Communication et organisation

Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle

HS N°1 | 1994

Communication et hôpital – Analyse et diagnostic

L'audit de communication – interne et externe et le projet d'établissement

Emmanuelle Marx-Rosenberg

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/2995>

DOI : [10.4000/communicationorganisation.2995](https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2995)

ISSN : 1775-3546

Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 1994

ISSN : 1168-5549

Référence électronique

Emmanuelle Marx-Rosenberg, « L'audit de communication – interne et externe et le projet d'établissement », *Communication et organisation* [En ligne], HS N°1 | 1994, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2995> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2995>

Ce document a été généré automatiquement le 21 septembre 2021.

© Presses universitaires de Bordeaux

L'audit de communication – interne et externe et le projet d'établissement

Emmanuelle Marx-Rosenberg

L'audit de communication interne et externe et le projet d'établissement

- 1 Introduction
- 2 Je vais essayer de répondre à la question : en quoi les approches de type étude, audit, diagnostic, recherche peuvent-elles accompagner l'élaboration d'un projet d'établissement ?
- 3 Je suis psycho-sociologue. J'ai d'abord fait des études de sociologie pour comprendre comment fonctionnent les groupes humains, comment des communautés s'organisent pour travailler, pour vivre ensemble. Et puis j'ai voulu voir, au plus près de l'individu, quelles sont les difficultés qui naissent des tensions générées par la collectivité et comment chaque individu les intègre dans sa personnalité et dans son travail.
- 4 Je me suis essayée à l'audit, au début, sur le tas je dois dire parce qu'il n'y avait pas à l'époque de fonction spécifique à l'audit. Mais je faisais partie d'un groupe qui s'appelait l'Association Internationale d'Audit Social où des consultants pratiquant l'audit en entreprise et dans les administrations venaient présenter des cas et des travaux. Nous nous formions donc sur le tas, sous forme de groupe d'échange.
- 5 Actuellement, il existe des cursus spécifiques qui forment à la démarche d'audit.

Place de la communication dans le projet d'établissement

- 6 J'ai contribué à un certain nombre de projets d'établissements, peut-être une dizaine. Je ne vais pas détailler aujourd'hui la méthodologie parce qu'elle est complexe, probablement connue de vous et enfin, relativement spécifique à chaque établissement.

- 7 L'élaboration d'un projet, c'est avant tout une histoire... j'allais dire une aventure... celle d'un établissement qui s'arrête un moment pour s'interroger sur son devenir.

Le projet d'établissement est un acte de communication

- 8 En guise d'entrée en matière, je vous dirai que je suis assez optimiste par rapport à cette vaste entreprise car je peux remarquer qu'elle est productive d'améliorations et de changements encore qu'elle exigeât beaucoup d'énergie, de bonne volonté, d'implication et d'honnêteté intellectuelle pour arriver à ce qu'elle traduise réellement une mobilisation de l'hôpital et de ses personnels.
- 9 Le projet d'établissement repose sur une analyse à la fois :
- 10 - sur le plan externe : l'hôpital prend en compte les évolutions de son activité, de la demande de soins, de son environnement en termes y compris de concurrence ou plutôt de réseau de soins, des attitudes des médecins
- 11 - et en interne : les acteurs hospitaliers recensent leurs ressources, leurs points forts, leurs points faibles, et surtout mettent en place une réflexion sur des questions fondamentales telles : que fait-on dans cet établissement pour soigner ? comment est-ce que l'on veut travailler ? aborder les patients ? comment est-ce qu'on les suit du moment où ils entrent à l'hôpital jusqu'à leur sortie et même à leur visite ultérieure ?
- 12 Si les directions ont actuellement conscience de la nécessité de « soigner la communication », de leur projet d'établissement, il est des contraintes qui malheureusement vont à rencontre du projet de communiquer.
- 13 Ces contraintes sont :
- 14 1 - La pression administrative : les DASS et les DRASS réclament les projets dans des délais qui oblitèrent le temps nécessaire à l'instauration d'une dynamique de projet.
- 15 2 - La frilosité du contexte actuel puisque des services et des emplois sont menacés ce qui minore l'enthousiasme du personnel à s'investir dans un projet.
- 16 3 - L'ambiguïté des dirigeants et des cadres à véritablement impulser une démarche participative parce que l'esprit de la loi de 91, c'est quand même une démarche participative. Là encore, il faudrait du temps pour former l'encadrement.
- 17 4 - Le rapport au temps et à l'espace est difficile à aménager actuellement à l'hôpital où tout le monde est mobilisé sur un tas de projets. Les surveillants sont surchargés de travail et c'est difficile de demander des contributions supplémentaires, en réunion, alors que leur présence dans leur service est essentielle.
- 18 Voici un dessin humoristique qui vient de la direction des hôpitaux, et a été utilisé lors d'un colloque sur les conditions de travail. Je trouve qu'il résume bien l'urgence du projet d'établissement avec l'infirmière générale complètement affolée, le directeur qui pilote et le consultant qui donne les instructions, le médecin à côté de la plaque.

