

Ecole Nationale de la Santé Publique

Filière Infirmier Général

Promotion 1999

DE LA COMMISSION DE CONCILIATION A LA
GESTION DE LA QUALITE DES RISQUES. QUELLE
PARTICIPATION DE L'INFIRMIER GENERAL POUR
PROMOUVOIR CETTE CONTRIBUTION A L'HOPITAL ?

Jean-Louis POURRIERE

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	1
1- <u>De la gestion de la qualité et des risques à la commission de conciliation</u>	5
1-1 La gestion de la qualité et des risques à l'hôpital	5
1-1-1 <i>L'émergence de ce concept</i>	5
1-1-2 <i>Définitions</i>	7
1-1-3 <i>Les enjeux pour l'hôpital</i>	9
1-2 De la gestion de la qualité et des risques à la gestion des plaintes	11
1-2-1 <i>La place de la gestion des plaintes dans la gestion de la qualité et des risques</i>	11
1-2-2 <i>Définitions et typologie</i>	12
1-2-3 <i>Pourquoi gérer les plaintes</i>	14
1-3 De la gestion des plaintes à la commission de conciliation	16
1-3-1 <i>La commission de conciliation : "une résurrection"</i>	16
1-3-2 <i>Définitions, compositions, missions</i>	17
1-3-3 <i>Les limites et les enjeux</i>	20
2- <u>Gestion des plaintes et commission de conciliation : étude de terrain</u>	24
2-1 Méthodologie de l'enquête	24
2-1-1 <i>Le terrain d'enquête</i>	24
2-1-2 <i>Les outils du recueil d'informations</i>	26
2-1-3 <i>Les limites et les points forts de l'enquête</i>	27
2-2 Présentation des expériences menées	28
2-2-1 <i>Les motivations et les enjeux</i>	28
2-2-2 <i>La composition et le fonctionnement</i>	29
2-2-3 <i>Le bilan de trois années d'exercice aux Hôpitaux de Toulouse</i>	32
2-3 Les intérêts de cette démarche dans la gestion de la qualité et des risques	34
2-3-1 <i>Les points forts ou "facteurs de réussite"</i>	34
2-3-2 <i>Les points faibles ou "écueils à éviter"</i>	40
2-3-3 <i>Les attentes ou "changements à envisager"</i>	45

3- <u>De la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques : participation de l'infirmier général pour promouvoir cette contribution</u>	51
3-1 Pourquoi promouvoir cette contribution	51
3-1-1 <i>Le contexte hospitalier</i>	51
3-1-2 <i>La commission de conciliation dans ce contexte</i>	53
3-1-3 <i>L'infirmier général et la commission de conciliation</i>	54
3-2 Du projet institutionnel	56
3-2-1 <i>La clarification de la place de la commission de conciliation dans la gestion de la qualité et de risques</i>	56
3-2-2 <i>La modélisation des relais entre les différents niveaux</i>	59
3-2-3 <i>L'engagement pour permettre l'adhésion</i>	62
3-3 Au projet du service de soins infirmiers	65
3-3-1 <i>Se donner les moyens d'une politique</i>	65
3-3-2 <i>Développer les relations entre les acteurs</i>	67
3-3-3 <i>Diversifier le traitement des dysfonctionnement</i>	69
 <u>Conclusion</u>	 72
 Bibliographie	 75
 Annexes	 79

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Comme le souligne Ewald F.¹, *"le XIX^e siècle a sans doute été... le siècle de la prévoyance. Le XX^e siècle de la prévention. Je me demande si...le XXI^e siècle ne sera pas le siècle de la précaution."*

L'hôpital de la fin du XX^e siècle n'échappe pas à cette situation, et les mutations profondes qu'il vit, obligent une réflexion en matière de prévention. En effet, après une période d'expansion puis de stabilité, le début des années 90 est marqué par des changements importants. Différents facteurs président à cette situation parmi lesquels la désacralisation de l'institution hospitalière et des médecins, la médiatisation croissante des accidents médicaux, une profonde évolution de la jurisprudence, allant dans le sens des intérêts des usagers et du renforcement des obligations des établissements.

Dans un contexte économique difficile imposant une rationalisation des moyens, la qualité et la sécurité deviennent des objectifs prioritaires de l'hôpital. Après la loi du 31 juillet 1991², faisant de l'évaluation un de ses principes fondamentaux, une des ordonnances du 24 avril 1996 marque un pas supplémentaire en inscrivant la qualité et la sécurité comme *"un objectif essentiel pour tout établissement de santé"*³. Mais, *"travailler sur la qualité seule est insuffisant, ..., inefficace sur le plan de la prévention des risques si la démarche n'englobe pas les deux aspects"*⁴. C'est pourquoi les hôpitaux développent des structures de vigilances pour les domaines particulièrement sensibles que sont les infections nosocomiales, la transfusion sanguine, les dispositifs médicaux, les médicaments Selon les assureurs, ces domaines ne représentant que 5% de la sinistralité enregistrée, le champ de la prévention doit s'élargir à un nouveau domaine : la gestion des plaintes.

*"La conciliation et la médiation sont à la mode. Rares sont les conflits qui ne trouvent une issue par la mise en place de médiateurs et de conciliateurs"*⁵. Face au renforcement du droit des usagers, à la menace en matière d'assurabilité, plus de dix ans après l'annulation en

¹ Cité par Verpeau M. in Anhoury P. et Veins G., *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital*, Paris, E.S.F.Éditeurs, 1994, p. 281

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

³ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, art. L. 710-1-1

⁴ Anhoury P. et Veins G., op. cit., p. 421.

⁵ Charignon R., *La commission de conciliation dans les établissements de santé : une résurrection*, Gestions Hospitalières, août-sept. 1997, n° 368, p. 489.

Conseil d'Etat d'un décret⁶ instituant la mise en place des conciliateurs médicaux, ils réapparaissent avec les commissions de conciliation. L'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 instaure *"une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement"*⁷, avant que le décret du 2 novembre 1998⁸ n'en fixe la réglementation.

Sans attendre ce dispositif législatif et réglementaire, dès 1994, différents établissements mettent en place ce type de structures sous des formes variables en terme de composition et de mode de fonctionnement. En 1997, un colloque sur la médiation médicale et la commission de conciliation⁹ analyse ces expériences et en tire des conclusions. Pour certaines, ces commissions intègrent des membres de la C.S.S.I.¹⁰ et font de l'amélioration de la qualité des soins un de leurs enjeux.

Au moment où tous les établissements de santé publics et privés doivent installer ces commissions, il nous est apparu important de poser un regard sur certaines de ces expériences, pour alimenter une réflexion en matière de gestion de la qualité et des risques.

C'est pourquoi, la question centrale de ce mémoire est :

"En quoi la commission de conciliation peut-elle contribuer à la gestion de la qualité et des risques, à l'hôpital ?"

