Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter ?

Béatrice Calinon-Melenec

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2998>

DOI : 10.4000/communicationorganisation.2998

ISSN : 1775-3546

Éditeur

Presses universitaires de Bordeaux

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 1994

ISSN : 1168-5549

Référence électronique

Béatrice Calinon-Melenec, « Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter ? », *Communication et organisation* [En ligne], HS N°1 | 1994, mis en ligne le 27 mars 2012, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/communicationorganisation/2998> ; DOI : 10.4000/communicationorganisation.2998

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

© Presses universitaires de Bordeaux

Communiquer au sein de l'hôpital, quelles voies emprunter ?

Béatrice Calinon-Melenec

NOTE DE L'ÉDITEUR

Présentation et animation de la table ronde Béatrice Calinon-Melenec

- 1 Emmanuelle MARX vient de nous faire part des conclusions auxquelles elle avait pu aboutir à partir d'une démarche externe de cabinet consultant. Nous nous proposons maintenant de confronter ces données à celles fournies en interne par les acteurs eux mêmes.
- 2 Aussi entendrons-nous successivement :
- 3 - Thérèse PSIUK, présidente de l'association pour le développement de l'art de la science infirmière (AR-DASI : cette priorité de parole nous paraît justifiée quand on se souvient que dans la conférence introductive à ce colloque, Jean-François TOME nous indiquait que le taux de satisfecit de communication patient-infirmière était de 90 %. Cet exploit suscite notre admiration et aiguise notre curiosité.
- 4 - Anne-Marie JULIA, directeur des ressources humaines et de la communication au CH de THOUARS : elle évoquera pour nous le contexte difficile que constituent les restructurations actuellement en cours dans le secteur hospitalier.
- 5 - Philippe DENUX, directeur du personnel, de la formation et des affaires médicales du CH de Tarbes : il nous fera part de son analyse sur la position-carrefour du cadre soignant et de la formation qu'il est possible d'envisager en conséquence.
- 6 - Nadine PERRIÉ, coordinatrice de l'action sociale à l'Hôpital Pellegrin de Bordeaux, nous parlera des bouleversements induits par le passage d'un système d'organisation bureaucratique à un système de management participatif.

- 7 - Enfin Françoise LAVILLE, médecin du travail à l'hôpital Pellegrin, nous alertera sur les troubles psychosomatiques qu'elle a pu observer sur le personnel hospitalier soumis à une complexité de choix et de contraintes sans cesse croissante.
- 8 Ainsi conscients de facteurs de contingences internes vécus par les acteurs des hôpitaux, nous demanderons aux principaux décideurs à savoir un directeur (M. HERIAUD, du CHU de Bordeaux), et à un président de la commission médicale d'établissement (M. ARNAUTOU, du CHU d'AGEN), comment ils définissent la communication interne de l'hôpital et comment elle s'articule avec les contraintes liées à la présence de tutelles ministérielles (notamment en matière de financement). Mais revenons à la personne la plus proche du malade : l'infirmière.
- 9 Thérèse PSIUK interrogée en préalable a évoqué une « conception humaniste des soins ». En tant que malade potentiel, voilà qui me réjouit. Thérèse PSUIK, ôtez-nous un doute : aurait-on envisagé de ne pas traiter le malade comme un être humain.
- 10 *Thérèse PSIUK Association Régionale pour le développement de l'Art et de la Science Infirmier de LILLE*
- 11 La communication au sein de l'hôpital sera certainement plus efficace lorsque l'ensemble des personnels aura une même logique de fonctionnement.
- 12 Directeurs, médecins, paramédicaux sont-ils actuellement dans une même logique de raisonnement ?
- 13 Chacun pense être dans une logique institutionnelle alors qu'il évolue souvent dans une logique corporatiste.
- 14 Directeurs, médecins et paramédicaux doivent se poser les mêmes questions :
- 15 Qui est le malade, quels sont ses besoins, qu'est ce qu'une conception humaniste des soins ?
- 16 Comment définir une conception collective de soins dans chaque unité de soins qui, bien sûr soit une conception humaniste des soins ?
- 17 Quelle type de communication entre les partenaires de santé : médecins, IDE, AS ?
- 18 La loi hospitalière représente t-elle un espoir pour définir une philosophie de soins collective dans l'établissement ?
- 19 Quelle type de communication pour qu'elle se concrétise sur le terrain ?

Une conception humaniste des soins

- 20 La conception humaniste des soins considère la personne du malade.
- 21 Les expressions personnalisées de tous les éléments qui composent une personne en font un être unique et l'interdépendance de ces composantes en font un être entier.
- 22 Chaque malade a actuellement besoin de soins personnalisés
- 23 Quelle que soit la dimension du soin, il convient de l'adapter à chaque malade dans son application pour tendre vers des prestations efficaces donc de qualité :
- 24 - soin curatif personnalisé
- 25 - soin éducatif personnalisé
- 26 - information adaptée au malade.