La communication du projet d'établissement

- 19 Lorsqu'un consultant est appelé pour apporter une aide méthodologique dans le cadre d'un projet d'établissement, il ne tombe pas dans un terrain neutre ou vierge. Il arrive souvent, au contraire au cœur d'un débat où les enjeux et les passions se nouent à des niveaux qui doivent être - autant que faire se peut - clarifiés.
- 20 Sur le plan de LA COMMUNICATION, il faut prendre en compte des paramètres rassemblés sous forme de constats :
- 21 • Constat 1 : Il est difficile de communiquer sur la communication dans la mesure où les personnels sont pris dans des intrications émotionnelles par rapport à la nature de leur travail. Ils prennent donc très peu de temps pour s'arrêter et dire « Ça ne va pas, on ne parle pas de ce que l'on fait ».
- 22 • Constat 2 : Il y a emboîtement des problèmes de communication qui ne sont que rarement identifiés, analysés comme tels. Ils sont liés, englués dans un tas d'autres problèmes qui sont des problèmes d'organisation, de relation hiérarchique, d'inquiétude, d'angoisse, de non-dit, de conflit.
- 23 Ne pas communiquer, communique quelque chose, surtout à l'endroit du projet d'établissement : les gens imaginent que des choses se trament derrière leur dos et ceci entretient l'incommunicabilité.
- 24 • Constat 3 : La communication est un concept couverture qui masque les vrais problèmes.
- 25 Jacqueline PALMADE de l'Université Paris-Dauphine a développé la notion de « compactage » des concepts. L'on réduit les concepts à une dimension rassurante mais qui enlève la complexité inhérente au problème.
- 26 Par exemple, on parle de communication un peu comme un fourre-tout et les hospitaliers ne sont pas dupes, ils disent « on parle de communication pour n'importe quoi. En fait il y

a des problèmes de communication mais on ne peut même pas en parler comme tels, tellement c'est devenu tarte à la crème ».

- 27 Il y a chez eux ce double langage « ne parlons plus de communication mais s'il vous plaît parlons quand même de nos vrais problèmes de communication ».
- 28 • Constat 4 : Les injonctions paradoxales familiales du milieu hospitalier déroutent : Communiquez mieux mais dans l'incertitude... et sans moyens supplémentaires.
- 29 Investissez-vous, communiquez mieux mais surtout on ne change rien pour faciliter les moyens de communication : panneaux d'affichage rebutants, pas de salles de réunions, salles de soins exiguës pour faire de réelles transmissions.
- 30 • Constat 5 : Le manque de communication amplifie les phénomènes en cascade (boucles itératives) et constitue le facteur numéro 1 de démotivation. Le manque d'information et de communication, de relation est toujours évoqué comme l'élément le plus perturbant, le plus source de souffrance parce qu'il traduit un peu un échec, échec à vivre en équipe, un échec à encadrer pour les surveillants.
- 31 Ce point est souvent évoqué par les cadres comme la mission la plus difficile. Et puis surtout parce qu'en bout de chaîne tous ces problèmes de communication s'accumulent et font que l'objectif essentiel du soignant - ce pour quoi il a été formé - n'est pas atteint.
- 32 Réussir cet objectif est au fond ce qui tient le plus à cœur, c'est encore entrer en relation, être proche du patient, soigner.
- 33 En conclusion de cette première partie, je dirai que ces réflexions, pour un psychosociologue consultant dans une organisation font partie des préalables dont il faut se préoccuper. Avant de commencer à travailler, nous devons vérifier que les gens puissent parler, que les gens puissent se parler aussi.
- 34 En regardant la plaquette réalisée par le GREC/O pour ce colloque, je note les termes de « coopération, consensus » et je les trouve un peu optimistes.
- 35 Moi j'entends souvent parler de « conflit ». Le mot conflit n'a pas été prononcé, pourtant il est bien là. Là intervient l'audit. On fait souvent appel à l'audit en temps de crise ou de difficulté. Voyons comment se situe cette contribution par rapport au projet d'établissement.

Questions et choix méthodologiques des audits accompagnant le projet d'établissement

Définition de l'audit

- 36 La première réflexion que j'aimerais vous livrer est ce qu'induit le terme d'audit.
- 37 Comme le terme de communication, c'est un mot à la fois galvaudé et lourd de sens.
- 38 Je parle assez rarement d'audit, car c'est mal vécu par le personnel qui l'associe à un contrôle et ce n'est pas du tout de cela dont il est question et je parle encore moins d'audit de communication.
- 39 Ce terme est quelquefois utilisé dans certains établissements pour faire peur. Je me souviens d'un hôpital où je devais mener une formation/action à l'analyse des situations de travail d'après une démarche mise au point par l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), et où la direction avait annoncé un audit. Ce n'était pas la même chose et j'ai dû faire un travail de réajustement (ce qui a fait perdre

du temps) pour ne pas mettre en cause la direction bien sûr, mais aussi, ne pas tromper le personnel.