Le souhait de réfléchir à cette question, dans le cadre d'un mémoire, est guidé par notre intérêt à envisager la mise en œuvre de cette nouvelle structure, la place que peut y occuper le service de soins infirmiers et la façon dont l'infirmier général peut promouvoir cette contribution. Si le décret du 18 octobre 1989¹¹ définit parmi les missions de l'infirmier général, sa participation à *"une politique d'amélioration de la qualité des soins"*, la mise en place des commissions de conciliation et leur fonctionnement l'intéressent, puisque deux membres de la C.S.S.I. y siègent conformément aux dispositions du décret du 2 novembre 1998¹². Ces éléments sous-tendent une question qui orientera notre réflexion professionnelle :

"Quelle peut-être la participation de l'infirmier général pour promouvoir la contribution de cette commission à la gestion de la qualité et des risques ?"

⁶ Décret n°81-852 du 15 mai 1981 relatif aux conciliateurs médicaux.

⁷ Ordonnance n° 96-346, op. cit., Art. L. 710-1-2.

⁸ Décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation.

⁹ Synthèse des Discussions lors du colloque sur la Médiation Médicale et la Commission de Conciliation, C.H.U. de Dijon, 17 oct. 1997.

¹⁰ Lire partout Commission du Service de Soins Infirmiers.

¹¹ Décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 modifié par le décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particuliers des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière, Art. 2.

¹² Décret n° 98-1001 du 2 novembre 1998, op. cit., art. R. 710-1-1.

Tenant compte de la réglementation récente concernant la mise en place des commissions de conciliation, et s'appuyant sur quelques expériences développées dans les hôpitaux français, l'objet de ce mémoire tend à éclairer cette question. Il n'a pas la prétention de clore un débat, mais de l'ouvrir à partir de l'analyse d'expériences, en développant les idées de différents auteurs.

Pour cela, la première partie décline la place que peut occuper la commission de conciliation dans la gestion de la qualité et des risques, avant de poser une hypothèse de recherche.

La deuxième partie propose l'analyse du fonctionnement d'une commission mise en place dès 1996 au C.H.U.¹³ de Toulouse, à la lumière de cette hypothèse.

La troisième partie présente les axes d'une réflexion professionnelle visant à optimiser le fonctionnement de la commission de conciliation, dans une perspective de gestion de la qualité et des risques. Cette troisième partie tiendra compte de certaines des expériences développées dans des établissements de santé depuis 1994.

Par ailleurs, bien que différents auteurs considèrent que le terme "conciliation" n'est pas approprié à cette commission, bien que différents établissements aient préféré celui de "médiation", "vigilance", "information", nous choisirons tout au long de ce travail d'utiliser la terminologie choisie par le dispositif législatif et réglementaire, en citant la "commission de conciliation".

¹³ Lire partout Centre Hospitalier Universitaire.

I^{ère} PARTIE

De la gestion de la qualité et des risques à la commission de conciliation

Chapitre 1

La gestion de la qualité et des risques à l'hôpital

Chapitre 2

De la gestion de la qualité et des risques à la gestion des
plaintes

Chapitre 3

De la gestion des plaintes à la commission de conciliation

1- DE LA GESTION DE LA QUALITE ET DES RISQUES A LA COMMISSION DE CONCILIATION

Une telle question de départ peut paraître surprenante, voire audacieuse, au moment où un dispositif législatif et réglementaire pose clairement les missions de la commission de conciliation. Face aux enjeux de qualité, de sécurité, de rationalité auxquels sont confrontés les établissements de santé, il nous est apparu intéressant de se poser la question de l'opportunité de ce nouveau dispositif dans l'organisation hospitalière.

C'est pourquoi, gardant comme "fils conducteurs" ces nouveaux enjeux, cette première partie s'attache à présenter la place de la commission de conciliation à partir d'une approche de la gestion de la qualité et des risques.

1-1 La gestion de la qualité et des risques à l'hôpital

Si, dès 1912, les Etats-Unis avaient compris la nécessité de l'évaluation qualitative et quantitative dans les établissements de santé pour dispenser les meilleurs traitements au moindre coût, l'évaluation de la qualité à l'hôpital est remplacée progressivement dans une démarche plus large de gestion de la qualité.

Après avoir abordé l'émergence de ce concept, quelques définitions précéderont la mesure des enjeux que représente la gestion de la qualité et des risques pour l'hôpital.

1-1-1 L'émergence de ce concept

Pour Anhoury P. et Viens G.¹⁴, la gestion de la qualité et des risques trouve son origine en Amérique du Nord, dans le développement des plaintes au début des années 1970 ; l'objectif de cette gestion est alors de diminuer les pertes encourues par l'hôpital face aux difficultés pour ces derniers à trouver des assureurs.

Entre les années 1976 et 1991, on compte en effet, aux Etats-Unis, une augmentation du coût des condamnations passant de 44 à 750 millions de dollars. Les sociétés d'assurances incitent alors les hôpitaux à développer des mesures préventives, faute de quoi ils voient leurs primes d'assurance augmenter.

¹⁴ Anhoury P. et Viens G, op. cit., p. 28.

Dès janvier 1989, la Joint Commission for Accreditation of Health Care Organisation encourage une approche intégrée de la gestion de la qualité et de la gestion des risques ; c'est ainsi que, dans dix Etats, la gestion des risques est rendue obligatoire. Ce succès de la gestion des risques tient en trois facteurs :

- des systèmes d'information intégrant les programmes d'action qualité et risques,
- le développement du signalement précoce en cas d'événement indésirable,
- la gestion centralisée sous la responsabilité d'une seule personne ; Anhoury P. et Viens G.¹⁵ proposent un profil de poste de ce responsable.

La France connaît, dans ce domaine, une révolution au début des années 90 avec l'affaire du sang contaminé. La médiatisation de cette affaire accroît la vigilance des établissements et des assureurs, mais aussi celle des usagers. Comparativement, le nombre des réclamations augmente de près de 200 % entre 1989 et 1998, avec une incidence sur l'évolution des coûts de 314 %¹⁶.

Face à cette évolution, les primes d'assurance augmentent ; certains assureurs quittent le marché. Les compagnies d'assurances incitent les établissements à développer des mesures de gestion et de prévention des risques, considérant que la plupart des sinistres sont précédés de la survenue d'incidents. C'est ainsi que la S.H.A.M.¹⁷ décide d'expérimenter une méthode de gestion des risques sur quatre sites pilotes dans les années 90 (C.H.¹⁸ d'Avignon, C.H.U. de Lille, C.H. de Pontoise, C.H. de Villefranche-sur-Saône).

Comme le décrit Couloudou L.¹⁹, dans ces établissements pilotes, le fonctionnement repose sur 3 principes :

- la création d'un comité de gestion des risques pluridisciplinaires,
- l'obligation de signalement précoce,
- une cellule de gestion restreinte.

De ces expériences nord-américaines autant que françaises, nous retiendrons l'importance d'une bonne communication entre les différents acteurs, la responsabilité unique ou restreinte, le signalement précoce des incidents.