- 27 Chaque soin est alors considéré comme une interaction humaine (soignant-soigné) et c'est chaque fois un scénario différent. Cette conception du soin entraîne une véritable communication, une analyse permanente des informations recueillies et un choix au niveau des actions.
- 28 Les infirmières évoluent actuellement d'un fonctionnement passif centré sur les tâches à un fonctionnement actif centré sur les personnes soignées. Elles vont acquérir de plus en plus un comportement adapté à la pratique du raisonnement diagnostic. En effet, depuis le décret de compétences en date du 15 mars 1993, l'infirmière française pose des diagnostics infirmiers complémentaires aux diagnostics médicaux. Le raisonnement diagnostic fait évoluer l'observation et la communication de l'infirmière. Elle regarde et écoute la personne soignée et essaie de la comprendre. Ecoute active, empathie, congruence sont des mots de plus en plus utilisés dans la relation professionnelle soignant-soigné.

Une conception de soins collective dans l'unité de soins

- 29 L'infirmière ne peut s'affirmer seule dans ce fonctionnement, car un épuisement professionnel et une démotivation vont s'installer. Si le sens des soins est différent pour le médecin, l'infirmière et l'aide soignante, les comportements auprès des malades seront contradictoires, donc insécurisant pour eux.
- 30 Chaque professionnel est en fait guidé actuellement dans ses décisions et ses actions par ses valeurs personnelles, c'est à dire ses croyances philosophiques sur l'homme, les relations humaines et la santé.
- 31 Pour prendre en charge globalement une même personne soignée, une équipe de soins doit trouver un terrain d'entente. Seule, une conception de soins collective centrée sur la reconnaissance des valeurs personnelles de la personne soignée permet ce consensus et sera un référentiel à la conduite du projet de soins de la personne soignée, par chaque membre de l'équipe.
- 32 Une conception de soins personnalisés exige une approche systémique du malade afin d'identifier les indices personnels qu'il faudra prendre en considération pour faire le choix des prestations.
- 33 Une étroite collaboration médecin-infirmière s'impose :
- 34 - La démarche médicale et la démarche infirmière sont en corrélation : le médecin recueille les données médicales, l'infirmière recueille les données sur la personne du malade.
- 35 Un échange permanent permet de parvenir à des choix thérapeutiques et des soins coordonnés.
- 36 L'infirmière pose des diagnostics infirmiers complémentaires des diagnostics médicaux ; par exemple : « Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau lié à l'immobilité secondaire à l'hémiplégie droite ».
- 37 L'infirmière collabore avec l'aide soignante pour valider ses hypothèses diagnostiques et prescrire les soins personnalisés.

- 38 Les outils de communication (par exemple le dossier individuel du malade) utilisés dans l'unité où est définie et écrite une conception des soins, sont bien sûr gérés correctement :
- 39 - Les données de connaissance sur la personne du malade sont non seulement saisies mais également analysées et servent de base à la décision des soins.

Une conception des soins collective dans l'établissement de santé

- 40 La loi portant sur la réforme hospitalière est-elle un espoir pour demain ? :
- 41 - oui, en recentrant les soins en général autour d'un malade, fédérateur d'une équipe pluridisciplinaire.
- 42 - oui, si elle établit une harmonisation et une coordination entre chaque partenaire, dans un projet d'établissement résultant du maillage :
- 43 - du projet médical,
- 44 - du projet de service,
- 45 - et du projet de soins infirmiers.
- 46 Ces projet multiples ne sont que des outils de communication qui sont au service d'une philosophie de soins collective définie à partir du malade.
- 47 Encore faut-il que cette philosophie soit définie, écrite, connue par tous les partenaires.
- 48 Qui oserait dans un établissement de santé être opposé à une conception humaniste des soins ?
- 49 La direction de l'hôpital peut éditer et diffuser un cadre de référence dans l'établissement qui va orienter la réflexion pour les projets de service.

En conclusion :

- 50 Mon expérience de formateur chargé de formations-actions me permet d'affirmer que le personnel d'une unité de soins participe volontiers à la définition de la conception de soins du service et au projet de service. Cette participation est conditionnée par une information transparente, précise sur l'évolution du service, les restructurations...
- 51 Comment ne pas être réticent lorsque les rumeurs circulent sur une fermeture probable ou un changement de la population accueillie.
- 52 *Anne-Marie JULLIA, Directeur des Ressources Humaines et de la Communication Centre Hospitalier de THOUARS.*
- 53 La mise en œuvre d'un projet d'établissement, les restructurations, les difficultés du climat social, le poids des contraintes économiques... Plus que jamais l'hôpital doit communiquer et bien communiquer avec ses personnels.
- 54 Pour atteindre cet objectif, les hôpitaux se sont donnés depuis une dizaine d'années de nombreux atouts :
- 55 Les directions ont affirmé leur volonté de développer la communication interne et se sont engagées dans de multiples actions ; des chargés de communication ont été recrutés, qui

ont apporté des techniques, des savoir-faire indispensables ; bon nombre d'outils sont connus et mis en place (journaux internes...) Le corps médical à son tour, se penche sur son rôle au sein des équipes soignantes... etc..