- 40 J'explique aux personnels que l'audit - si c'est un audit - est UNE PRATIQUE D'ECOUTE. Avant tout qu'auditer veut dire écouter et que mon propos est avant tout d'essayer d'être à l'écoute de leurs problèmes et de leurs propositions.

Qualité de la communication

- 41 Au lieu de parler d'audit, je préfère parler d'étude, de recherche/action.
- 42 Mais, ceci va dépendre de :
- 43 - l'objectif du travail
- 44 - des hypothèses de départ,
- 45 - des choix méthodologiques (enquête, enquête participative...)
- 46 - de la déontologie du consultant et notamment de sa négociation des objectifs et des moyens avec le commanditaire de l'étude.
- 47 Il y a donc une phase importante qui se situe EN AMONT du travail dans la présentation du travail.
- 48 - au commanditaire
- 49 - au personnel.
- 50 L'audit se présente classiquement de la façon suivante :

Les différentes opérations de l'audit

- 51 Un soin particulier est mis sur la clarification de qu'est-ce qu'on fait/ va faire pendant l'étude ou l'audit et surtout - car c'est la question que tout le monde se pose - EN AVAL :
- 52 - sur quoi va déboucher l'audit ?
- 53 - que va-t-on faire des résultats ?
- 54 - à qui ses résultats vont-ils être restitués ?
- 55 - comment vont être utilisés les préconisations ?
- 56 Le personnel ayant en tête : va-t-on être entendu, respecté dans nos positions ?
- 57 La direction ayant en tête : la consultante va-t-elle valider les hypothèses que j'ai des scrupules à imposer ?
- 58 Tout consultant a à cœur de faire en sorte que la diffusion et les résultats se fassent sur la plus grande échelle possible. Cependant, l'expérience enseigne que tout n'est pas bon à dire, encore moins à écrire et qu'il faut savoir à chaque fois, analyser la restitution avec une question « comment l'information va-t-elle être utilisée, avec quel résultat, quel impact, quels effets positifs ou pervers ? ».

- 59 Voici un schéma complet d'une démarche de l'audit. Dans la recherche/action, telle que nous la pratiquons, les étapes figurant en pointillés « non faits par l'auditeur » sont plus nombreuses et le personnel est associé à certaines opérations, enquêtes et surtout à la validation des hypothèses qui se situent pratiquement à chaque flèche sur le schéma. Ce sont ces restitutions à chaque niveau de l'action, ces constants allers et retours avec le terrain, qui confèrent une plus grande fiabilité et surtout une qualité de communication basée sur une relation de confiance entre personnels - direction et consultant.

Démarche de l'audit

- 60 Commentaire sur ce schéma :
- 61 C'est une démarche de travail qui se présente sous forme d'une boucle, c'est-à-dire que l'on part d'un problème, un référentiel (à gauche) qui est par exemple « la nouvelle loi hospitalière », qu'ensuite on va voir une norme et des écarts par rapport à cette norme, c'est-à-dire que l'établissement n'est pas prêt à élaborer un projet d'établissement... Pour quelles raisons ? À partir de ce moment là, on va mettre en évidence des indicateurs qui vont nous orienter sur un certain type de problèmes, et qui vont, en fonction des possibilités de l'établissement, après une négociation sur les durées, les modalités d'intervention, les coûts, déboucher sur des propositions d'action ; ces propositions d'action vont elles-mêmes être réestimées, réévaluées, réorientées en fonction de la validation progressive sur les différentes phases que je vous ai évoquées par rapport à ce que l'on a pu ramener du terrain.
- 62 Pour rebondir sur de nouveaux objectifs de travail et pour faire en sorte que le personnel soit constamment associé à la réflexion, et que sous forme de groupes de travail, de mini-enquêtes, le personnel lui-même puisse mettre le doigt sur les problèmes.

Originalité de la démarche que je pratique : l'étude externe et l'étude interne menées parallèlement

- 63 Dans le cadre du projet d'établissement, on réalise plusieurs types d'enquêtes à l'extérieur de l'établissement : étude d'image, enquête d'adressage auprès des médecins, position des partenaires du réseau des soins.
- 64 Et à l'intérieur de l'établissement : positions des différentes catégories de personnels, par secteur, vécu du travail, de l'organisation, du soin, représentations de l'hôpital...
- 65 Il est intéressant de confronter ces deux perspectives externe et interne, et de travailler avec le personnel à partir :
- 66 - des convergences et dissonances
- 67 - des incohérences et des logiques en jeu
- 68 - des réactions que suscite ce travail en miroir.
- 69 C'est pour moi la base d'une réappropriation par les personnels de l'IDENTITE de leur institution, de leur service et par là, de leur propre identité en tant que professionnels des soins et de l'administration de l'hôpital.
- 70 C'est aussi la base de la réflexion sous-tendue par le projet d'établissement sur les questions fondamentales présentées en page 1 de cet exposé.