¹⁵ Anhoury P. et Viens G, op. cit., p. 43.

¹⁶ Conférence de Benoît Guimbaud, Responsable de la gestion des risques - Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle, Filière des Elèves Directeur d'Hôpital - E.N.S.P., 2 juin 1993.

¹⁷ Lire partout Société Hospitalière d'Assurance Mutuelle.

¹⁸ Lire partout Centre Hospitalier.

¹⁹ Couloudou L., *Le risque responsabilité civile au C.H.S. de Cadillac ; la mise en place d'une démarche complémentaire à l'assurance : la gestion préventive des risques*, E.N.S.P., déc. 1997, p. 101-103.

1-1-2 Définitions

Avant de développer la notion de prévention des risques, nous nous attacherons à définir la gestion de la qualité puis la gestion des risques.

Pour Anhoury P. et Viens G.²⁰, *"gérer la qualité consiste à maîtriser l'interface entre des besoins exprimés par le consommateur interne ou externe, des spécifications ou normes préétablies pour réaliser le service correspondant aux besoins exprimés et la réalisation du service"*. C'est ainsi que la non convergence de ces éléments génère des dysfonctionnements ; si la réalisation du service, des soins, ne correspond ni aux normes, ni aux besoins, *"on a créé de l'insatisfaction"*. D'où l'importance, selon ces auteurs de *"mettre en place un processus de type managérial qui implique les acteurs de l'organisation, afin d'assurer la qualité de la prestation et la satisfaction du consommateur du service"*.

Ces définitions de la gestion de la qualité donnent toute sa place à l'usager, à la satisfaction de ses besoins, et à de nouveaux modes de management hospitalier ; ces concepts seront abordés ultérieurement.

Pour ces mêmes auteurs²¹, la gestion des risques peut être définie comme *"un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients, les visiteurs et les personnels"*. Trois niveaux apparaissent clairement dans cette définition : l'identification du risque, son évaluation, sa réduction. Ce troisième niveau introduit le concept de prévention.

Pour Guimbaud B.²², il s'agit *"d'un processus qui permet à une organisation l'identification, l'analyse et la maîtrise des dysfonctionnements qui ont (correctif) ou qui auraient (préventif) causé des dommages à un patient, un visiteur, un membre du personnel"*. Cette nouvelle définition permet de retrouver les trois niveaux précédemment cités.

La démarche de gestion des risques s'entend donc bien comme une démarche d'amélioration de la qualité visant à agir sur les dysfonctionnements reconnus à partir d'événements indésirables.

²⁰ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 26.

²¹ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 28.

²² Conférence de Benoît Guimbaud, op. cit.

Pour Dumay M.F.²³, *"la situation à risque est le plus souvent le résultat d'un dysfonctionnement de la chaîne hospitalière"*. Cette approche souligne l'importance d'un système d'information qui permette l'identification des dysfonctionnements d'une part, leur traitement dans une démarche pluridisciplinaire d'autre part, comme cela a pu être développé précédemment.

Roussel P.²⁴ définit, dans ce cadre, le terme d'anomalie *"englobant tous types de dysfonctionnements, il recouvre en réalité des situations diverses qui seront précisées dès que possible, défaut d'une part, non conformité d'autre part"* ; pour cet auteur, la mise en œuvre d'un système de détection des anomalies représente *"l'une des étapes fondamentales de la mise en œuvre d'un système qualité"*²⁵.

Si la gestion des risques permet d'identifier les dysfonctionnements ; il reste à les prévenir.

La prévention des risques, pour Guimbaud B.²⁶, s'articule autour d'une démarche en cinq temps, les trois premiers correspondant à ceux décrits précédemment.

Il s'agit tout d'abord de l'identification des risques, car *"pour prévenir les risques, il faut d'abord les connaître"*. L'auteur donne un exemple que nous retrouverons régulièrement et qui reste un véritable problème de santé publique, celui des chutes : *"Un hôpital connaît-il le nombre de ses chutes ?... Connaît-il la cause de ses chutes ?"*

Connaître les événements indésirables est insuffisant. Pour mettre en place des actions de prévention à l'aide des signalements, il faut analyser les événements signalés pour en connaître les causes. Anhoury P.²⁷ parle de *"quel sens donner à un résultat qui semble mauvais ?"*. Cette phase d'analyse reste le préalable indispensable à toute action de prévention.

Les actions de prévention visent alors à faire disparaître la cause pour diminuer le risque. Il s'agit, dans le cas des chutes, de baliser les zones glissantes, de réfléchir aux matériaux utilisés dans ces zones, de mettre en place une organisation du travail pour prévenir

²³ Dumay M.F., *Mise en place de la démarche de prévention-gestion des risques*, Objectif soins, mai 1998, n° 64, p. 15-16.

²⁴ Roussel P., *Amélioration continue de la qualité et mise en œuvre d'un système de notification des anomalies*, Transfus Clin Biol, 1999, n° 6, p. 137.

²⁵ Roussel P., op. cit., p. 136.

²⁶ Guimbaud B., *Le programme SHAM d'aide à la gestion des risques*, Revue Hospitalière de France, Janv.-Fév. 1998, n° 1, p. 57.

²⁷ Anhoury P. in, Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 39.

ces risques. La mise en place d'indicateur permet le suivi de l'effet de prévention, voire l'adaptation des mesures si elles ne s'avèrent pas suffisantes.

Enfin, la prévention passe aussi, pour les différents auteurs par le signalement précoce des événements indésirables.

1-1-3 Les enjeux pour l'hôpital

Comme nous avons pu l'aborder en introduction, ils se jouent à deux niveaux : l'amélioration de la qualité et la diminution des coûts. Mais un nouvel enjeu apparaît aujourd'hui pour l'hôpital : la compétitivité.

La gestion des risques reste une démarche d'amélioration de la qualité visant en priorité la correction des dysfonctionnements.

"Elle doit être une démarche volontaire élargie à l'ensemble des activités de l'établissement", selon Guimbaud B.²⁸ ; en effet, 5 % seulement de la sinistralité correspond aux vigilances obligatoires, tandis que 95 % ne sont pas couverts par ces systèmes. Très peu de réclamations s'expriment du fait de ces vigilances (lutte contre les infections nosocomiales, matériovigilance, hémovigilance...).

Pour ce même auteur, l'heure est au développement à l'hôpital des démarches qualité, et si l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 en fait une obligation pour les établissements de santé, c'est dans cet axe que s'inscrit la gestion des risques à l'hôpital. ; pour lui, *"la gestion des risques est, en effet, la première démarche qualité. Elle est au centre de la politique qualité de l'établissement car elle la rendra plus cohérente pour les démarches d'accréditation"*²⁹. La gestion des risques répond aux exigences réaffirmées par cette ordonnance en matière d'accréditation ; le manuel d'accréditation prévoit d'ailleurs différents référentiels en matière de gestion de la qualité et de prévention des risques, visant *"à mettre en place au sein de l'établissement un système opérationnel comprenant l'ensemble des moyens humains, techniques et organisationnels pour répondre aux besoins des patients,*

²⁸ Guimbaud B., *La mise en place à l'hôpital d'une démarche de gestion des risques*, Techniques Hospitalières, nov. 1998, n° 631, p. 31.