- 56 Pourtant, les enquêtes et diagnostics évoquant le malaise infirmier, le climat social font largement état d'un déficit de communication. Certes, ses causes sont multiples.
- 57 Dans ce bref exposé, seules quelques interrogations peuvent être lancées :
- 58 - Aujourd'hui, la communication avec les personnels est-elle réellement devenue dans chaque établissement une priorité interne ? Se pourrait-il qu'elle soit encore parfois évoquée de manière incantatoire ?
- 59 - Mais je voudrais surtout que nous repensions ensemble ce matin une question qui a été il y a 5 -10 ans au cœur du débat sur la communication, qui l'est moins me semble t-il et qui pourtant devrait rester au centre de nos préoccupations :
- 60 Les acteurs de l'hôpital ont-ils atteint en matière de communication, et plus particulièrement ici en matière de communication interne, le professionnalisme nécessaire ?
- 61 Encore une fois beaucoup d'entre nous au cours des dernières années se sont efforcés de mettre en place des politiques de communication de qualité, et de nombreux résultats ont certainement été obtenus.
- 62 Mais bien communiquer est toujours une affaire complexe, et dans notre milieu hospitalier, la nature même de la prestation, la multiplicité des acteurs et des interlocuteurs, interviennent. Bien communiquer exige à la fois une volonté, « le sens de la communication », la maîtrise des outils à réaliser dans le cadre des moyens qui nous sont impartis.
- 63 Comme dans tous les domaines, il s'agit non seulement de faire, mais encore de réussir. L'évaluation est indispensable.

Le contenu de la communication

- 64 Jean-François TOME évoquait hier l'articulation entre stratégie et communication. L'hôpital dans lequel je travaille actuellement vit un contexte de restructuration, générateur d'angoisses pour le personnel, angoisses évidemment alimentées par de multiples rumeurs. Ce contexte est omniprésent pour les agents et leur attente d'informations sur ce sujet extrêmement forte.
- 65 Deux réflexes au moins peuvent conduire une direction à ne pas réagir en professionnel de communication (imprégné du principe : « Parlez-moi de ce qui m'intéresse ») :
- 66 - La difficulté de la communication, le dossier étant en devenir, l'information est instable et à haute teneur stratégique,
- 67 - L'investissement temps
- 68 En effet, la nécessité de l'information, au moins pour freiner les rumeurs est évidente. Mais :
- 69 - L'information devra être soigneusement formulée : il s'agit de donner l'information fiable, en annonçant si nécessaire qu'elle est incomplète et évolutive, et si possible en précisant pourquoi.

- 70 - Les outils seront coûteux en temps : « articles dans le journal interne, lettres personnalisées, réunions (agents-encadrement, agents-Direction si nécessaire) permettant l'expression des personnels et l'échange.
- 71 Une ou deux situations de crise seront sans doute évitées ainsi.

Les acteurs

- 72 Un chargé de communication qui élaborerait (quelqu'en soit la raison) son journal d'établissement en solitaire, ou seulement avec les personnels, ou seulement avec la Direction, prend le risque de « créer un produit » hors stratégie, hors intérêt des lecteurs, hors actualité.
- 73 Un directeur des ressources humaines, un infirmier général, un chargé de communication, qui ne travaillent pas ensemble, prive la communication interne de leur établissement de la mise en commun de leurs compétences. Le directeur du personnel ne disposera pas forcément du temps et de la maîtrise des techniques nécessaires à la réalisation des outils. Le chargé de communication ne sera pas forcément informé de telles ou telles données importantes du climat social. Quant au directeur, « son sens de la communication » est si totalement déterminant...

La cible

- 74 Le premier principe de la communication est de ne jamais oublier la cible ; en l'occurrence, puisque notre thème est : « l'hôpital communique avec ses personnels », l'ensemble des personnels de l'établissement. Ça va de soi, mais ce n'est pas si simple.
- 75 Je vous propose de prendre un seul exemple, l'information d'un agent sur l'avenir de l'hôpital, de son service, toujours dans notre contexte de restructuration.

76 Quelques remarques :

77 - l'agent se fera sa propre opinion, en fonction de toutes ces informations, et en particulier de la crédibilité qu'il accorde à chaque acteur. (La crédibilité de la Direction s'acquiert à travers l'ensemble de la démarche de communication, et dans le temps. Le succès d'actions de communication dispersées ne suffira pas à l'assurer).

78 - Le rôle de l'encadrement dans cette information est évidemment essentiel : est-il lui-même bien informé ? L'est-il avant ou en même temps que la presse, les syndicats... (sinon, gare à sa crédibilité), n'est-il pas surinformé dans un contexte où les évolutions sont si nombreuses, est-il formé à écouter, informer, animer... ?