Le rôle du consultant externe

- 71 J'avais prévu de réserver un peu de temps à cette question car ce colloque a été préparé par des étudiants de l'ISIC qui se consacrent à la communication et aussi parce que la position du consultant est délicate. Les difficultés que nous rencontrons sont les suivantes :
- 72 - **La complexité des dossiers** : l'élaboration d'un projet d'établissement fait appel à des compétences à la fois techniques et humaines d'un bon niveau. Certaines analyses relèvent de la macro et micro économie ; pour certaines études, épidémiologiques notamment, un médecin est utile et un psycho-sociologue saura aménager les débats, négocier le volet social du projet.
- 73 Une équipe pluridisciplinaire est intéressante mais coûteuse.
- 74 - **Le temps nécessaire pour faire du bon travail** :
- 75 Toutes les étapes que nous avons décrites et particulièrement l'installation d'un accompagnement en termes d'actions de COMMUNICATION DE QUALITE nécessite un temps dont on ne dispose pas toujours.
- 76 Le rôle du consultant est de convaincre de ne pas céder à l'urgence, ni à l'action immédiate mais de s'autoriser une SUSPENSION DE L'ACTION, un détour par la réflexion produite par l'audit.
- 77 - **La place de la parole** : Un consultant doit avoir le courage de dire un certain nombre de choses : il doit aider à clarifier les positions, sans remettre en cause les personnes mais en pointant les effets de structure, les dimensions organisationnelles...
- 78 La parole est souvent muselée dans les hôpitaux et le rôle du consultant est aussi de refléter des difficultés, des espoirs, des attentes inscrites dans le quotidien du travail.

- 79 La communication est en ce sens un outil qui retranscrit oralement et par écrit les efforts fournis :
- 80 - il y a lieu de concevoir des supports de communication de qualité,
- 81 - il est essentiel de capitaliser les avancées des travaux.
- 82 Déontologie du consultant
- 83 Pour qu'il puisse bien travailler un consultant a besoin de ménager une distance suffisante avec le client ; ne pas accepter de tout faire, dans n'importe quelles conditions et surtout dans des délais irréalistes.
- 84 Un consultant ne doit pas céder à ce que représente le lot quotidien des hospitaliers : des ordres et contre-ordres incohérents, une commande disproportionnée.
- 85 La négociation des objectifs au départ est essentielle : il y a lieu de faire preuve d'une certaine fermeté et de définir le problème que l'on veut traiter, avec quels objectifs, quels moyens et quels résultats.
- 86 Le travail en amont est souvent escamoté parce qu'il s'inscrit dans une dépendance financière où le consultant ne veut pas dire non.
- 87 L'obligation de résultats :
- 88 Le travail d'une étude ou d'un audit débouche souvent sur des réalisations concrètes. Les hospitaliers lorsqu'ils sont mobilisés sur un projet dénichent des trésors d'ingéniosité.
- 89 Il y a énormément de choses qui peuvent être concrétisées, des procédures pas forcément coûteuses, à la portée de tous. C'est un peu la méthode DES PETITS PAS que je prône. C'est très MOTIVANT pour le personnel de faire la démonstration que si l'on cogite dans les hautes sphères, l'on se préoccupe aussi de l'amélioration du travail au quotidien et que l'on prend les choses en main.
- 90 Le suivi des préconisations est essentiel pour la crédibilité du projet, de la direction et du consultant.

Deux études de cas et deux témoignages de soignants

- 91 Tout cela paraît peut-être un peu abstrait. Je vous avais préparé deux cas pour vous illustrer un peu la façon dont on peut travailler. Je vais essayer de les résumer brièvement et ensuite je vais vous lire deux témoignages de deux soignantes, qui se sont exprimées par rapport à la communication et aussi par rapport à la façon dont elles voyaient le travail dans leur service.

Premier exemple

- 92 Le premier exemple, c'est celui d'une maison de retraite. C'est un nouveau directeur qui venait d'arriver et son souci était d'essayer de mettre un peu d'ordre dans cette maison de retraite qui était un lieu extrêmement conflictuel avec des situations très verrouillées, avec ce que l'on appelle équipe et contre équipe c'est à dire deux équipes très étanches et évidemment en conflit.
- 93 Il a parlé d'audit. Le personnel l'a relativement bien accepté cet audit dans la mesure où les gens en avaient un peu assez de mal travailler et souffraient beaucoup de ne pas pouvoir s'occuper des personnes âgées. Il se rendait bien compte de la dégradation progressive des personnes âgées et il analysait bien les causes comme étant le résultat d'une mauvaise coordination des équipes.
- 94 Donc, nous avons mis en place un contrat de confiance c'est-à-dire que l'on a dit aux personnels : « il faut que l'on organise le planning, que l'on réorganise le travail, mais cela ne se fera pas sans votre participation. »
- 95 Le premier audit a été d'abord un audit de formation parce que nous n'avons pas voulu aborder de front un audit organisationnel ou un audit de communication, le terrain était

beaucoup trop conflictuel et cet audit de formation a débouché sur une demande de réorganisation. Donc, nous avons proposé un deuxième audit à la suite de cet audit de formation où nous avons fait un travail, d'analyse des situations de travail, de la charge et de l'organisation du travail. J'avais distribué des fiches à remplir où le personnel pointait les différentes activités de la journée. Et, en fait, après ce premier sondage, on s'est rendu compte que les gens avaient triché.