²⁹ Guimbaud B., *La gestion des risques : la première des démarches qualité*, Perspectives Sanitaires et Sociales, 1996, n°129, p. 30.

*améliorer la qualité des prestations, assurer la continuité des soins et prévenir les risques liés au processus de soins*³⁰.

La gestion des risques est, en matière d'assurabilité, une démarche visant à diminuer les coûts. En effet, l'évolution de la jurisprudence d'une part, l'augmentation de la sinistralité d'autre part, entraîneront dans les années à venir une augmentation des primes d'assurance pour les établissements n'ayant pas mis en place de mesures de prévention des risques, voire leur radiation des dites compagnies.

La gestion des risques peut enfin être considérée comme une démarche "marketing" visant à améliorer la satisfaction des clients. Cet enjeu paraît particulièrement important au vu de la médiatisation régulière de dysfonctionnements, voire d'incidents, dans l'organisation hospitalière. En effet, dans un système de plus en plus concurrentiel, comme a pu le noter Kitous B.³¹, *"si l'hôpital ne se bat pas aujourd'hui avec les armes de la compétence, de l'économie, et du souci de la population, l'Etat devra le supprimer dans les trente années à venir"*. L'hôpital doit rester attractif ; la gestion de la qualité et des risques lui en donne les moyens.

Dans le souci de répondre à la satisfaction des clients, voire de la population, abordons un domaine particulier de la gestion des risques : la gestion des plaintes.

1-2 De la gestion des risques à la gestion des plaintes

Avant de définir la gestion des plaintes et d'en développer les enjeux pour l'hôpital, il paraît important de comprendre la raison de cette activité.

1-2-1 La place de la gestion des plaintes dans la gestion de la qualité et des risques

Comme nous l'avons vu précédemment, la gestion de la qualité et des risques est née, en Amérique du Nord, du développement des plaintes, l'objectif de cette réforme étant de réduire les coûts induits par les condamnations.

³⁰ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Paris, A.N.A.E.S., p. 81.

³¹ Cité in Arbus G. et Debrosse D., Réussir le changement à l'hôpital, Paris, InterEditions, 1996, p. 20.

En France, si l'obligation de mettre en place un système de gestion des plaintes est réaffirmée par le référentiel "*DIP - Référence 8*"³² du manuel d'accréditation, cette gestion se développe parallèlement à l'obligation faite aux établissements de mesurer la satisfaction, voire l'insatisfaction des patients³³.

En effet, la perception qu'ont les patients des soins prodigués reste une source d'information irremplaçable, et, selon Donabedian³⁴, un élément nécessaire à toute démarche de gestion de la qualité et des risques.

Les outils de mesure de la satisfaction se développent, allant du questionnaire de sortie, pour une mesure de type quantitatif, à l'analyse des lettres de plaintes pour une mesure de type qualitatif.

La dimension subjective de la satisfaction rend appréciable l'analyse de ces plaintes. En effet, selon Lairy G.³⁵, "*la satisfaction naît de l'appréciation, par le patient, de ce qu'il a perçu de sa prise en charge en regard de ce qu'il peut espérer*". Ainsi, selon Staines A.³⁶, la mesure de la satisfaction, dans le cadre d'une politique de qualité, permet de minimiser la différence entre la perception de la prestation fournie et les attentes du consommateur ; il s'agit de diminuer le risque d'insatisfaction.

Selon Gassée J.P. et al.³⁷, si l'analyse des lettres de plaintes manque de spécificité, de validité, et ne constitue qu'une fraction minime de la non-satisfaction, il faut noter le faible coût et la discrétion de leur gestion.

Enfin, l'augmentation du nombre de plaintes, depuis 10 ans, tend à développer leur gestion par les directions d'hôpitaux.

³² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, op. cit., p. 44.

³³ Ordonnance 96-346, op. cit., art. L 710.1.1.

³⁴ Cité par Gassée J.P. et Meiresonne A., *Lettres de plaintes de patients. Analyse comparative de trois types de services*, Gestions Hospitalières, mai 1996, n° 364, p. 208.

³⁵ Cité par Soubie C., *La mesure de la satisfaction des patients au C.H.U. de Bordeaux*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe-E.N.S.P., 1998, p. 22.

³⁶ Cité par Soubie C., op. cit., p. 22.

³⁷ Gassée J.P. et al., *Les plaintes de patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins*, Gestions Hospitalières, mai 1996, n° 356, p. 389.

1-2-2 Définitions et typologie

La notion de plainte peut être abordée avant celle de leur gestion, voire de leur prévention par une parfaite connaissance de leur typologie.

Selon Guimbaud B.³⁸ : *"par plainte, il faut entendre toute expression de mécontentement, qu'elle soit justifiée ou pas, de la part du patient et de son entourage"*.

Même si le terme de réclamation serait plus adapté à cette définition, c'est celui de plainte, bien qu'il recouvre une dimension contentieuse, que nous choisirons d'utiliser dans ce travail.

La plainte peut s'exprimer de diverses façons :

- par une demande d'information verbale au médecin,
- par un courrier de réclamation au Directeur,
- par une demande de réparation adressée directement au tribunal concerné.

Ainsi, pour Guimbaud B., la gestion des plaintes ne constitue pas que la défense des intérêts de l'hôpital, mais elle reste un outil d'amélioration de la satisfaction des usagers.

La gestion des plaintes peut être définie comme *"un processus visant à réduire l'insatisfaction des patients, et donc à réduire le nombre de réclamations, le nombre de demandes en justice, le nombre de condamnations de l'hôpital et de ses agents"*³⁹.

Le processus visant à réaliser ces objectifs reste identique à celui décrit pour la gestion des risques. Le signalement précoce des événements indésirables reste une condition indispensable à la prévention de ce risque.

Enfin, la gestion des plaintes vise à améliorer l'information du patient et le traitement amiable des réclamations comme nous l'aborderons ultérieurement.

La prévention des plaintes nécessite une parfaite connaissance de leur typologie. Les études menées par Gassée J.P. et al.⁴⁰, permettent de décrire les secteurs concernés par les plaintes, l'origine des plaintes, le motif et le but recherché.

³⁸ Guimbaud B., *La mise en place à l'hôpital d'une démarche de gestion des risques*, op. cit., p. 31.

³⁹ Conférence de Guimbaud B., op. cit.

⁴⁰ Gassée J.P. et al., *Les plaintes de patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins*, op. cit., p. 390.

Les secteurs particulièrement concernés sont l'hospitalisation (60,4 %), les urgences (24,4 %), les consultations (21,3 %) et les secteurs techniques (12,2 %). Selon Guimbaud B.⁴¹, les secteurs les plus exposés sont l'obstétrique, la neurochirurgie, l'orthopédie, les urgences et l'anesthésie-réanimation. Enfin, une étude menée par Soubié Ch.⁴² au C.H.U. de Bordeaux, place les urgences, avec un taux de plaintes à 37 %, avant la chirurgie (30 %).