79 La maîtrise du facteur temps est une des règles d'or de la communication.

80 Pour en revenir à l'origine de notre propos, l'évaluation doit nous permettre de vérifier si notre communication hospitalière est efficace, et si elle est organisée pour l'être.

81 *Philippe DENUX, Directeur du personnel, de la formation et des affaires médicales Centre Hospitalier Intercommunal de TARBES.*

82 Pour ma part, je vais vous livrer quelques réflexions élaborées à la fois à partir de ma propre expérience au Centre Hospitalier de TARBES et à partir aussi de convictions personnelles.

83 J'ai choisi de vous parler donc du rôle du cadre intermédiaire dans la communication à l'Hôpital.

84 Il y a différentes catégories de cadres intermédiaires entre la direction et le personnel : cadres des services généraux, des services médico-techniques, techniques, administratifs, soignants.

85 Pour délimiter mon propos, je voudrais me concentrer sur le rôle du cadre soignant ou en d'autres termes aussi sur le rôle de la personne que l'on appelle encore couramment

surveillant(e) du service. Mais actuellement, le titre non seulement revendiqué mais prévu dans les textes est celui de : « cadre infirmier ».

- 86 Dans un premier temps, j'aborderai la notion de cadre se situant au carrefour d'un réseau de communication et dans un second temps je soulignerai l'importance de développer la capacité de communication du cadre.
- 87 En préalable, je propose une définition du cadre :

Le cadre est celui qui gère, anime, coordonne, impulse, décide et joue un rôle d'expert

1) Le cadre au carrefour d'un réseau de communication.

- 88 Ensuite, je dois préciser que le mode de management que je prends pour référence est celui du management participatif.
- 89 Le cadre se trouve en liaison permanente avec différents partenaires : médecins, ensemble du personnel de service, l'administration, la direction...
- 90 Placé effectivement à ce carrefour, le cadre a besoin de repères :
- 91 Il faudrait tout d'abord qu'il ait une claire connaissance de la mission qui lui a été confiée et de son contenu.
- 92 Ensuite il lui faut aussi savoir quels sont les objectifs qu'il doit réaliser dans le cadre de cette mission et quels sont aussi les moyens mis à sa disposition pour atteindre ses objectifs.
- 93 Enfin il s'avère aussi très important pour le cadre de savoir de quelle manière son opération de communication sera contrôlée.
- 94 Cela dit, comme autre repère, j'ai pu constater que l'élaboration du projet d'établissement a permis de mettre en relation des personnes qui n'avaient pas forcément l'habitude de se rencontrer auparavant.
- 95 En plus du projet d'établissement comme élément facilitateur de la communication à l'hôpital, nous pouvons aussi parler des conseils de service qui permettent également de mettre en relation et donc en communication un certain nombre de personnes.
- 96 J'arrive maintenant à la deuxième partie de mon intervention dans laquelle je vais montrer l'importance pour le cadre de développer sa capacité de communication.

2) L'importance pour le cadre de développer sa capacité de communication.

- 97 Je rappellerai que le cadre a en fait deux métiers : initialement c'est un technicien ayant reçu une formation spécialisée comme celle de l'école des cadres pour les cadres soignants. Mais jusqu'à ces dernières années, sa formation technique qu'elle qu'en soit sa nature ne le préparait pas à son second métier si je peux dire qu'est celui de manager.
- 98 Les formations de cadres ont donc par la suite progressivement intégré cette dimension de management dont le contenu ne peut pas être improvisé par le cadre même s'il possède quelques dispositions innées.