- 96 Nous avons eu une réunion et nous avons parlé de pourquoi on avait triché. Ça a été le point de départ de tout un travail sur la confiance. Une réflexion dans lequel le personnel a basculé dans une autre perspective qui était d'essayer de contribuer à l'amélioration des relations de travail. C'est un travail qui a duré un an. Il faut du temps, il a fallu du temps qui n'a pas pris énormément de temps d'intervention puisque je crois que c'est l'intérêt des démarches participatives.
- 97 J'ai du intervenir 12 jours sur une année. Il y a eu un travail énorme des équipes qui se sont réunies entres elles. Le directeur a vraiment joué un rôle de régulation, qui a été très bien perçu et je crois que le résultat est relativement satisfaisant.
- 98 Je voulais vous lire la lettre d'une aide soignante. C'est une lettre ouverte qu'elle m'avait écrite suite, justement, au questionnaire d'évaluation que j'avais fait passer puisque j'évalue toujours le travail que je fais. Je demande si les gens comprennent pourquoi on a fait ce travail, est ce qu'il y a des choses qui ne sont pas claires ? Est ce qu'il y a des choses qui se sont améliorées ? Qu'est ce qu'elles voudraient voir améliorer ?
- 99 À la suite de ce sondage, j'ai reçu cette lettre, ce texte libre que je trouve assez beau.
- 100 « Cet audit aurait été profitable à tous, si tout le monde l'avait compris positivement comme quelque chose qui allait nous faire avancer, nous faire réfléchir, améliorer notre façon de travailler. Mais je ne pense pas que ce soit le cas. Les vieilles habitudes sont difficiles à changer. Se remettre en question n'est pas évident et tout le monde ne le veut pas. Je crois que c'est là le problème : on ne peut pas changer les gens. Trop de personnes baissent les bras et n'ont qu'un seul slogan « je m'en fous ». Mais il faut garder espoir, c'est ce que je me dis pour rester motivée. Certaines personnes veulent avancer mais il faut avant tout revoir sa façon de penser. Nous devons avoir tous le même objectif : les personnes âgées. Ils sont là pour la dernière étape de leur vie. Beaucoup y sont contraints : essayer de les comprendre et faire en sorte que se ne soit pas la plus mauvaise étape. Nous sommes là pour répondre à leurs besoins : avant tout, revoir la notion d'équipe, définir le rôle de chacun, connaître les besoins des personnes âgées du service, se fixer des objectifs, se responsabiliser, ne pas aller dans tous les sens, faire confiance. Plus de communication entre nous, éviter les conflits, les jalousies, hypocrisies, critiques et ne pas s'arrêter à des détails, fuir les brebis galeuses : certaines aiment les conflits et se plaisent à les créer. Ne sommes nous pas des adultes responsables ? Ne pas hésiter à se remettre en question avant de critiquer ses collègues. Faire sa propre auto-critique. Voilà mon idéal, à moi, pauvre petite aide soignante ; mais je rêve sûrement et ça m'aide. Je me dis qu'un jour... peut-être. Nous sommes au service des personnes âgées alors sachons les aimer. Faisons le dans la joie et la bonne humeur toutes les fois que cela est possible.
- 101 Comme c'est beau la vie et comme ils le savent, eux qui sont prêts de la mort. »
- 102 Voilà, c'est un très beau texte, très belle réflexion, comme quoi, quand on travaille avec les gens, les gens ont vraiment une vision de leur travail, de ce qu'il faudrait faire pour améliorer, qui est relativement clairvoyante, lucide, pertinente, en plus pleine d'émotion,

pleine de motivation qui laisse tout espoir pour des changements... encore faut-il vouloir les accompagner et les mettre en œuvre...