Les personnels les plus souvent cités sont le corps médical (76,8 %) et les infirmières (20,7 %). Les motifs de plaintes sont essentiellement les soins médicaux (47,6 %), la communication (39 %), le comportement (33,5 %), l'organisation (21 %), les soins infirmiers (12,2 %) et l'hôtellerie (9,1 %). Ces chiffres montrent l'importance d'une réflexion en matière d'organisation, et ce notamment sur la base d'une analyse des dysfonctionnements.

Enfin, les buts recherchés restent essentiellement l'information, le changement des pratiques au profit d'autres patients. En effet, pour Sicot C.⁴³, la principale motivation d'une plainte est la recherche "*des explications et des excuses*".

A l'image de Gassée J.P.⁴⁴, il faut donc conclure que, si la grande majorité des plaintes est la résultante d'un dysfonctionnement dans la relation "soignant-soigné", le but recherché reste essentiellement que la situation ne se reproduise pas.

Ces conclusions soulignent l'importance d'une étude des zones d'insatisfaction pour identifier les prestations à améliorer.

1-2-3 Pourquoi gérer les plaintes

Même si le risque zéro n'existe pas, même s'il paraît impossible d'éviter toute insatisfaction, vu la subjectivité de ce concept, la gestion des mécontentements exprimés reste une démarche importante en matière de qualité.

⁴¹ Guimbaud B., *Le programme SHAM d'aide à la gestion des risques*, op. cit., p. 57.

⁴² Soubié C., op. cit., p. 60.

⁴³ Sicot C., *La lettre du Sou Médical : des explications et des excuses*, Le Concours Médical, mai 1996, n° 21, p. 1465.

⁴⁴ Gassée J.P. et al., *Les plaintes de patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins*, op. cit., p. 392.

Comme le développe Dumoulin J.L.⁴⁵, *"garder un client coûte infiniment moins cher que d'en gagner un"*. Cette approche permet donc, par l'analyse de l'insatisfaction, de réduire le taux de perte des clients.

Lors du colloque sur la médiation médicale, le Directeur du C.H.U. de Dijon⁴⁶ note également que : *"un patient insatisfait le fait savoir à onze personnes"*. D'où l'importance d'un traitement efficace des plaintes dans le souci de fidéliser la clientèle.

D'autre part, ce traitement, comme nous le développerons ultérieurement, permet de prévenir les contentieux. Selon Guimbaud B.⁴⁷, la plupart des réclamations font suite à une interprétation ; 50 % des plaintes se justifient par *"souci de faire éclater la vérité"*. Le simple retour d'un dialogue permet d'éviter les procédures contentieuses, voire les condamnations.

Par le diagnostic des dysfonctionnements, la gestion des plaintes permet d'augmenter la qualité et la sécurité dans les soins. Comme le souligne Roussel P.⁴⁸, *"aborder la qualité par la non qualité quotidienne, ..., constitue un point de passage obligé fréquent pour amener peu à peu une institution à réfléchir sur son organisation et ses pratiques"*.

Enfin, est-il nécessaire de rappeler que, comme en matière de gestion des risques, la gestion des plaintes reste un élément essentiel dans la procédure d'accréditation à laquelle sont soumis les établissements de santé ?

Abordons un organe particulier, et nouveau, dans la procédure de gestion des plaintes : la commission de conciliation.

⁴⁵ Cité par Soubié, op. cit., p. 66.

⁴⁶ Synthèse des Discussions lors du colloque sur la Médiation Médicale et la Commission de Conciliation, op. cit.

⁴⁷ Guimbaud B., *La gestion des plaintes à l'hôpital*, DH Magazine, fév.-mars 97, n° 49, p. 13.

⁴⁸ Cours de Roussel P., *Gestion des services et de la qualité*, Filière des infirmiers généraux - E.N.S.P., 7 juil. 1999.

II^{ème} PARTIE

Gestion des plaintes et commission de conciliation : étude de terrain

Chapitre 1

Méthodologie de l'enquête

Chapitre 2

Présentation des expériences menées

Chapitre 3

Les intérêts de cette démarche dans la gestion
de la qualité et des risques

1-3 De la gestion des plaintes à la commission de conciliation

1-3-1 La commission de conciliation : "une résurrection"

Tel est le terme employé par Charignon R.⁴⁹ pour attester "*que la réflexion sur la conciliation n'est effectivement pas morte*". Après une première tentative décrite par Lemaire J.F. et Imbert J.L.⁵⁰, elle réapparaît dans le système hospitalier sous la forme d'une commission de conciliation. L'émergence de cette nouvelle instance semble liée à un double facteur : de nouveaux rapports avec les usagers face à la montée du consumérisme d'une part, l'exigence de qualité et de rationalité décrite précédemment d'autre part.

Le malade évolue ; en effet, si tout au long du XIX^e siècle ne se pose que la question du droit aux soins, la fin du XX^e siècle aura été marquée par l'émergence du droit des usagers. C'est dans ce contexte qu'apparaissent les besoins de justice sociale et d'autonomie des usagers.

Pour Garay A.⁵¹, le patient résigné aurait disparu ; il aurait laissé sa place à la personne qui lit, qui s'informe. Toutefois, si des relations d'un nouveau type s'instaurent entre le patient et l'hôpital, il faut se garder d'une vision trop consumériste. Il n'existe pas, selon lui, un groupe homogène de patients, et le rapport instauré par le dispositif réglementaire ne s'intéresse pas suffisamment "*à la pratique privatiste du contrat*"⁵². La commission de conciliation peut modifier ce rapport.

Pour Daubech L.⁵³, à l'image de tout le service public, l'hôpital se trouve remis en cause, et "*on ne peut ignorer l'émergence du phénomène consumériste dans le paysage social et économique français*". Ce phénomène amène les hôpitaux à s'interroger sur leur fonctionnement, voire leurs dysfonctionnements, comme nous l'avons exposé précédemment.

⁴⁹ Charignon R., op. cit., p. 489.

⁵⁰ Lemaire J.F. et Imbert J.L., *La responsabilité médicale*, Paris, P.U.F., 1985, p. 27.

⁵¹ Garay A., *Rapport de synthèse : quels droits des patients ?*, Gazette du Palais, vendredi 20 - samedi 21 févr. 1998, n° 51-52, p. 21-22.

⁵² Garay A., op. cit., p. 22.

⁵³ Daubech L., *Le statut du patient hospitalisé, vers l'incertitude juridique ?*, Gazette du Palais, vendredi 20 - samedi 21 févr. 1998, n° 51-52, p. 15-16.

Parallèlement à son développement aux Etats-Unis, ce courant de pensée qui émerge en France dans les années 60 est relayé par les associations de consommateurs, voire de malades, et trouve un écho dans la presse spécialisée, comme peut le développer Losser A.C.⁵⁴.