- 99 On peut prendre quelques exemples relatifs au contenu de cette formation : apprendre à bien écouter, à gérer des conflits, à conduire une réunion.
- 100 Cette formation au management peut donc s'acquérir par la formation initiale mais la formation continue doit nécessairement la compléter.
- 101 Cela est notamment sensible dans le domaine de la conduite du changement.
- 102 À ce sujet, je peux dire que j'ai un collègue du Centre Hospitalier de TARBES qui, avec deux autres personnes, a mis au point un didacticiel intitulé : conduire le changement.
- 103 Tout à l'heure Mme MARX nous a fait part du contenu d'une lettre rédigée par une aide-soignante qui disait que l'on ne peut pas changer les gens. Je l'admets mais je rajoute que l'on peut les aider à accepter le changement en mettant à leur disposition des moyens pour les accompagner dans cette démarche de changement.
- 104 S'il doit se former, le cadre doit aussi participer.
- 105 Pour cela, il existe bien des organes formels au sein de l'hôpital comme : le comité technique d'établissement, la commission du service de soins infirmiers, le comité d'hygiène et de conditions de travail.
- 106 Mais en fait, je pense qu'il est important aussi que les cadres s'impliquent dans une démarche plus dynamique au sein des réunions informelles pour mener des recherches destinées à faire évoluer ce qui existe, par exemple le système d'évaluation du personnel.
- 107 En conclusion, je dirais que, situé au carrefour d'un réseau de communication, le cadre doit nécessairement s'impliquer dans un processus de communication aidé en cela par la direction qui doit l'amener à accepter et conduire le changement en mettant à sa disposition des moyens appropriés tels que des formations adaptées.
- 108 *Nadine PERRIE, Coordinatrice de l'Action Sociale, Direction Générale du CHU de Bordeaux*
- 109 Le projet d'établissement du C.H.U de Bordeaux, au delà d'une obligation légale s'est fondé sur la détermination de la direction et a créé un événement.
- 110 Il s'est inscrit dans une démarche stratégique et consensuelle favorisant une dynamique nouvelle.
- 111 Avec le projet d'établissement, nous avons été au cœur d'interrogations, d'intelligence et de créativité. Il me paraît essentiel de souligner la volonté d'un projet global et participatif qui s'est ancré dans la réalité, c'est à dire, sur le travail accompli, la connaissance des besoins, des attentes, des ressources et des perspectives.
- 112 Le projet d'établissement vise aussi l'amélioration du fonctionnement de l'hôpital et du service rendu au malade. Il concerne tous les secteurs d'activité afin de rechercher une meilleure efficacité de moyens et de favoriser les échanges entre tous les acteurs.
- 113 Il ne peut donc être que le produit d'un travail participatif en associant à cette démarche tous les corps de métier.
- 114 De fait, d'emblée ont été recherchées l'adhésion et la participation de tous les personnels. Cette grande consultation a débuté par la recherche de personnes volontaires, motivées pour faire partie intégrante des diverses instances et s'engager dans les différentes phases de cette démarche.
- 115 Dès lors, le processus enclenché a été accompagné d'actions de communication qui ont permis la définition des objectifs généraux, de la démarche, des stratégies mises en œuvre et les règles du jeu. Ces contacts directs ont été enrichissant. Cela a aussi facilité la

réponse aux questions, la réduction des inquiétudes et favorisé l'émergence des motivations.

- 116 La démarche du projet d'établissement a engendré une gigantesque organisation soutenue par une aide méthodologique essentielle et c'est autour des projets de services que le projet d'établissement est devenu l'affaire de tous. Ceux-ci ont été élaborés par des groupes de travail pluridisciplinaires, associant des médecins, des soignants, des paramédicaux, des administratifs. Ces groupes ont mis en relation des hommes et des femmes ayant des professions et des statuts socioprofessionnels différents, autour d'une table pour faire le bilan de l'activité du service, l'analyser et proposer des objectifs communs, visant à améliorer le service rendu au malade.
- 117 Le degré de motivation a été d'autant plus élevé que l'information a été claire et adaptée.
- 118 Certes, la motivation a été inégale selon les services et les personnes, mais il me paraît essentiel de souligner que les projets de service ont provoqué une vaste mobilisation et une construction. Ils ont permis de mettre en commun des connaissances, d'échanger des informations spécifiques et ainsi d'amorcer une pratique de coopération.
- 119 Même si ces groupes n'en sont encore qu'aux propositions, aux projets, ils ont développé leur capacité d'interaction, de collaboration au cours de l'action commune.
- 120 Le projet d'établissement me paraît donc intéressant à cause de cette réflexion commune, qui responsabilisent les acteurs et facilitent la communication entre eux.
- 121 Mais il constitue un bouleversement qui se traduit par le passage d'un système d'organisation bureaucratique à un système d'organisation de type management participatif.
- 122 Le personnel a pris conscience de l'amorce d'un changement potentiel et des enjeux réels qui se font jour. Toutefois cela signifie pour lui passer d'un système subi mais sécurisant à un système plus impliquant où prédominent la responsabilité individuelle et l'incertitude.
- 123 Aujourd'hui, après cette phase de consultation, d'engagement, il y a une inquiétude réelle, voire une angoisse sur l'avenir, contexte majoré par la conjoncture socio-économique et les rumeurs.
- 124 Dans cette phase intermédiaire, on constate un écart entre la synergie créée par l'effet projet de service et l'attitude actuelle du personnel, qui peut constituer une situation à risques.
- 125 Les objectifs à atteindre ne sont pas perçus dans toutes leurs dimensions et les moyens sont jugés insuffisants.
- 126 Une question se pose : les procédures de participation mises en place ont-elles été suffisamment claires et précises pour que chacun perçoive nettement les limites du jeu qu'elles visaient à instaurer, les possibilités de gains qu'elles offraient ?
- 127 De nouvelles notions se diffusent : mobilité, initiative, efficacité, restructuration, redéploiement... Le personnel est de nouveau en prise avec la question du sens de ce projet d'établissement qui doit savoir prendre en compte la complexité et ne pas avoir une vision réductionniste. Certains veulent la résoudre en se référant à l'idéal du discours officiel alors que d'autres s'inquiètent des risques que comporte un éventuel redéploiement.