Deuxième exemple

- 103 C'est celui d'un hôpital de la région parisienne. Un hôpital qui s'occupe de la mère et de l'enfant. Une grosse structure où là aussi un directeur vient d'arriver et voudrait mettre en place, assez vite, son projet d'établissement. Il me demande de travailler avec l'infirmière générale pour essayer d'asseoir le projet du service de soins infirmiers.
- 104 J'ai été un peu embêtée par cette démarche parce que je trouvais que c'était le travail de l'infirmière générale. Donc, je fais une première réunion avec l'encadrement pour lui demander ce qu'est ce service de soins infirmiers, quels sont les projets de soins dans les services et quelles sont les articulations entre les différents projets de soins.
- 105 Lors de cette première réunion, j'ai eu une levée de bouclier formidable parce que les surveillantes m'ont dit « Écoutez, nous, des audits, on en a déjà eu cinquante ; ça fait trente ans que l'on est dans l'établissement et on ne voit pas où ça mène parce qu'à chaque fois ça ne donne pas de résultat. On en fait rien du tout. On a assez parlé et d'ailleurs quand on parle on ne nous écoute pas alors on ne voit pas pourquoi, maintenant, on parlerait dans le cadre d'un audit ».
- 106 Elles me laissent quand même une porte ouverte en me disant « essayez d'aller voir auprès du personnel, parce qu'elles, elles ont des choses à dire ». Je dis d'accord, c'est une bonne idée. On va faire les deux. On va interroger les surveillantes et le personnel. Effectivement, au moment où j'ai fait ce travail, je me suis rendu compte de l'énormité des problèmes d'organisation. Il n'y avait pas seulement des problèmes humains, mais il y avait aussi des problèmes d'entretien du matériel, de disponibilité du matériel avec beaucoup de choses qui manquaient dans les services pour pouvoir effectivement bien travailler. Alors qu'on était quand même dans un service d'enfant où il fallait un matériel sophistiqué, au moins fiable alors que là c'était la gabegie.
- 107 Alors, on a travaillé sur la coordination de l'entretien du matériel, du stockage, du prêt de matériel entre services et de la responsabilisation dans ce prêt de matériel parce que souvent, on prêtait mais ça n'était jamais rendu ou il manquait un tuyau... Ce qui faisait qu'on courrait tout le temps, dans cet hôpital, après le matériel. Ça a été un détour important pour que les gens puissent ensuite se pencher sur le questionnement assez douloureux de qu'est ce qu'on fait ici, dans cet établissement, par rapport à la mère et à l'enfant ?
- 108 Ça a été un détour qui a permis ensuite, cette réflexion sur le soin. On entendait quand même des choses très dures dans cet établissement. Du type « qu'est-ce qu'il est moche cet enfant-là ! ». Ce sont des réflexions qui choquent mais s'entendent encore à l'heure actuelle.
- 109 Je vais vous lire le témoignage d'une infirmière :
- 110 « On ne sait plus ce que c'est que de s'occuper d'un enfant, on a plus d'enfant autour de nous. En tant que soignant, au début, on a peur de l'enfant malade. Les prématurés, c'est un mystère. On se pose plein de question qui font peur et on ne trouve pas de réponse. J'ai mis quelques années avant d'accepter l'enfant et la maladie. Être infirmière en pédiatrie, ça a été une maturation de longue haleine. J'ai été en maternité avant. Ce n'est pas un hasard. Mon premier stage en pédiatrie ça a été l'horreur ! !

- 111 L'enfant qui souffre nous renvoie des choses de notre passé et que l'on revit et c'est dur. Chez les futurs soignants, c'est assez catégorique : on veut ou on ne veut pas venir en pédiatrie. J'ai une sœur infirmière pour qui il n'est pas question de travailler en pédiatrie.
- 112 Avant, j'étais dans une maternité d'un petit hôpital en Bretagne. L'AP, c'est une grande entreprise. Le système des trois équipes entraîne des habitudes invraisemblables. Par exemple, il y a encore des équipes qui comptent les couverts, les placards sont encore fermés à clefs. L'équipe de jour est un peu l'élite. Il y a une différence entre équipe du matin et après midi. La répartition du travail n'est peut-être pas très bonne. Les équipes sont fixes, il n'y a pas de reconnaissance d'une équipe à l'autre. Le temps de chevauchement devrait permettre à la transmission de faire rencontrer les gens.
- 113 Les médecins font de plus en plus vite leur visite, la charge des soins est importante. Il faudrait une prise de conscience vis-à-vis du personnel. La surveillante a quelquefois du mal à faire passer les choses. Dès qu'il y a un petit problème, cela ravive les conflits pas toujours fondés. On a des gens jeunes, des âgés, ça majore les problèmes. Il y a des générations différentes, ce n'est pas forcément une question d'âge. Alors, l'évolution des techniques est souvent subie. Pour moi, quand on est cadre, on ne tire pas une équipe, on la pousse. Quelquefois, les surveillantes vont trop en avant. Il faut partir de la base. Beaucoup d'infirmières sont aigries au bout de dix ans parce qu'on ne les écoute pas. Il y a aussi un manque de concertation entre surveillantes, médecins et équipes. L'information circule, OK, de façon informelle. On n'a pas de cadre d'action sur lequel s'appuyer pour prendre des initiatives. Souvent, je me demande : alors, qu'est-ce qu'il fait là cet enfant ? Je ne devrais pas me poser cette question.