Sous cette pression, face à la médiatisation de certaines affaires, telle que celle du sang contaminé dans la fin des années 80, se développe un dispositif législatif et réglementaire visant à prendre en compte le droit des usagers, et à développer leur participation dans le Service Public, et plus particulièrement dans le Service Public Hospitalier.

Après la réforme hospitalière en 1991⁵⁵, les lois bioéthiques en 1994⁵⁶, la charte du patient hospitalisé⁵⁷ a pour objectif, en 1995, "*que chacun connaisse ses droits pour les faire reconnaître*". Enfin, l'ordonnance n° 96-346⁵⁸ instaure, dans chaque établissement de santé, une commission de conciliation dans laquelle siègent deux représentants des usagers. Si le décret du 2 novembre 1998⁵⁹ prévoit leur mise en place sous six mois, la circulaire du 1^{er} juin 1999⁶⁰ en précise les missions, la composition, le fonctionnement.

Outre cette place accordée par le dispositif législatif et réglementaire aux usagers face à la montée du consumérisme et au besoin affirmé de médiation, l'hôpital se trouve confronté à une crise économique qui l'oblige à assurer des prestations de qualité au moindre coût, comme nous l'avons abordé précédemment. C'est dans ce contexte que réapparaît à l'hôpital la commission de conciliation que nous allons maintenant définir.

1-3-2 Définitions, composition, missions

Avant d'avancer dans notre réflexion, il paraît important de préciser les termes de "conciliation" et de "médiation" souvent utilisés l'un pour l'autre. La "conciliation" est une procédure alternative de règlement des conflits où les parties sont réunies afin de confronter leur point de vue. Dans la "médiation", c'est un tiers désigné par les parties qui dégage une

⁵⁴ Losser A.C. *La place de l'utilisateur à l'hôpital public : bilan et perspectives au Centre Hospitalier de la Côte basque*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe - E.N.S.P., 1998, p. 34-39.

⁵⁵ Loi n° 91-748, op. cit.

⁵⁶ Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, et Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale, à la procréation et au diagnostic prénatal.

⁵⁷ Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

⁵⁸ Ordonnance n° 96-346, op. cit., Art. L. 710-1-2.

⁵⁹ Décret n° 98-1001, op. cit., art. 4.

⁶⁰ Circulaire DH/AF 1 n° 99-317 du 1^{er} juin 1999 relative à la commission de conciliation.

solution et rend un avis. Selon Six J.F.⁶¹, "*la médiation est un tiers qui doit amener les parties, en établissant ou rétablissant la communication, à trouver elles-mêmes une solution*". Il semblerait donc "*dans la mesure où il n'existe pas de confrontation entre les parties dans cette nouvelle procédure*"⁶² que la commission de conciliation soit plus amenée à développer des procédures d'information, de médiation que de conciliation. Le traitement pré-contentieux reste d'ailleurs une des limites à son exercice.

D'autre part, le terme de "commission" doit être défini, selon le dictionnaire Larousse, comme "*un ensemble de personnes désignées par une assemblée, une autorité, pour étudier un projet, opérer une mission de contrôle, etc....*". Cette terminologie correspond, pour sa part, au mode de désignation des membres ainsi qu'aux missions qui leur sont confiées ; comme nous le verrons ultérieurement, les différentes personnes qui siègent dans cette instance, avec voix délibérante, ne dispose d'aucune autorité sur l'établissement. Pour Lucas-Baloup I.⁶³, "*on a donc voulu constituer une commission "indépendante" de la direction de l'hôpital public*".

La commission de conciliation est "*chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement et de l'informer sur les voies de conciliation et de recours gracieux ou juridictionnels...*"⁶⁴. Toutes les plaintes des malades doivent donc transiter par cette commission, elle n'a toutefois aucun pouvoir de décision, voire d'arbitrage. Son rôle est essentiellement du domaine de l'information, information des usagers, mais également de l'établissement comme nous l'aborderons ultérieurement, en matière d'enjeux.

Nous appuyant sur l'analyse du dispositif réglementaire que fait Lucas-Baloux I.⁶⁵ pour résumer le fonctionnement de la commission, nous pouvons citer cinq points :

- la commission organise une permanence au moins hebdomadaire, tenue par un ou plusieurs de ses membres ; comme nous l'aborderons au travers de l'analyse des pratiques, la tenue de cette permanence soulève de nombreuses questions en matière de connaissances des permanenciers,

⁶¹ Six J.F., *Dynamique de la médiation*, Paris, Désirée de Brouwer, 1995, p. 13.

⁶² Chillon S. et Brossault P., "*Vox clamat in deserto*" ou le malentendu de la conciliation médicale, Gazette du Palais, 16 et 17 juin 1999, n° 167-168, p. 50.

⁶³ Lucas-Baloup I., *Commission de conciliation à l'hôpital public et privé en 40 questions*, Evreux, SCROF, 1999, p. 14.

⁶⁴ Décret n° 98-998, op. cit., art. R 710-1-1.

⁶⁵ Lucas-Baloup I., op. cit., p. 11-12.

- les réclamations sont consignées par écrit dans un registre mis à la disposition des membres de la commission ; cette mission pose le problème du respect du secret médical, voire de la vie privée,

- les réclamations mettant en cause l'activité médicale sont communiquées au médecin conciliateur qui rencontre le malade, et/ou ses proches, et transmet au directeur et à la commission ses conclusions et recommandations. L'analyse des pratiques pointera l'importance de cette "mise à distance", ainsi que de la "dynamique de communication" qui doit en découler dans un souci d'amélioration des prestations s'appuyant sur le constat des dysfonctionnements,

- la commission est destinataire des suites données aux réclamations, de l'analyse des observations figurant sur les questionnaires de sortie ; cette fonction de la commission de conciliation, centralisant les éléments de satisfaction et d'insatisfaction, en fait un organe central dans la gestion de la qualité et des risques,

- elle établit un rapport annuel d'activités et de recommandations qu'elle transmet au directeur, ainsi qu'aux différentes instances représentatives,

Pour répondre à ces différentes fonctions, la commission de conciliation se réunit au moins trois fois par an ; elle est constituée, pour les établissements publics de santé autres que ceux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris :

- du Président de la C.M.E.⁶⁶ ou de son représentant,
- du médecin conciliateur et de son suppléant,
- d'un membre de la C.S.S.I. et de son suppléant,
- des deux représentants des usagers siégeant au C.A.⁶⁷.

Pour Lucas-Baloup I.⁶⁸, cette composition reste singulière par le fait que "*la direction générale de l'hôpital n'est pas représentée*". Il en va de même pour le Directeur du Service de Soins Infirmiers qui n'apparaît plus dans le dispositif réglementaire.

Il n'en reste pas moins vrai que ces deux directions siégeront au sein de la commission, à titre consultatif. C'est tout du moins ce qui a pu être observé au niveau de l'enquête, et ce tout particulièrement au vu des enjeux que représente cette commission pour l'hôpital.