- 128 C'est l'abandon d'un univers stable au profit d'une organisation mouvante dont les besoins d'adaptabilité exigent du personnel des aptitudes à la mobilité, à la responsabilité, au dialogue.
- 129 Confronté à la nécessité d'ajuster ses compétences aux nouvelles orientations, le personnel se trouve en situation de déstabilisation.
- 130 Les hospitaliers sont dans l'attente donc, dans l'incertitude, en pleine interrogation sur les choix qui vont être effectués et selon eux, peut-être plus en fonction des impératifs économiques que des valeurs qui donnent un sens à leurs activités.
- 131 Il convient de rassurer le personnel sur la prise en compte des propositions émises, d'autant plus qu'il se considère suffisamment informé.
- 132 Actuellement, il se polarise sur des informations partielles qui circulent parfois sous couvert de relations privilégiées avec des personnes assurant certaines fonctions. Les échanges sont de l'ordre de la confiance et de la rumeur qui se substitue à l'information objective du canal officiel. Le personnel se sent exclu de la démarche, dépossédé du travail investi et transmis.
- 133 Il ne faudrait pas qu'avec le temps et dans cette phase prévue du traitement de projets, l'enthousiasme cède le pas à la démobilisation, au retrait, à l'indifférence, à l'inertie.
- 134 À cela s'ajoutent parfois des problèmes personnels qui font que les agents se trouvent entre un manque de communication personnelle et de communication professionnelle. La crise économique actuelle entraîne des difficultés familiales. De même que l'hôpital n'est pas coupé du monde extérieur, de même le personnel transporte avec lui, sur son lieu de travail ses préoccupations. Il est donc à la recherche d'une compensation et de relations.
- 135 L'hôpital se doit d'accompagner cette période en renouant le dialogue (entre le personnel et l'encadrement par exemple) afin de combattre les ambiguïtés et permettre au personnel de trouver le sens de son activité, d'autant plus qu'il devra faire le deuil de certains souhaits en raison des contraintes budgétaires.
- 136 Cela signifie qu'il faut entrer dans une stratégie de prévention :
- 137 - en évitant les crispations,
- 138 - en favorisant les mécanismes d'adaptation,
- 139 - en s'interrogeant sur les incidences du projet d'établissement et les risques sociaux engendrés (déstabilisation et tension),
- 140 - en développant la communication ;
- 141 La situation évoquée ne doit pas être minimisée même si elle peut être relativisée et appréhendée comme une étape nécessaire pour accéder aux objectifs fixés.
- 142 Dans cette période cristallisée autour des choix stratégiques se jouent des incertitudes susceptibles de déstabiliser les processus enclenchés. Or, demain, il va falloir opérationnaliser le projet d'établissement.
- 143 Sa réalisation doit mobiliser l'ensemble du personnel et le rendre capable de mettre en application, dans la pratique quotidienne, ce qui a été élaboré intellectuellement.
- 144 Il me semble, de fait, essentiel de se tourner vers de nouvelles perspectives fondées sur une communication susceptible de réduire les écarts et de rétablir l'équilibre.
- 145 Parmi les voies à emprunter, une d'entre elles me paraît intéressante : le projet social mis en œuvre par la direction des ressources humaines.

- 146 Ce projet social fait partie intégrante du projet d'établissement qu'il doit accompagner de manière spécifique et identifiée.
- 147 L'hôpital ne peut faire l'économie d'un accompagnement au plus près des agents afin de leur permettre d'établir des repères, de percevoir leurs potentialités et prendre conscience de leurs responsabilités.
- 148 Un des axes de ce projet social concerne l'amélioration de la relation au travail.
- 149 En traitant de ce thème, nous abordons la prise en compte des besoins individuels des hospitaliers, tant dans l'exercice propre de leur fonction que dans les aspects personnels de leur vie qui peuvent avoir des répercussions sur leur travail.
- 150 La constitution d'un espace social permettra aux hospitaliers de disposer d'un lieu physique où ils trouveront différents professionnels susceptibles de répondre à leurs besoins, dans une action coordonnée et concertée.
- 151 Les modalités pratiques de la constitution de cet espace social sont en cours d'élaboration mais cette perspective me paraît très intéressante car elle rassemblera en un même lieu, différents intervenants dans une dimension coopérative.
- 152 Une des grandes forces de l'hôpital est la qualité des personnes qui y travaillent, leur désir d'améliorer le service rendu, d'innover, de progresser. Le point noir reste le cloisonnement interne.
- 153 Si le projet d'établissement a amorcé un début de changement à ce niveau, il reste beaucoup à faire en terme de communication et de dialogue. Le cloisonnement est certainement dû à d'histoire mais aussi au côtoiement de logiques différentes. Il y a défaut de connaissance réciproque du travail de chacun et de l'utilité de cette activité dans l'hôpital.
- 154 Cela vient aussi de l'insuffisance des relations d'homme à homme. Chacun est trop absorbé par sa tâche, trop enfermé dans sa fonction, dans sa logique professionnelle pour se préoccuper de ce que font les autres - sauf pour se plaindre des manques ou des imperfections. Chacun ignore l'autre et agit comme si son action et son service était une fin en soi. Il en résulte des incompréhensions, voire des tensions et un fort cloisonnement.
- 155 Un effet du projet d'établissement est d'avoir fait éclore des projets transversaux qui vont mettre en rapport des professionnels différents et complémentaires. Ces projets constituent une démarche initiative qui participera au décroisonnement par l'intermédiaire d'un outil : la communication.
- 156 Celle-ci requiert l'écoute de l'expression des difficultés et la prise en compte de celles des autres, la formation des besoins et des attentes dans le cadre des procédures de travail.
- 157 Il s'agira de mieux se connaître pour mieux se reconnaître.
- 158 Ces échanges instaureront un climat coopératif et aideront le personnel à se situer dans une organisation non pas impersonnelle et cloisonnée mais dans une structure où chacun participera à un objectif commun, au bénéfice du malade.
- 159 Si l'hôpital veut optimiser ses ressources humaines, il doit développer sa communication avec son personnel, c'est-à-dire, écouter, échanger, et participer à une même réalité sociale.
- 160 Le monde hospitalier est en pleine mutation sociologique, organisationnelle et les ressources humaines constituent un facteur essentiel d'innovation, de développement et

