'ordonnancement adaptent la gestion des lits au regard de l'activité. En fine, les cadres de santé cherchent à équilibrer la charge de travail et ainsi assurer la sécurité et la qualité des soins. Cependant, ils le font aussi pour ne pas subir le mécontentement des soignants débordés. Face aux requêtes que formulent les cadres de santé, les professionnels de l'ordonnancement sont à l'écoute. Le cadre de la clinique, Mr Laroche explique que pour lui le fait d'entretenir des relations de proximité avec les secrétaires de l'ordonnancement favorise l'atteinte de ses propres objectifs : « *Ils ont une grande connaissance de l'informel, des habitudes, des souhaits. On arrive à leur faire passer des messages aussi. Si tu peux faire entrer que dix patients lundi et quelques-uns mardi parce que on est... ça communique beaucoup quand même hein. Moi je passe tous les jours à l'ordo.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Mme Chauvin, infirmière à l'ordonnancement du CHU, nous livre son point de vue : « *Après si le cadre nous demande, nous, on le fait [...] Le cadre plus souvent nous dit « ça t'ennuie de le mettre dans une autre aile, parce que là déjà c'est assez lourd ? » donc là bon on essaie, mais c'est en fonction des disponibilités.* » (Mme Chauvin, professionnel de l'ordonnancement). Pour Mr Laroche, la communication est très importante pour comprendre les contraintes des uns et des autres : « *Quand vous discutez avec les gens, quand vous exprimez vos difficultés, faut leur expliquer, ils ne peuvent pas tout deviner non plus à l'ordo. Quand on leur explique pourquoi « ça va être compliqué lundi ce que tu m'as préparé, essaie de pas recommencer pour telle ou telle raison », les filles à l'ordo elles comprennent.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Finalement, pour les deux cadres, la communication est essentielle pour faire le lien entre la cellule d'ordonnancement et les équipes de soins.

Dans un second temps, nous avons observé que les cadres de santé pouvaient aussi influer sur la gestion des lits pour éviter les erreurs d'hébergement. En effet, les professionnels de l'ordonnancement ont le motif d'hospitalisation mais il leur manque parfois des données majeures. Mme Martin nous raconte une situation qu'elle a rencontrée et qui

aurait pu mettre les infirmières en grande difficulté et surtout le patient en danger : « *Parfois il est arrivé qu'il y ait eu des « ratés » sur des profils patients qu'on n'accueille pas [...] l'autre jour on a voulu nous placer un patient qui venait d'être trachéotomisé or, nous, nous n'avons pas le matériel en cas d'urgence pour la surveillance du patient trachéotomisé. [...] Donc là effectivement, on a un rôle de contrôle de la sécurité et de la qualité de soins.* » (Mme Martin, cadre de santé). Dans cette situation, nous pouvons imaginer que le cadre a pu anticiper et stopper le processus parce qu'elle a gardé un regard sur les types de patients admis. Elle reste peut-être dans le contrôle parce qu'elle considère que le système n'est pas infaillible.

3.3.3 Les stratégies des professionnels de l'ordonnancement

La gestion des lits centralisée par une cellule d'ordonnancement permet d'avoir une vision d'ensemble des disponibilités en lits et permet d'organiser les parcours patients. Les professionnels qui y travaillent, de par leurs missions sont en lien avec de nombreux interlocuteurs. A leur niveau, ces acteurs ont mis des stratégies en place pour atteindre leurs objectifs tout en essayant de répondre aux demandes de tous.

3.3.3.1 Les stratégies des professionnels de l'ordonnancement auprès des médecins

Lorsque les professionnels de l'ordonnancement du CHU sont amenés à hospitaliser des patients en dehors de leurs services de référence, Mme Bauvet, infirmière à la cellule d'ordonnancement, nous explique la procédure qui permet d'avertir les chirurgiens : « *on a un mail préparé, donc on rentre tous les noms des patients qui sont à héberger. Et à chaque chirurgien on envoie le mail pour préciser que leur patient va être hébergé dans tel service. Et on met en copie les cadres des services.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Ils ne demandent pas l'autorisation d'héberger, ils informent uniquement les médecins. Ces derniers ont intégré l'organisation en place. Mais nous l'avons vu précédemment, certains chirurgiens ont des exigences quant au lieu d'hospitalisation de leurs patients. Mme Bauvet nous raconte : « *en chirurgie viscérale par exemple y a deux chirurgiens qui exigent qu'on mette les patients sur l'aile sud de la chirurgie digestive. Ça, il n'y a pas à discuter, c'est comme ça, donc on le sait, donc on fait en sorte de. Si jamais on ne peut pas, on appelle le chirurgien pour lui demander l'autorisation.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Ces professionnels connaissent l'informel, ne résistent

pas et s'adaptent à ces personnalités médicales. Jean Michel Morin, dans son ouvrage « La Sociologie », définit aussi le pouvoir de manière relationnelle : « A peut modifier la possibilité que B possède d'agir d'une certaine façon, dans des circonstances déterminées » (Kaplan, cité par Morin, 2010, p.38). Nous pouvons transposer cette définition à notre situation où A serait le médecin et B le professionnel de l'ordonnancement.