⁶⁶ Lire partout Commission Médicale d'Etablissement.

⁶⁷ Lire partout Conseil d'Administration.

⁶⁸ Lucas-Baloup I., op. cit., p. 14.

1-3-3 Limites et enjeux

Deux limites s'opposent au fonctionnement de la commission de conciliation et doivent donc être prises en considération par les promoteurs : la fonction pré-contentieuse et le secret médical.

Jean P. et Herzog V.⁶⁹ rappellent en effet *"qu'il ne lui appartient pas de trancher un litige opposant un établissement de santé à un patient ou à ses proches, ni même de donner un avis sur la faute éventuelle..."* et ce conformément au Code des Assurances (art. L. 124-2). Dès ses premières lignes, la circulaire du 1^{er} juin 1999⁷⁰ relative à la commission de conciliation rappelle, *"pour éviter toute confusion, il convient d'emblée d'exclure toute fonction précontentieuse ou transactionnelle du champ d'action de la commission et notamment du médecin conciliateur"*.

Ces auteurs rappellent d'autre part que *"l'accès de tous les membres d'une commission au dossier médical du patient serait contraire au respect du secret médical..."*⁷¹. S'il convient de rappeler que le décret du 15 mai 1981⁷² qui avait instauré les conciliateurs médicaux fut annulé en Conseil d'Etat pour ce motif, la réglementation a évolué puisque *"conformément aux dispositions de l'article 226-13 du code pénal, les membres de la commission sont tenus à l'obligation de secret professionnel"*⁷³. Néanmoins, ce délit de violation du secret professionnel *"peut aussi bien être commis par un infirmier que par un représentant des usagers qui révélerait une information à un tiers"*⁷⁴ ; ces éléments apparaissent essentiels en ce qui concerne l'information, voire la formation des membres de la commission.

Enfin, même si ces auteurs considèrent que *"la commission de conciliation n'est pas une commission de la qualité"*⁷⁵, nous verrons qu'elle peut y contribuer. Abordons, à ce sujet, les enjeux de cette commission.

⁶⁹ Jean P. et Herzog V., *Droit des patients. Le décret du 2 novembre 1998, relatif à la commission de conciliation et à la médiation médicale*, Gestions Hospitalières, déc. 1998, n° 381, p. 781.

⁷⁰ Circulaire DH/AF 1 n° 99-317, op. cit., p. 72.

⁷¹ Jean P. et Herzog V., op. cit., p. 781.

⁷² Décret n° 81-852, op. cit.

⁷³ Décret n° 98-998, op. cit., art. R 710-1-10.

⁷⁴ Lucas-Baloup I., op. cit., p. 201.

⁷⁵ Jean P. et Herzog V., op. cit., p. 782.

Les enjeux de la commission, dans le contexte hospitalier actuel et au vu des différents écrits, peuvent être abordés à trois niveaux :

- l'amélioration de la qualité par l'intégration des données qui en sont issues dans une démarche de gestion de la qualité et des risques,
- l'amélioration des relations avec les usagers et entre les différents acteurs hospitaliers,
- la diminution des surcoûts engendrés par la non-qualité, les contentieux.

L'amélioration de la qualité est un enjeu important dans le contexte actuel, et même si cela ne représente pas la mission de la commission de conciliation, et comme le conclut Lucas-Baloup⁷⁶ : *"parce qu'elles contribueront, directement ou indirectement, à lutter contre les dysfonctionnements, ..., les recommandations constitueront forcément en instrument utile participant à la prévention des risques dans l'établissement et d'amélioration de la qualité"*.

Le Directeur du C.H.U. de Dijon⁷⁷ *"s'est intéressé à la médiation médicale et à la commission de conciliation, dans le cadre de la gestion de la qualité et des risques"* et note que *"la médiation médicale intervient dans la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital par une analyse des plaintes reçues"* car *"l'étude attentive des litiges peut avoir un rôle préventif pour améliorer certaines anomalies"*.

Cet enjeu est retrouvé, en filigrane, dans l'analyse des différents auteurs ; pour Charignon R.⁷⁸ *"à travers un rapport annuel au Conseil d'Administration et à la Commission Médicale d'Etablissement, la commission pourrait mettre l'accent sur des dysfonctionnements, et élaborer des propositions"*. Soulignons toutefois, qu'*"il paraît souhaitable que les instances médicales soient averties plus d'une fois par an des litiges et des difficultés qui apparaîtront dans le domaine des plaintes et des insatisfactions de façon à améliorer la qualité des soins"*⁷⁹. Qu'il s'agisse des instances médicales, des instances administratives, des conseils de service, de la C.S.S.I., cette réflexion pose le problème de la communication qui devra être établie au sein des établissements pour répondre à cet enjeu.

Toutes ces réflexions vont bien dans le sens des éléments développés dans le cadre des deux premiers chapitres de ce travail, et ce notamment avec les mots de Guimbaud B. et de Anhoury P. et Viens G., en matière de gestion de la qualité et des risques.

⁷⁶ Lucas-Baloup I., op. cit., p. 217.

⁷⁷ Synthèse des discussions lors du Colloque sur la Médiation Médicale et la Commission de Conciliation à l'hôpital, op. cit.

⁷⁸ Charignon R., *La nouvelle charte du patient hospitalisé : vers une rénovation des rapports entre l'usager et l'Hôpital public ? Une tentative de mise ne place au Centre Hospitalier de Valence*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe - E.N.S.P., déc. 1996, page 91.

⁷⁹ Chillon S. et Brossault P., op. cit., p. 51.

L'amélioration des relations, tant avec les usagers qu'entre les différents acteurs hospitaliers, représente un deuxième enjeu.

L'amélioration des relations avec les usagers reste l'enjeu essentiel de la commission de conciliation. C'est d'ailleurs pour répondre à cet objectif qu'est née cette commission. Est-il nécessaire de rappeler que dans son rapport au Conseil Economique et Social, Evin C.⁸⁰ insiste sur l'importance des commissions de conciliation dans le souci de rénover les rapports entre usagers et hôpital ?

La commission de conciliation, pour reprendre l'analyse développée par Tourne C.⁸¹, apparaît également comme un comité stratégique "*pour répondre aux contraintes actuelles de maîtrise des coûts et de nécessaire cohérente des actions*". En effet, comme le soulignent les théories développées par Friedberg E.⁸², "*une vision hiérarchique simple a cédé la place à une vision plus négociatrice qui reconnaît mieux l'existence de plusieurs rationalités*".

Si les relations développées au sein de la commission relèvent de cette réflexion, les recommandations qui en émaneront devront s'inscrire dans un climat de confiance entre les différents acteurs. Seul ce climat sera capable de faire évoluer les pratiques professionnelles dans une logique d'amélioration constante de la qualité ; il s'agit d'un véritable changement de culture que nous aborderons au travers de l'analyse des pratiques.