de performance. Les hommes et les femmes de cette communauté de travail se mobiliseront d'avantage s'ils peuvent s'exprimer et s'identifier au projet d'établissement parce qu'il répond en partie à leurs aspirations personnelles.

161 La mise en œuvre d'une politique de communication est aujourd'hui incontournable et favorisera l'implication des personnels dans les transformations nécessaires à la nouvelle dynamique de l'hôpital.

162 *Françoise LAVILLE, Médecin du Personnel hospitalier, Groupe Hospitalier Pellegrin*

163 Si vous venez nous voir à l'hôpital, vous nous trouverez à « l'Espace Prévention/Santé du Personnel ». C'est ainsi que mes consœurs, moi-même et notre équipe avons décidé d'appeler notre service. C'est aussi notre approche et notre façon d'entrer en relation avec le personnel, donc de communiquer.

164 Les services médicaux du personnel, créés en 1960, se sont d'abord appelés « Médecine Préventive », puis Médecine du travail ; on parle maintenant, et je pense que c'est très important, de Santé et/ou Travail.

165 Cette évolution (européenne) est conceptuelle, c'est-à-dire que nous, Médecins du Personnel nous devons le maintenir en état de santé et non pas simplement nous assurer qu'il n'est pas malade. Et pourtant, la maladie, avec ses associées que sont la souffrance et la mort, constitue l'ambiance de travail « normale » à l'hôpital. Maintenir le personnel en bonne santé, c'est donc composer avec le retentissement sur le soignant de la maladie des autres.

166 Pour juger de ce retentissement, nous sommes bien placés car nous sommes au carrefour des relations interprofessionnelles, à l'interface santé/environnement/travail.

167 Nos missions, définies par les textes, nous font :

168 - Conseiller de l'employeur, en matière d'hygiène, de sécurité, de conditions de travail, mais en aucun cas nous ne sommes médecins contrôleurs ;

169 - Conseiller de l'employé pour qui nous sommes un espace d'écoute :

170 - librement accessible

171 -tenu au secret médical (donc écoute dans la confidentialité)

172 - hors hiérarchie donc neutre.

173 On vient nous entretenir de problèmes médicaux, mais aussi psycho-socio-relationnels ou familiaux, etc....Nous n'avons pas à répondre forcément, mais à écouter et à entendre.

174 Nous sommes donc détenteurs d'informations, certaines que nous pouvons répercuter pour servir, ainsi, de médiateur ou détenteurs de secret.

175 Nous sommes aussi une « thérapeutique » car nous sommes un endroit où peut se dire la souffrance et où peut se libérer une charge psycho-émotionnelle souvent très forte.

176 Nous sommes donc en mesure de connaître les contraintes du monde du travail à l'hôpital.

177 1- Il y a, actuellement, malaise de beaucoup de soignants qui, engagés dans un idéal d'aide à la souffrance, reçoivent de plus en plus comme réponse : gestion et argent. Il a beaucoup été question ici de l'harmonie naissante entre pouvoir gestionnaire et médical, mais la spécialité de chacun doit aussi pouvoir s'exprimer. Un gestionnaire a appris et doit gérer financièrement, mais un soignant doit gérer les soins. Pour que la « santé mentale » du soignant soit maintenue, il ne faut pas qu'il y ait une perpétuelle distorsion

entre son idéal, sa « vocation » et la réalité du quotidien. Pour communiquer, pour réinventer un hôpital nouveau, il faut du temps.