Mme Chauvin explique qu'elle est parfois impuissante face à certaines situations : « *Oui, des fois on alerte parce que nous aussi on s'aperçoit, on fait que d'alerter, c'est tout. On n'a pas de pouvoir.* » (Mme Chauvin, professionnel de l'ordonnancement). Mais elle a malgré tout des ressources. En effet, quand la professionnelle de l'ordonnancement de la clinique se trouve en difficulté avec les médecins, elle passe par l'intermédiaire de la direction des soins : « *On est toujours en train de se bagarrer, [...] la directrice de soins, là-dessus elle est super, on l'appelle et c'est elle qui va nous donner les bonnes directives, parce que nous, le médical, on sait pas...* » (Mme Chauvin, professionnel de l'ordonnancement). Dans l'impasse face à la situation, cette professionnelle sait utiliser le pouvoir des règles organisationnelles : « la règle devient un moyen de protection pour les subordonnées, qui peuvent se réfugier derrière elle comme l'arbitraire de leur supérieur. » (Crozier, Friedberg, 1977, p.89). Nous observons qu'elle est capable de contraindre les médecins qui, selon ces auteurs, sont le « supérieur hiérarchique », en faisant appel à d'autres autorités.

3.3.3.2 Les stratégies des professionnels de l'ordonnancement auprès des infirmières

Durant nos entretiens, nous n'avons pas relevé que les professionnels de l'ordonnancement employaient des stratégies auprès des cadres de santé, alors que nous l'avions constaté précédemment. Par contre, l'ordonnancement est en relation régulière avec les infirmières. Les professionnels de l'ordonnancement détiennent un certain pouvoir sur les infirmières de unités de soins car ce sont elles qui ont le pouvoir de décision sur le placement des patients.

Nous avons pu observer que c'est l'ordonnancement qui détient les droits informatiques pour faire des changements de chambres par exemple : « *Ça doit passer obligatoirement par nous. C'est-à-dire que si elles, dans le service, elles souhaitent changer un patient de chambre parce qu'il y a par exemple une personne âgée délirante, ou qui a des troubles cognitifs, eh bien, avant de faire le changement, il faut d'abord qu'elle nous appelle*

pour qu'on puisse valider ce changement. (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Selon Mr Laroche, c'est indispensable que ce soit ces professionnels qui s'en chargent : « *c'est l'ordo qui trace. Parce que sinon, si tout le monde trace tout. Alors il y a un peu plus de rigidité. Les soignants ont des qualités mais la rigueur administrative et informatique n'est pas forcément leur plus grande qualité. Donc on préfère que ce soit les pros de la gestion de lits qui tracent correctement.* » (Mr Laroche, cadre de santé). Selon ce cadre, les infirmières ne sont pas suffisamment rigoureuses sur ce point. Mais est-ce un argument recevable ? Dans le cas de figure décrit ci-dessus, nous sommes dans le pouvoir de l'expert, seules les secrétaires de l'ordonnancement sont suffisamment formées au logiciel. (Crozier, Friedberg, 1977).

Nous avons remarqué que la professionnelle de l'ordonnancement du CHU est davantage dans l'anticipation en ce qui concerne les patients hébergés. Elle prend les devants pour pouvoir répondre aux questions de ses collègues qui doivent héberger : « *des fois, on demande aux filles du TEC⁷, c'est quoi la prise en charge en post-opératoire par exemple.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Elle nous dit : « *on est aussi effectivement des infirmières donc on sait* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Nous pouvons penser que, de par ses compétences d'infirmière, elle est capable d'anticiper les difficultés que peuvent rencontrer ses homologues dans les unités de soins. Elle anticipe pour pouvoir les rassurer et ne pas subir leur mécontentement. Pour ce faire, Mme Bauvet est en contact direct avec l'infirmière de flux⁸, elles travaillent en collaboration. C'est ce que nous raconte Mme Bertin : « *donc, l'ordonnancement, ordinairement, nous appelle le midi en nous disant : « voilà cet après-midi vous allez avoir deux hébergements de telle spécialité ».* » (Mme Bertin, infirmière). Il n'y a donc pas de « mauvaise » surprise pour le service et nous pouvons imaginer que le patient est accueilli dans de meilleures conditions. De plus, Mme Bauvet ajoute : « *quand on héberge, on demande systématiquement que le dossier soit préparé [...] par le service de référence.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). L'infirmière de flux n'est donc pas obligée d'aller dans chaque service de spécialité chirurgicale récupérer les documents nécessaires à l'hospitalisation. Ces stratégies d'anticipation fonctionnent comme nous le confie Mme Bauvet : « *je vois bien depuis deux ans, même s'il peut y avoir de l'agressivité parfois, les relations se sont améliorées. Elles nous font de plus en plus confiance. Et elles savent qu'on n'est pas là pour faire n'importe*

⁷ TEC : Tête Et Cou

⁸ Pour rappel, l'infirmière de flux gère l'admission des patients.

quoi. On les écoute, on fait attention à ce qu'elles nous disent. On fait en sorte de satisfaire tout le monde. On n'est pas butées. » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Ce que dit Mme Bauvet correspond tout à fait à ce que décrit Camille Bovis-Vlahovic : « Ainsi la confiance est un construit activé par certaines conditions. Ces dernières sont : la loyauté, l'accessibilité (mentale), la disponibilité et la prédictibilité. » (Bovis-Vlahovic, 2015, p.18).

Lors des hébergements de patients au CHU, ce sont les infirmières de l'ordonnancement qui sont chargées de prévenir ces derniers qu'ils vont être hospitalisés dans une autre unité que celle dont ils dépendent. Mme Bauvet adopte une attitude plutôt rassurante à leur égard : « *Donc on appelle chaque patient qu'on a à héberger. On leur explique que faute de place dans le service il va être... alors on les rassure, bien sûr, on leur dit que la prise en charge sera la même...* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Prévenir en amont les patients, c'est également de l'anticipation. Cela permet de préparer le patient afin qu'il ne soit pas surpris et ainsi nous imaginons garantir un meilleur accueil.