QUESTIONS :

- 114 **Jacques LECOMTE** : Ma question comporte plusieurs points. Elle renvoie plus particulièrement au dernier exemple. Vous avez dit qu'il y avait des personnels soignants qui disaient que cela faisait des années qu'ils avaient des audits qui ne servaient à rien.
- 115 Les audits ne servent à rien pour quelles raisons ? En raison de l'incompétence du consultant qui aboutit à un rapport inintéressant ou en raison des conclusions du rapport qui ne correspondent pas aux attentes du directeur.
- 116 Deuxième point, vous avez dit justement aussi qu'au moment où vous avez une demande vous évaluez cette demande pour voir si vous êtes en adéquation, si vous pouvez répondre à cette demande.
- 117 Donc, problématique : est-ce-qu'il y a des consultants qui, pour des raisons strictement économiques, choisissent d'assumer un contrat où ils n'ont pas les compétences ?
- 118 Troisième point : Est-ce qu'il existe une charte des consultants ?
- 119 **Emmanuelle MARX** : Il existe effectivement une charte des consultants formateurs. Mais pas des audits.
- 120 Encore que les auditeurs, je l'ai dit, travaillent sous forme d'association avec des procédures d'agrément. Par ailleurs les consultants devraient faire un travail personnel, qu'est-ce que ça leur renvoie de leur histoire, ce qu'ils introduisent dans une étude... Mais ça, les consultants le font s'ils ont une certaine honnêteté. Mais c'est un métier suffisamment dur pour qu'on aille chercher des réponses de ce type-là, c'est-à-dire de

contrôle, de régulation ou de supervision, de groupe de parole ou de réflexions sur la pratique.

- 121 Par contre, quant au pourquoi de la mauvaise utilisation des audits, cela tient à énormément de raisons que vous avez évoquées, qui sont à la fois l'incompétence des consultants certainement, mais avant tout et vous l'avez évoqué un peu comme une réponse, c'est ce que le directeur demande qui est souvent une validation de ce à quoi il voudrait que l'audit réponde. C'est-à-dire que quand on vous formule une question, le directeur a souvent des réponses et il voudrait que vous interveniez sur telle chose. Donc c'est à vous de dire « Écoutez, on peut poser ça comme une question, mais il y en a peut-être d'autres et est-ce que vous êtes prêt à entendre un certain nombre de choses ? ».
- 122 Et puis aussi vérifier si le directeur est d'accord pour introduire des actions ou au moins renvoyer les interrogations aux gens qui ont contribué à l'étude.
- 123 Le problème c'est qu'ils disent souvent « oui » au départ et lorsqu'ils se rendent compte de ce que l'audit met en évidence quelques fois ils peuvent hésiter. Mais à ce moment-là on trouve malgré tout des moyens pour introduire le changement ou essayer de faire en sorte que les choses avancent quand même de façon détournée ou de façon plus négociée.
- 124 Ce ne sont pas des préconisations en noir et blanc. Ce sont souvent des choses qui renvoient à la concertation, à la délégation. Donc un travail de réflexion de l'encadrement, de remise en cause de l'encadrement quelque fois.
- 125 Le problème c'est que pendant de nombreuses années on a dit qu'un auditeur était quelqu'un qui se contentait d'émettre des préconisations. Moi je suis plus dans une perspective de recherche-action qui est le souci d'accompagner un certain nombre de préconisations sur le terrain même si au départ dans les années 70 on avait dit que déontologiquement un auditeur ne pouvait pas poursuivre son action sur le terrain. Je trouve cela un peu idiot car cela veut dire, en fait, qu'on ne prendrait jamais de risque. Moi je suis quelqu'un qui m'implique dans mon travail et quand je dis des choses j'aime bien pouvoir les vérifier, les valider et puis éventuellement commencer à les mettre en œuvre quitte à passer le relais à un autre consultant si c'est trop lourd. Mais je crois qu'il faut quand même faire un bout de chemin avec les gens sinon les audits sont souvent des études techniques qui restent dans des tiroirs.
- 126 **Pascal FORCIOLI** : Je voudrais intervenir sur deux points. D'abord pour évoquer une distinction entre l'audit, qui est une étude de diagnostic et de recommandation et l'accompagnement méthodologique à la conduite de projet. Je crois que ce sont deux choses différentes, les conditions de réussite de l'un ou de l'autre cas ne sont pas les mêmes non plus. Pour ma part, pour avoir demandé l'un et l'autre dans mon établissement je crois que l'une des conditions de réussite pour ce qui concerne par exemple l'accompagnement d'un projet d'établissement, c'est d'abord qu'il y ait au sein de l'établissement une demande claire, que cette demande claire ne soit pas le seul fait du directeur mais qu'elle soit le fait d'un ensemble de professionnels qui soient concernés par le projet.
- 127 Moi, en tant que chef d'établissement, j'ai un peu tendance à dire à mes collaborateurs, notamment aux médecins, que moi je ne suis que de passage dans l'établissement, qu'eux, par contre, ils vont y faire leur carrière et que le projet qu'ils vont se donner est le leur davantage que le mien même si je vais le partager un moment avec eux. Donc, il est important qu'ils soient moteurs dans l'élaboration du projet. Nous avons procédé à plusieurs études avec, d'abord, la constitution d'un groupe de projet, lequel groupe de

projet a lui-même défini son besoin d'aide méthodologique, a choisi son partenaire consultant, a accompagné le consultant pendant toute la démarche, a évalué avec lui la fin de l'étude. Ensuite, le groupe met en œuvre la démarche seule, voire avec des points téléphoniques avec le consultant et ça, ça paraît important.