- 178 2- Il faut donc que les effectifs du personnel soient en nombre suffisant pour que sa « santé physique » soit satisfaisante.
- 179 3- Il faut aussi compter avec les autres contraintes, telles que l'urgence, le manque de temps à consacrer au malade, l'ambiance relationnelle du service ou encore les horaires.
- 180 Le malade est malade 7 jours/7, 24 heures/24, donc là aussi distorsion entre vie de travail, vie personnelle et vie de loisirs (la place de ceux-ci ne cesse d'augmenter dans notre culture de société).
- 181 La réponse à toutes ces contraintes dépend de leur résolution possible, de la personnalité, de la stabilité émotionnelle du sujet, de ses ressources psychoaffectives extra-hospitalières et de la possibilité de verbaliser. Si ces contraintes dépassent les possibilités de réponse, nous avons alors des répercussions psychiques (anxiété, démotivation ou épuisement) ou physiques (somatisation, « j'en ai plein le dos »). Souvent derrière « lombalgie », il nous faut apprendre à décoder la plainte derrière le symptôme.
- 182 J'ai gardé pour la fin le problème de santé que pose pour le personnel l'apparition de nouvelles pathologies telles que la séropositivité et le sida, présents dans beaucoup de services hospitaliers.
- 183 Présents, car il faut savoir que des personnels hospitaliers peuvent être séropositifs et travailler à l'hôpital, ce qui est tout-à-fait normal, mais lourd à gérer pour le personnel et pour nous, si c'est nous qu'il a choisi pour l'accompagner.
- 184 Présents, par la crainte, souvent mal évaluée malgré formation et information données, de contamination possible (actuellement 0,4 % contre 30 % hépatites B). Cette pathologie qui touche à la sexualité, au sang et à la mort, modifie en profondeur les rapports humains à l'hôpital. Poser ce diagnostic, c'est signer un arrêt de mort. La médecine est en échec. Le médecin, s'il sait que le malade va mourir, s'il peut décider qu'il n'y a plus rien à faire, voit peu le malade mourir. C'est l'infirmière, l'aide-soignante qui sont présentes au moment ou après pour les ultimes soins.
- 185 Pendant longtemps, on leur a appris à « s'aseptiser » en enfilant leur blouse blanche, à laisser leur affect au vestiaire. C'est impossible. Dans cette pathologie, le malade est souvent jeune, il est revenu très souvent dans le service, les soignants le connaissent bien, se sont battus avec lui. La perte est éprouvante.
- 186 Je connais bien cette question, car depuis 1990, j'ai mis sur pied, avec l'aide d'un psychiatre et d'un chef de service de médecine interne et psychosomatique, des « groupes de paroles » ciblés sur les aides-soignants et intitulés « la parole est aux soignants ». Nous essayons de répondre ainsi aux inquiétudes, au questionnement du personnel. Nous les entendons les formuler ou les revivre dans le groupe. Je peux donc témoigner de la charge psycho-émotionnelle que cela représente et de son retentissement à l'hôpital.
- 187 En conclusion, la santé du personnel à l'hôpital est un bien précieux et fragile. Nous avons pris comme thème de nos Journées Nationales de Médecine du Travail des Hôpitaux, qui se tiennent cette année à Bordeaux en septembre : « Santé de l'hôpital - santé du personnel : couple indissociable ». Je crois que nous avons eu raison.
- 188 Pascal FORCIOLI : On a évoqué le rôle de l'encadrement et on n'a pas parlé du rôle des médecins. Or les médecins ont un rôle essentiel. D'abord, il y a des cadres parmi les médecins en ce sens qu'il y a des chefs de service. Mr DENUX a évoqué la formation des

cadres alors là, s'agissant des médecins, il n'y ait aucune formation à l'encadrement d'équipe et on pourrait même regretter aussi qu'il n'y a pas suffisamment de formation à la communication. La médecine est un exercice de communication, et les médecins qui deviennent ensuite hospitaliers ne sont pas recrutés sur des critères de capacité de communication. Ça peut poser un problème ensuite dans la mise en œuvre de la communication hospitalière, de l'accompagnement des projets et notamment des projets de service. Il ne faut pas oublier que la loi hospitalière confie au chef de service, la responsabilité d'élaborer, de conduire et d'évaluer un projet de service avec toute son équipe et notamment avec un conseil de service.

- 189 Philippe DENUX : Je ne peux dire qu'une chose par rapport à ça, donner un exemple. Au Centre Hospitalier de TARBES, on a mis en place une formation des cadres soignants. Il y a certains médecins effectivement qui nous ont contacté, au niveau de la direction, pour nous dire, nous on souhaite effectivement suivre ce genre de formation. C'est important ça à mon sens, de participer à des groupes qu'on a appelé mixte, c'est-à-dire personnel médical et autres catégories de personnes. Voilà pour ma part tout ce que je peux dire sur ce point.
-

AUTEUR

BÉATRICE CALINON-MELENEC

Maître de conférence ISIC, GREC/O, Bordeaux 3