3.3.4 Les stratégies d'adaptation et d'anticipation des infirmières des services de soins

Face à toutes les mutations de leurs établissements de santé, les infirmières doivent en permanence s'adapter. Dans le cadre des évolutions de la gestion des lits, nous avons pu observer lors de nos explorations de terrain que les infirmières avaient de nombreuses ressources pour pouvoir anticiper et s'adapter aux changements qu'elles rencontraient. Malheureusement, lors des entretiens que nous avons réalisés, nous n'avons pas pu mettre en évidence les stratégies des infirmières auprès d'autres acteurs.

3.3.4.1 S'adapter pour tendre vers la polyvalence

Ces mutations supposent la polyvalence de certains professionnels et notamment celle des infirmières. L'infirmière de l'ordonnancement du CHU nous explique : « *c'est ce que demande le CHU aussi. C'est de la polyvalence donc voilà. C'est leur politique de toute façon, d'être polyvalent, de pouvoir accueillir tout le monde et traiter tout le monde. Sauf que, en l'occurrence ce n'est pas la réalité. On ne devient pas polyvalent comme ça.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Dans ce qu'elle exprime, Mme Bauvet évoque la résistance au changement. Mr Laroche, le cadre du service de médecine généraliste nous fait remarquer que « *les infirmières en service spécialisé peuvent être plus pointues dans le*

domaine, mais finalement, leur petit sac à dos est beaucoup moins rempli que celles d'un service général qui peuvent au bout de quelques mois, quelques années, faire face à tout type de situations, de tout type de pathologies. » (Mr Laroche, cadre de santé). Selon Jean-Charles Erny, cadre de santé, la polyvalence est définie comme « la qualité d'un individu qui a plusieurs spécialités » (Erny, 2011, p.20). Ce même auteur, explique que pour lui, « la polyvalence se distingue de la mobilité. La polyvalence entretient des liens étroits avec la mobilité, néanmoins elle ne se réduit pas à des changements de postes mais fait référence à un élargissement des tâches assumées. » (Erny, 2010, p.93). Nous pouvons donc affirmer que les infirmières du service de médecine de la clinique sont polyvalentes contrairement aux infirmières de chirurgie qui s'estiment spécialisées voire hyper spécialisées.

Effectivement, les infirmières des unités de soins ont une très bonne connaissance de la spécificité des prises en soins dans le service où elles exercent. Elles maîtrisent les habitudes d'organisation et celles des médecins. De fait, lorsqu'elles doivent s'occuper des patients dits « hébergés », ces dernières semblent être déstabilisées. C'est ce que confirme l'infirmière qui exerce au sein du CHU : « *on peut faire les soins de base mais dès que c'est des questions un peu plus spécifiques ou des soins un peu plus spécifiques, il manque la formation quoi.* » (Mme Bertin, infirmière). Selon les dires de cette dernière, elle ressent le besoin de formation, il lui manque des connaissances.

De la même façon, à la clinique, Dr Lubin appuie ce constat : « *on se rend compte, quand [...] l'ordonnancement nous met des patients ailleurs, [...] le personnel est pas formé à notre activité, du coup, là le personnel n'est pas à l'aise* » (Mme Lubin, médecin). Néanmoins, l'infirmière de la clinique, que nous avons rencontrée, n'a pas la même vision des choses. Selon elle, c'est une réelle plus-value d'exercer dans un service généraliste : « *ça fait pratiquer pas mal de soins [...] ça permet aussi de garder une pratique, enfin, d'exercer pas mal de choses, quoi.* » (Mme Colin, infirmière).

Le CHU a essayé de mutualiser des équipes soignantes mais Mme Martin, cadre de santé, nous explique que ce n'est pas toujours pertinent : « *les services de médecine hépato-gastro ont été mutualisés avec de la chirurgie, à une période, avec nos lits d'hôpital de semaine et ça a été un peu un fiasco. [...] Il y a eu des formations, il y a eu de l'accompagnement du personnel par rapport aux compétences mais une perte de substance, quand, à un moment, on ne tourne sur un service qu'une fois toutes les 7 semaines* » (Mme Martin, cadre de santé). D'après les propos de Mme Martin, la mise en place de formations et l'accompagnement des professionnels ne sont pas suffisants. En effet l'intégration des

connaissances ne peut s'opérer que lorsqu'il y a une mise en pratique régulière de ces dernières.

Dans le cadre des « hébergements », Mme Bertin, infirmière, a pris l'initiative d'accueillir elle-même les patients de son service qui devaient être hébergés ailleurs : « *ça m'est arrivé de faire rentrer des patients ici, de répondre à ses questions et de faire avec lui le dossier et une fois que tout était fait, l'accompagner dans le service d'accueil et le déposer dans la chambre en lui disant « j'ai vu avec vous le dossier, est-ce que j'ai répondu à toutes vos questions ? Maintenant c'est l'autre équipe qui effectivement n'a pas toutes les connaissances sur le service du digestif qui va vous prendre en charge ».* » (Mme Bertin, infirmière). Cette prise d'initiative part d'un élan de solidarité, mais cela nous laisse à penser que le fait de « faire à la place de » ses collègues, les empêchent finalement d'acquérir de nouvelles connaissances.

En définitif, Mme Bauvet, infirmière à l'ordonnancement, constate que les infirmières se sont adaptées à la prise en soins des patients « hébergés » : « *Au final, elles finissent par être habituées, comme on met à peu près toujours les mêmes interventions en hébergement, c'est vrai qu'elles ne sont plus trop surprises de prendre en charge de l'ophtalmo par exemple en chirurgie digestive* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement). Nous comprenons que proposer toujours les mêmes typologies de pathologies permet aux infirmières d'acquérir des connaissances sur les prises en charge de spécialités qu'elles ne maîtrisaient pas, et ainsi, de moins appréhender les « hébergements ». Elles ont développé un « sentiment d'efficacité personnelle ». Selon Jean Charles Erny, « le sentiment d'efficacité personnelle est [...] une croyance plus ou moins forte de l'acteur en ses capacités. Il s'agit d'une ressource interne à la personne qui sera mobilisée en fonction du contexte environnemental. » (Erny, 2010, p.95).