- 128 On a recours aux audits, je dirai de diagnostic, évaluation, lorsqu'il y a un problème particulier dans un service ou une organisation. On va faire appel à un auditeur quand on ne sait plus comment prendre le problème. On a essayé de le regarder, de le solutionner. Mais on n'y arrive plus et on a besoin d'un œil externe. Cet œil externe, il arrive, il est accueilli en principe de manière favorable. Mais je crois que ce qui va être important ensuite, en termes de conditions de réussite, c'est la façon dont vont être restitués les résultats de cet audit et la façon dont l'équipe va pouvoir s'approprier les résultats de l'audit. Vous n'avez pas tellement insisté sur ce point mais je pense que vous le pratiquez, bien évidemment.
- 129 **Emmanuelle MARX** : Oui, c'est ce que j'ai dit en dernier. La commande qui m'était faite là, c'était l'audit dans le cadre du projet d'établissement, je pense que cela peut être intéressant de faire cet espèce de sondage interne et externe préalable au projet d'établissement. C'est très intéressant pour servir de starter à une démarche participative autour du projet d'établissement. C'est un peu le message que j'avais à donner aujourd'hui.
- 130 **Autre Question** : Vous avez dit que le projet d'établissement n'est pas fait par le personnel, je pense quand même que le projet d'établissement est fait par le personnel. Le consultant qui arrive, accompagne en fait l'élaboration du projet, mais le moteur du projet est le personnel, c'est le projet du personnel. Il ne faudrait peut-être pas que le projet d'établissement apparaisse ici comme un projet d'entreprise qui prendrait le caractère d'une charte de l'entreprise, élaborée par la direction et distribuée en petits feuillets au personnel. Je crois que le projet d'établissement c'est le projet du personnel par rapport à ses missions et à ses activités.
- 131 **Emmanuelle MARX** : Je suis d'accord avec vous, mais dans la réalité c'est très peu souvent ça, ou même si l'on part sur ces prémisses là, en cours de route, et pour toutes les difficultés que je vous ai exposées, ça dérive souvent, ça finit souvent par le projet du consultant, c'est-à-dire que l'on nous demande finalement de rédiger rapidement le projet car les tutelles le réclament, alors qu'on a mis des mois et des mois à mettre en place des groupes de travail et à réfléchir... Il faut quand même le dire. Même si l'on fait vraiment un travail participatif, il y a quelquefois une difficulté méthodologique à créer un lien entre le travail qui a été fait sur le terrain et la synthèse finale qui est, quand même, contractuelle puisqu'on réclame au directeur d'établissement de produire dans les délais un document qui consigne les grandes orientations de l'hôpital pour les cinq ans à venir. Il y a cette articulation là sur laquelle il faut que l'on travaille actuellement. Pour moi, c'est une interrogation, il y a une qualité de réflexion à la base et puis ensuite, il y a le document et entre les deux il y a les personnels qui disent « on ne s'y retrouve pas ».
- 132 Alors là, il y a peut-être des problèmes en termes de communication. Comment faire pour traduire une demande, une expression collective, en ligne stratégique ?
- 133 **Georgette POLI, Puéricultrice à l'hôpital d'AGEN** :
- 134 Vous avez dit lors de votre intervention que les personnels avaient « triché ». Je n'ai pas bien compris pourquoi ils avaient triché ?

- 135 Dans une autre partie de votre intervention, dans le service mère-enfant où vous avez été consultant, l'infirmière vivait mal son contact avec les enfants. J'ai été étonné qu'à l'origine on ne l'ait pas déjà un peu formée ou préparée.
- 136 **Emmanuelle MARX** : Première réponse par rapport à la tricherie. On avait fait remplir des grilles de repérage des tâches qui étaient pour moi purement une indication. Il n'y avait pas de traitement vraiment mathématique de ces grilles. Mais il était évident qu'elles se ressemblaient pratiquement toutes, qu'il y avait des incohérences. On est parti de cette base là. C'est-à-dire qu'elles n'avaient pas décrit vraiment leur travail. Elles n'ont pas voulu décrire leur travail. Pour quelles raisons ? On en a reparlé. Ça a été le point de départ parce que la tricherie faisait partie de leur mode de fonctionnement habituel. On jouait à un jeu, on se racontait des histoires, on était en conflit d'une équipe à l'autre.
- 137 La deuxième question par rapport à la mère et l'enfant. Non, je ne peux pas m'autoriser à renvoyer à une équipe leurs difficultés de prise en charge de l'enfant. Il y avait d'énormes difficultés de prise en charge par rapport à l'enfant, mais ce n'est pas étonnant. C'est très difficile, je crois, d'aborder un enfant dans une relation de soins, et c'est un travail qui va être probablement au cœur du projet d'établissement si l'encadrement et la direction le veulent bien.
-

AUTEUR

EMMANUELLE MARX-ROSENBERG

Psycho-sociologue Cabinet Managinaire