3.3.4.2 L'anticipation moyen de garantir la qualité des soins

Lors des explorations que nous avons réalisées sur ce terrain, nous avons pu observer qu'à différents niveaux, il existait de l'anticipation. Tout d'abord nous avons pu mettre en exergue l'anticipation à l'initiative de l'institution mais aussi à l'initiative des infirmières. Néanmoins, l'institution n'a pas anticipé tout ce qu'impliquait l'hébergement des patients en dehors du service de spécialité, notamment au niveau du système d'information.

Afin de permettre aux professionnels de réaliser des soins de qualité, les établissements de santé ont tous une obligation, dans le cadre de la certification de formalisation des pratiques professionnelles. Ces protocoles et procédures qui en découlent sont généralement inscrits dans des bases de données informatisées, consultables par tous. Lors des entretiens que nous avons réalisés, nous avons pu constater que ces outils étaient un moyen d'anticipation mis en place pour que les soignants aient des documents de référence.

Mme Colin, infirmière à la clinique, explique : « *on en avait fait la demande pour nos patients qui parfois décompensent du point de vue respiratoire. C'est toujours le même parcours de ces patients-là qui sont fragiles en fait, où souvent, on fait faire les mêmes choses, mais que ce soit une procédure écrite ça permettrait d'agir plus vite. Et puis pour les personnes qui connaissent moins... de moins paniquer par rapport à des situations.* » (Mme Colin, infirmière).

Les protocoles et procédures permettent également de faciliter les prises en soins des patients « hébergés ». Ainsi Mme Martin, cadre de santé au CHU, nous décrit le fonctionnement dans son établissement : « *y a des procédures, des modes opératoires [...] pour les hébergements d'autres spécialités sur notre service [...] par l'intranet on peut trouver, on peut trouver par PHU, chaque PHU a travaillé aussi ses modes opératoires. On retrouve le protocole.* » (Mme Martin, cadre de santé). Mais malgré tout, Mme Bertin, infirmière dans ce même établissement, n'est pas satisfaite des outils qu'elle a à disposition : « *Donc il y avait eu la mise en place de protocoles, un petit peu de prise en charge, mais, voilà, c'est pas... je dirais que c'est pas parfait.* » (Mme Bertin, infirmière). Nous pouvons en déduire que la base de données qu'elle possède n'est pas exhaustive et ne peut-être le seul moyen pour recueillir les informations nécessaires aux prises en charge spécifiques.

Mme Bertin, infirmière, nous relate qu'à son niveau, pour anticiper la prise en soins de patients qui ne relèvent pas de son unité, elle lit les dossiers de ces derniers avant leur entrée : « *Souvent, j'aime bien, avant leur arrivée, lire un peu dans le dossier ce pourquoi ils rentrent et si éventuellement j'ai des questions, moi, j'appelle les infirmières dans le service respectif pour avoir plus d'informations parce que voilà...* » (Mme Bertin, infirmière). Comme nous l'avons remarqué précédemment, les infirmières peuvent avoir le sentiment de ne pas être à leur aise. Nous pouvons imaginer que l'anticipation que met en place cette soignante lui permet d'être rassurée et peut-être même d'avoir le sentiment d'être plus crédible face aux patients. Enfin, dans certaines situations, Mme Bertin nous raconte qu'elle anticipe les besoins en médicaments : « *Par exemple, pour les hébergements d'ophtalmologie, on leur demande systématiquement qu'avec le dossier, ils nous fassent descendre les gouttes. Parce*

que nous c'est, enfin, dans notre pharmacie on n'a pas de collyre. » (Mme Bertin, infirmière). Pour ce faire nous pouvons imaginer qu'elle sait déjà ce qu'il va lui manquer et qu'elle a donc une certaine connaissance des prises en soins, mais que ça n'est pas toujours le cas. Elle ne peut anticiper que ce qu'elle peut prévoir.

Enfin, les systèmes d'information en place ne répondent pas aux besoins des professionnels lorsqu'ils hébergent d'autres patients. Mme Martin, cadre de santé du service de chirurgie, raconte : « *voyez des patients d'uro qui ont été vus par des anesthésistes en consultation d'anesthésie, alors quand ils nous arrivent en dernière minute, on n'a pas le compte rendu informatique de l'anesthésiste. Après faut aller le chercher sur le secrétariat d'urologie. C'est compliqué quoi.* » (Mme Martin, cadre de santé). Elle ajoute : « *après, même la gestion des transports du patient par le logiciel de transport où on se rend compte qu'un patient devrait être hébergé dans une autre unité. En fait nous pour le récupérer il faut le re-reentrer, enfin revoir avec le service d'admission* » (Mme Martin, cadre de santé). Nous pouvons penser que ce manque d'anticipation cumulé aux lourdeurs administratives induit des démarches chronophages pour les professionnels. Cela augmente leur charge de travail et peut générer du mécontentement au sein des équipes. L'institution n'a pas su anticiper toutes les conséquences que ce changement de gestion des lits a provoquées.

3.3.4.3 Une nécessaire adaptation pour les infirmières

Afin d'assurer la prise en soins des patients « hébergés », nous avons pu constater lors de nos entretiens, qu'elles avaient des capacités d'adaptation et qu'elles étaient en mesure de mobiliser leurs ressources individuelles. Ceci étant dit, les actions supplémentaires que cela induit désorganisent leur travail. Mme Bauvet, infirmière à l'ordonnancement du CHU, nous explique que pour avoir des informations sur les prises en soins spécifiques, les infirmières appellent leurs homologues du service concerné : « *il faut poser la question, faut appeler ses collègues, qu'est-ce qu'il faut faire dans tel ou tel cas. Mais bon, ça ne fluidifie pas le travail.* » (Mme Bauvet, professionnel de l'ordonnancement).

Même si les infirmières s'adaptent à ces contraintes, elles ne sont pas pour autant satisfaites des prises en charge. Mme Bertin, infirmière en chirurgie, nous confie son ressenti : « *Moi, personnellement, je n'aime pas savoir que je vais avoir des hébergements parce que si le patient a des questions, je saurais pas forcément y répondre et j'aime pas laisser les patients avec des interrogations. Donc, je ne vis pas forcément très très bien les hébergements. C'est toujours quelque chose d'inconfortable.* » (Mme Bertin, infirmière).

Nous remarquons chez cette infirmière que son manque de connaissances, d'expertise la met dans l'embarras face aux patients, elle se sent déstabilisée. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle craint de ne pas pouvoir créer un lien de confiance avec le patient nécessaire pour l'adhésion aux soins. Ce qu'elle nous relate des comportements des patients va dans ce sens : « *Souvent il arrive, il grogne. Parce que il n'est pas dans le bon service.* » (Mme Bertin, infirmière). Cependant, elle nuance : « *mais, bon, ça se passe relativement bien. Parce qu'on les accueille, on les installe, après, enfin, moi, je suis cash avec eux, je leur dis, effectivement, vous n'êtes pas dans le bon service. Je peux répondre à certaines de vos questions mais il y a des questions pour lesquelles je ne pourrais pas vous répondre.* » (Mme Bertin, infirmière). Finalement, cette infirmière dépasse ses craintes et use d'honnêteté pour mettre en confiance les patients.

Au cours de cette analyse nous avons pu observer deux organisations différentes : un CHU organisé par service de spécialités et une clinique organisée autour de l'activité libérale des médecins. Les deux établissements disposent d'une cellule d'ordonnancement pour optimiser la gestion des lits. Nous avons pu mettre en évidence les différentes stratégies d'acteurs qui existent autour de cette organisation.

Tout d'abord, les médecins fonctionnent de la même façon dans les deux structures ; leur statut leur donne du pouvoir au sein de l'institution et sont de fait très influents.

Ensuite, les deux cadres de santé peuvent être considérés comme « marginal-sécant » mais nous avons observé cependant que ces deux protagonistes ont des stratégies différentes. En effet, nous avons constaté que l'un d'eux fait pression de façon directe ou indirecte sur les autres acteurs et ne fait pas de management de fond pour améliorer les organisations sur le long terme. Le second cadre de santé semble agir de façon beaucoup plus collaborative avec ses interlocuteurs.

Les infirmières ont mis en place des stratégies d'adaptation en développant des capacités qui leurs permettent de faire face aux changements.

Enfin, nous avons découvert que les professionnels de l'ordonnancement n'ont pas les mêmes compétences. Au sein de la clinique, ce sont des secrétaires qui travaillent à l'ordonnancement alors qu'au CHU, le choix a été fait de mettre une compétence infirmière. De fait, elles n'ont pas le même regard sur la gestion des lits. Pour autant les unes et les autres ont un point commun car elles détiennent le pouvoir du placement des patients.

Tous les acteurs que nous avons rencontrés mettent en place des stratégies auprès des autres professionnels afin de garder une marge de liberté dans la gestion des lits.

CONCLUSION

Dans le contexte actuel, les établissements de santé font face à de nombreuses transformations organisationnelles afin d'optimiser leurs ressources et ainsi répondre aux exigences économiques dans un objectif d'efficience et de performance. C'est dans ce cadre que l'amélioration de la gestion des lits est devenue une priorité nationale. Plusieurs études ont été réalisées à ce sujet. Il en ressort que la centralisation de la gestion des lits par des cellules d'ordonnancement semble nécessaire afin d'avoir une vision globale des disponibilités en lits et ainsi fluidifier les parcours patients. Cette nouvelle organisation induit la prise en soins de patients en dehors du secteur spécialisé dont ils dépendent. Initialement, nous avions envisagé que le manque d'expertise était la problématique centrale dans cette nouvelle organisation. Mais nous avons découvert lors de nos entretiens exploratoires que les incidences sur le travail des soignants étaient relativement maîtrisées par des règles formalisées mais qu'il avait des stratégies d'acteurs autour de la gestion des lits. Nous avons rencontré sept professionnels dans deux établissements différents : des médecins, des cadres de santé, des infirmières et des professionnels de l'ordonnancement. Lors de ces rencontres, nous avons tenté de nous positionner en tant que chercheur clinicien afin de pouvoir mettre en évidence les différentes stratégies des acteurs.

L'analyse de ces entretiens nous a permis de découvrir le fonctionnement de deux systèmes, un CHU et une clinique. Tous deux disposent d'une cellule d'ordonnancement pour optimiser la gestion des lits. Dans ces institutions, l'activité des médecins n'est pas organisée sur le même schéma. Au sein de l'établissement public, les services sont organisés autour de la spécialisation des praticiens. Au niveau de la clinique, il n'y a pas de médecins salariés car ils interviennent dans les unités d'hospitalisation non spécialisées, sur un mode d'exercice libéral. Néanmoins, leurs stratégies auprès des autres acteurs sont relativement semblables. Ils détiennent un certain pouvoir qui leur permet d'atteindre leurs objectifs individuels. Nous avons également observé que l'un des cadres de santé fait pression dans son rôle auprès de tous les acteurs. Il semble agir dans l'urgence lors des situations complexes mais ne fait pas de management de fond au sein de son unité. Les deux cadres de santé n'ont pas la main sur la gestion des lits mais ils conservent pour autant un contrôle à distance. Ces derniers mettent des stratégies en place auprès des professionnels de l'ordonnancement pour pouvoir intervenir quand c'est nécessaire. Malgré l'anticipation dans une organisation par des procédures formalisées, les infirmières du CHU n'ont pas d'autres choix que de mettre en place des

stratégies d'adaptation pour prendre en charge les patients ne relevant pas de leur service spécialisé et d'élargir ainsi leur champ de connaissances. De plus, nous avons constaté qu'elles sont en mesure de mobiliser des ressources afin d'être dans un processus d'anticipation. Enfin, nous avons découvert que les professionnels de l'ordonnancement des deux structures n'ont pas les mêmes compétences. Le CHU a fait le choix d'employer des infirmières à l'ordonnancement, alors qu'à la clinique, ce sont des secrétaires qui y travaillent. La gestion des lits au sein de cette dernière est basée sur un raisonnement purement arithmétique alors que les infirmières du CHU sont capables de raisonnement clinique qui leur permettent d'évaluer la charge de travail induite par les admissions. De plus, les deux professionnels de l'ordonnancement ont une très bonne connaissance de l'informel ce qui leurs permet de s'adapter aux demandes des autres acteurs. Pour conclure, ce nouveau mode de gestion des lits nécessite un réel changement de culture de la part de tous ces protagonistes. De fait, chacun doit réduire sa zone d'incertitude et donc perdre du pouvoir.

À termes, cette nouvelle gestion des lits va-t-elle transformer massivement les organisations hospitalières ? Est-ce que les services seront structurées autour du parcours du patient, c'est à dire plus par spécialité mais par mode d'hospitalisation : ambulatoire, conventionnel ? Dans quelle mesure ces mutations impacteront l'expertise infirmière au profit d'une polyvalence dans leurs pratiques ? Les acteurs vont-ils perdre de leur identité professionnel en perdant leur spécialité ? Enfin, comment la fonction de bed-manager va-t-elle évoluer et quelle place va-t-elle prendre dans les organisations ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages :

- Akoun A, Ansart P. Dictionnaire de sociologie. Tours, 1999 ; 587p.
- Autissier D, Moutot J-M. Méthode de conduite du changement : Diagnostic, accompagnement, pilotage. Paris, 2013 ; 22p.
- Becker S-H. Outsiders, études de sociologie de la déviance. Paris, 1985 ; 247p.
- Bellenger L. La négociation. Paris, 2015 ; 128p.
- Bourdieu P. Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de « trois étude d'ethnologie kabyle ». Genève, 1972 ; 429p.
- Cabin P, Choc B. Les organisations, État de savoir. Paris, 2005 ; 435p.
- Campenhoudt L-V, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, 2011 ; 272p.
- Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris, 1977 ; 500p.
- Formarier M, Jovic L Jouteau-Neves C et al. Les concepts en sciences infirmières (2ème édition). Toulouse, 2012 ; 328p.
- Mintzberg H. Structure et dynamique des organisations. Paris, 1982 ; 434p.
- Morin J-M. La sociologie. Paris, 2010 ; 160p.
- Tremblay M. L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir. Montréal, 2001 ; 320p.
- Vincent C-P. Heuristique : Création, Intuition, Créativité et Stratégies d'Innovation. Paris, 2012 ; 596p.
- Zarifian P. Objectif compétence. Pour une nouvelle logique. Paris, 1999 ; 229p.

Article de revus :

- Bovis-Vlahovic de C. Le rôle de la confiance dans les pratiques de travail. Soins cadres. 2015 ; N°96 : 16-20.
- Coudray C, Ancillotti J-P. Expliciter l'anticipation. Expliciter. 2010 ; N°86 : 1-18
- Durand-Gautheret J. D'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours : La gestion des lits au CHU de Nîmes. Gestion hospitalière. 2015 ; N°549 : 457-461.
- Erny J-C. A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle. Soins cadres. 2011 ; N°80 : 20-22.

- Erny J-C. Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. Recherche en soins infirmiers. 2010 ; N°101 : 91-97.
- Lewin, K. 1939, Théorie de terrain et expérience en psychologie sociale : concepts et méthodes. American Journal of Sociology. 1939 ; N°44 Vol : p. 868-897.
- Meirieu P. Si la compétence n'existe pas il faudrait l'inventer... Revue EPS. 2005 : 1-12.
- Missonnier S. La prévention, l'anticipation et la prédition. Spirale. 2007 ; N°41 : 85-96.
- Moriceau C, Vallée J-C, Roux T. Gestion des lits et ordonnancement du circuit patient : un dispositif innovant expérimenté au CHU de Nantes. Revue hospitalière de France. 2013 ; N°552 : 36-43.
- Pinell P. Champ médical et processus de spécialisation. Actes de la recherche en sciences sociales. 2005 ; N°156-157 : 4-36.
- Robelet M, Serré M, Bourgueil Y. La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles. Revue française des affaires sociales. 2005 ; N°1 : 231-260.

Études ou rapports :

- Cauterman M, Engel F, Dejean D. La gestion des lits dans les hôpitaux et cliniques : Bonnes pratiques organisationnelles et retours d'expérience. Mission nationale d'expertises et d'audits hospitaliers (MeaH). Paris ; 2008.
- Kiener C, Le Mouél B, Baud C, Letin A. Gestion des lits : vers une nouvelle organisation. Tome 1 : Cadrage, diagnostic et plan d'actions. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Paris ; 2015.

Webographie :

- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Programme national de gestion des lits [en ligne] disponible sur <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/diffuser-a-grande-echelle-la-culture-et-les-outils-de-la-performance/detail/actualites/programme-national-de-gestion-des-lits/> (consulté le 20/11/2016)

- Coordination Nationale Infirmière (CNI). Depoire N, Roman C. LMD infirmier : Rêve ou réalité ?. 2010 [en ligne] disponible sur <http://archives.coordination-nationale-infirmiere.org/index.php/LMD/LMD-Infirmier-Reve-ou-realite.html> (consulté le 30/01/2017)
 - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Tableau 1 Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [en ligne] disponible sur <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2485> (consulté le 19/12/2016)
 - Organisation for economic co-operation and development (OECD). Health at a glance: Europe 2012. 2012 [en ligne] disponible sur http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en (consulté le 5 janvier 2017)

ANNEXES⁹

Annexe I : Guide d'entretien exploratoire à destination des infirmières

THEME 1 : Présentation :

- **Q1 :** Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?
- **Q2 :** Pouvez-vous me présenter l'établissement dans lequel vous travaillez ?
- **Q3 :** Pouvez-vous me présenter le service dans lequel vous exercez ?

THEME 2 : Conséquences IDE :

- **Q4 :** Pouvez-vous me raconter une prise en soins qui vous a marqué d'un patient qui ne relevait pas de votre service ?
- **Q5 :** Pouvez-vous me parler de votre ressenti dans ces situations ?

THEME 3 : Gestion des lits :

- **Q6 :** Que pouvez-vous me dire de la gestion des lits dans votre établissement ?
- **Q7 :** Que pensez-vous de cette nouvelle organisation d'établissement ?
- **Q8 :** Avez-vous été préparé à cette nouvelle organisation ?
- **Q9 :** Y a-t-il une procédure particulière pour ces admissions ?
- **Q10 :** Auriez-vous des idées, des propositions ?

⁹ Les questions écrites en bleu sont celles qui ont été adaptées pour les professionnels de la clinique

Annexe II : Guide d'entretien définitif à destination des infirmières

THEME 1 : Présentation :

- **Q1 :** Pouvez-vous vous présenter ?
- **Q2 :** Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?
- **Q3 :** Pouvez-vous me présenter l'établissement dans lequel vous travaillez ?
- **Q4 :** Pouvez-vous me présenter le service dans lequel vous exercez ?

THEME 2 : Gestion des lits :

- **Q5 :** Que pouvez-vous me dire de la gestion des lits dans votre établissement pour les patients admis en programmé et ceux qui viennent des urgences ?
- **Q6 :** Pouvez-vous me parler des-évolutions de la gestion des lits dans votre service ou établissement que vous avez pu observer ?
- **Q7 :** Que pensez-vous de cette organisation d'établissement ?
- **Q8 :** Avez-vous été préparé à cette organisation ?
- **Q8 :** Non posée à l'infirmière de la clinique

THÈME 3 : La communication :

- **Q9 :** Y a-t-il une procédure particulière pour les admissions ?
- **Q10 :** Pouvez-vous me parler des types d'informations qui vous sont transmises lors des hébergements de patients et par quels modes de communication ? Le jour, la nuit, la semaine, le week-end ?

- **Q10** : Pouvez-vous me parler des types d'informations qui vous sont transmises lors de l'admission des patients et par quels modes de communication ? Le jour, la nuit, la semaine, le week-end ?
- **Q11** : Comment informez-vous le patient qu'il n'est pas dans le service dont il dépend ?
- **Q11** : Non posée à l'infirmière de la clinique

THEME 4 : Organisation de la prise en soins :

- **Q12** : Pouvez-vous me parler de la prise en soins des patients qui ne relevaient pas de votre service ?
- **Q12** : Pouvez-vous me parler de la prise en soins des patients qui dépendent de spécialités différentes-?
- **Q13** : Pouvez-vous me parler de votre ressenti dans ces situations ?
- **Q13** : Non posée à l'infirmière de la clinique
- **Q14** : Que dit le patient du fait de ne pas être hébergé dans le « bon » service ?
- **Q14** : Que dit le patient de ne pas être hospitalisé dans un service spécialisé ?
- **Q15** : Pouvez-vous me parler de ce que vous avez mis en place dans le service en dehors des procédures institutionnelles pour faciliter la prise en charge des patients de plusieurs spécialités ?
- **Q16** : Auriez-vous des idées, des propositions ?
- **Q17** : Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe III : Guide d'entretien définitif à destination des cadres de santé

THEME 1 : Présentation :

- **Q1 :** Pouvez-vous vous présenter ?
- **Q2 :** Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?
- **Q3 :** Pouvez-vous me présenter l'établissement dans lequel vous travaillez ?
- **Q4 :** Pouvez-vous me présenter le service dont vous avez la responsabilité ?

THEME 2 : Gestion des lits :

- **Q5 :** Que pouvez-vous me dire de la gestion des lits dans votre établissement pour les patients admis en programmé et ceux qui viennent des urgences ?
- **Q5bis :** Quel est votre rôle dans la gestion des lits de votre unité ?
- **Q6 :** Pouvez-vous me parler des évolutions de la gestion des lits dans votre service ou établissement que vous avez pu observer ?
- **Q7 :** Que pensez-vous de cette organisation d'établissement ?
- **Q8 :** Quelles informations avez-vous eu sur cette organisation ?

THÈME 3 : La communication :

- **Q9 :** Y a-t-il une procédure particulière pour les admissions ?
- **Q10 :** Comment êtes-vous informé de l'accueil d'un patient d'une autre spécialité ?

- **Q10 bis** : Quel est votre rôle dans la transmission des informations ?
- **Q10 ter** : Quels modes de communication utilisez-vous ?
- **Q11** : Sans objet

THEME 4 : Organisation de la prise en soins :

- **Q12** : Pouvez-vous me parler de la prise en soins des patients qui ne relevait pas de votre service ?
- **Q12** : Pouvez-vous me parler de la prise en soins des patients qui dépendent de spécialités différentes-?
- **Q13** : Sans objet
- **Q14** : Que dit le patient du fait de ne pas être hébergé dans le « bon » service ?
- **Q14** : Non posée au cadre de santé de la clinique
- **Q15** : Pouvez-vous me parler de ce que vous avez mis en place dans le service en dehors des procédures institutionnelles pour faciliter la prise en charge des patients de plusieurs spécialités ?
- **Q16** : Auriez-vous des idées, des propositions ?
- **Q17** : Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe IV : Guide d'entretien définitif à destination des professionnels de l'ordonnancement

THEME 1 : Présentation :

- **Q1 :** Pouvez-vous vous présenter ?
- **Q2 :** Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?
- **Q3 :** Pouvez-vous me présenter l'établissement dans lequel vous travaillez ?
- **Q4 :** Pouvez-vous me présenter le service dans lequel vous exercez ?

THEME 2 : Gestion des lits :

- **Q5 :** Que pouvez-vous me dire de la gestion des lits dans votre établissement pour les patients admis en programmé et ceux qui viennent des urgences ?
- **Q6 :** Pouvez-vous me parler des évolutions de gestion des lits dans votre établissement que vous avez pu observer ?
- **Q7 :** Que pensez-vous de cette organisation d'établissement ?
- **Q8 :** Avez-vous été préparé à cette organisation ?

THÈME 3 : La communication :

- **Q9 :** Y a-t-il une procédure particulière pour les admissions ?
- **Q9bis :** Comment et avec qui décidez-vous d'héberger un patient dans un autre service ?
- **Q9bis :** Non posée au professionnel d'ordonnancement de la clinique

- **Q10** : Pouvez-vous me parler des types d'informations qui vous sont transmises et que vous transmettez lors des hébergements ? Quels sont les modes de communication que vous utilisez ? Le jour, la nuit, la semaine, le week-end ?
- **Q10** : Pouvez-vous me parler des types d'informations qui vous sont transmises et que vous transmettez ? Quels sont les modes de communication que vous utilisez ? Le jour, la nuit, la semaine, le week-end ?
- **Q11** : Avez-vous des contacts avec les patients ? Si oui, que dit le patient du fait de ne pas être hébergé dans le bon service ? Qui l'en informe ?
- **Q11** : Non posée au professionnel de l'ordonnancement de la clinique

THEME 4 : Organisation des prises en soins :

- **Q12** : sans objet
- **Q13** : sans objet
- **Q14** : sans objet
- **Q15** : sans objet
- **Q16** : Auriez-vous des idées, des propositions ?
- **Q17** : Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe V : Guide d'entretien définitif à destination des professionnels de l'ordonnancement

THEME 1 : Présentation :

- **Q1 :** Pouvez-vous vous présenter ?
- **Q2 :** Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ?
- **Q3 :** Pouvez-vous me présenter l'établissement dans lequel vous travaillez ?
- **Q4 :** Pouvez-vous me présenter le service dans lequel vous exercez ?

THEME 2 : Gestion des lits :

- **Q5 :** Que pouvez-vous me dire de la gestion des lits dans votre établissement pour les patients admis en programmé et ceux qui viennent des urgences ?
- **Q6 :** Pouvez-vous me parler des évolutions de la gestion des lits dans votre service ou établissement que vous avez pu observer ?
- **Q7 :** Que pensez-vous de cette organisation d'établissement ?
- **Q8 :** Avez-vous été préparé à cette organisation ?

THÈME 3 : La communication :

- **Q9 :** Y a-t-il une procédure particulière pour les admissions ?
- **Q10 :** Pouvez-vous me parler des types d'informations que vous transmettez pour faire admettre un patient ?
- **Q11 :** sans objet

THEME 4 : Organisation de la prise en soins :

- **Q12** : Pouvez-vous me parler de la prise en soins des patients qui ne relèvent pas de votre spécialité ? (lors des gardes éventuellement)
- **Q13** : Pouvez-vous me parler de votre ressenti dans ces situations ?
- **Q14** : Que dit le patient du fait de ne pas être hébergé dans le « bon » service ?
- **Q15** : Pouvez-vous me parler de ce qui existe ou de ce qui a été mis en place pour faciliter la prise en soins de ces patients ?
- **Q16** : Auriez-vous des idées, des propositions ?
- **Q17** : Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

Dans le contexte économique actuel, les établissements de santé subissent de nombreuses mutations pour répondre aux contraintes environnementales. C'est dans un objectif de performance que l'optimisation de la gestion des lits apparaît comme une priorité. En découlent des évolutions organisationnelles qui induisent, pour les professionnels de santé, la prise en soins de patients relevant d'autres spécialités. Ces nouvelles pratiques institutionnelles ont mis en exergue les difficultés que les acteurs peuvent rencontrer lors de ces situations. Pour faire face à ce changement organisationnel de gestion des lits, des stratégies d'acteurs se mettent en place entre les différents professionnels afin que chacun puisse atteindre ses objectifs individuels. C'est dans ce cadre que nous avons rencontré sept professionnels au sein de deux établissements : médecins, cadres de santé, infirmières et professionnels de cellules d'ordonnancement. L'analyse de ces entretiens nous permet de mettre en évidence les jeux d'acteurs qui existent autour de la problématique de gestion des lits. Nous identifions alors les protagonistes qui ont du pouvoir et recherchons sur qui ils l'exercent. Nous observons également les stratégies d'adaptation et d'anticipation mises en place par l'institution et par les différents professionnels afin de s'accommoder à ce nouveau fonctionnement.

Ce travail de recherche témoigne ainsi de notre cheminement et de la façon dont nous avons cherché à comprendre ce phénomène.

MOTS CLÉS

Adaptation, Anticipation, Ordonnancement, Gestion des lits, Pouvoir, Stratégies d'acteurs