La diminution des surcoûts engendrés par la non qualité, les contentieux, peut être considéré comme un troisième enjeu, particulièrement important dans le contexte économique actuel.

A ce sujet, Régnoux A.M.⁸³ note que "*le volume des coûts générés par les dysfonctionnements, dénommés "coûts cachés", dépasse parfois largement les moyens à mettre en œuvre pour les supprimer*".

Pour Budet J.M. et Blondel F.⁸⁴ "*l'objet de la conciliation sera d'éviter un conflit lourd de conséquences sur les primes d'assurances de l'hôpital*" ; à ce sujet, Chillon S. et Brossault P.⁸⁵ citent les chiffres du rapport d'activité de la commission des Hospices Civils de

⁸⁰ Evin C., *Les droits de la personne malade*, rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social, séance des 11-12 juin 1996, Avis et rapport du Conseil Economique et Social, n° 16, Journal Officiel.

⁸¹ Tourne C., *Les modes de coopération au sein d'un comité stratégique : pour réussir le changement ?*, Formation des infirmiers généraux - E.N.S.P., 1998, p. 18.

⁸² Friedberg E., *Le Pouvoir et la règle*, Paris, Editions du Seuil, 1993, p. 100.

⁸³ Regnoux A.M., *La prévention du contentieux. La gestion des risques : un mode de prévention du contentieux de la responsabilité*, Entreprise Santé, déc. 1998, n° 18, p. 29.

⁸⁴ Budet J.M. et Blondel F., *La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996*, Editions Berger-Levrault, 1997, p. 89.

⁸⁵ Chillon S. et Brossault P., op. cit., p. 50.

Lyon : 65 % des dossiers n'ont "*connu aucune suite judiciaire*" et dans 13 % des cas, les avis ont abouti à un règlement amiable.

Comme nous l'avons vu précédemment, les assureurs ont parfaitement compris que la maîtrise des risques à l'hôpital permet de diminuer la sinistralité ; ils encouragent la mise en œuvre de processus de gestion des risques, et ce notamment par l'utilisation des recommandations de la commission de conciliation.

Quoiqu'il en soit, et sans attendre le dispositif législatif et réglementaire, quelques établissements ont structuré ces instances dès 1994. En 1997, sous l'égide de la Direction des Hôpitaux, un colloque sur la médiation médicale et la commission de conciliation⁸⁶ analyse ces expériences et en tire des conclusions. Pour certaines, comme le prévoit le dispositif réglementaire, ces commissions intègrent des membres de la C.S.S.I.

Si leurs missions et leurs définitions diffèrent, certaines sont tout particulièrement chargées du traitement des plaintes comme le décrivent Bonnet F. et al.⁸⁷, pour le C.H. de Tulle.

Nous appuyant sur quelques-unes de ces expériences, une analyse des pratiques devrait nous permettre de confronter à la réalité, l'hypothèse construite à partir de cette première approche théorique.

La commission de conciliation peut contribuer à la gestion de la qualité et des risques :

- **par de nouvelles formes de relations entre les acteurs du système hospitalier,**
- **par l'intégration des données issues de la gestion des plaintes dans le traitement des dysfonctionnements.**

⁸⁶ Synthèse des Discussions lors du colloque sur la Médiation Médicale et la Commission de Conciliation, op. cit.

⁸⁷ Bonnet F. et al., *Droits des patients : deux expériences de terrain*, Gestions Hospitalières, mars 1997, n° 364, p. 195-203.

2- GESTION DES PLAINTES ET COMMISSION DE CONCILIATION : **ETUDE DE TERRAIN**

Si l'approche théorique permet de poser les hypothèses énoncées précédemment, il reste à les confronter aux pratiques de terrain.

Après avoir exposé les choix méthodologiques de cette étude, une présentation des expériences menées dans la mise en place de commissions de conciliation, permet d'en souligner les intérêts.

2-1 Méthodologie de l'enquête

Le terrain d'enquête, les outils du recueil d'informations, les limites et les points forts de l'enquête sont successivement abordés.

2-1-1 Le terrain d'enquête

Comme nous l'avons exposé en première partie, sans attendre le dispositif réglementaire, différents établissements ont mis en place des commissions de conciliation dès 1994. Toutefois, ces commissions restaient totalement différentes dans leur composition, voire leurs missions et leur fonctionnement. Pour valider notre hypothèse, deux possibilités s'offraient à nous, dans les limites du temps imparti :

- faire une étude la plus complète possible dans un établissement, pour analyser le fonctionnement d'une commission du point de vue de ses promoteurs autant que de celui de ses utilisateurs ; il convenait alors d'interviewer un maximum d'acteurs dans l'organisation hospitalière et de mesurer les écarts entre la pratique et ce qui en était attendu,

- faire une étude sur différents établissements et analyser le fonctionnement d'une commission du point de vue, uniquement de ses promoteurs ; il suffisait alors d'interviewer une infirmière générale et/ou un directeur dans chacun de ces établissements.

Pour tirer le meilleur profit de cette enquête de terrain, tant en matière de motivation, de fonctionnement, de résultats que de perspectives, nous avons fait le choix de la développer à ces deux niveaux.

Les tableaux exposés en annexe⁸⁸ présentent ces différents établissements, l'année de constitution de la commission, sa composition au moment de l'enquête, les personnes interviewées.

Une étude plus complète a donc été réalisée sur les Hôpitaux de Toulouse ; ce groupe hospitalier compte 3.134 lits répartis sur six établissements dont deux C.H.U. : le C.H.U. de Rangueil et le C.H.U. de Purpan.

Les entretiens directifs ont été réalisés auprès du Directeur Général, du Directeur du Service de Soins Infirmiers, du Président de la C.M.E., du Directeur de la Gestion de la Qualité et des Risques, du directeur, du médecin, du cadre infirmier siégeant dans la commission de conciliation, et de l'Ingénieur responsable de la gestion des risques.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés sur le C.H.U. de Purpan auprès du directeur, de l'infirmière générale, de trois infirmières surveillantes-chefs, de trois infirmières surveillantes, de trois médecins.

Enfin, des entretiens non-directifs ont été menés auprès de deux usagers ayant sollicité un entretien de médiation.

Le choix du C.H.U. de Purpan fut orienté par notre affectation sur le C.H.U. de Rangueil ; le choix des services, pour les entretiens semi-directifs, fut orienté par la fréquence des plaintes, au vu des éléments enregistrés par la direction du C.H.U. et des conclusions des enquêtes citées en première partie : un service d'urgences, un service de médecine à orientation neurologique, un service de chirurgie à orientation orthopédique.

Une étude moins complète a été réalisée sur trois C.H. et un C.L.C.C.⁸⁹. Sur ces établissements de taille moyenne, voire de petite taille, des entretiens directifs furent menés auprès de l'infirmière générale siégeant en commission de conciliation, et, dans la mesure de leurs disponibilités, d'un directeur, d'un médecin. Pour deux de ces établissements, un entretien fut également mené auprès d'un usager siégeant en commission.

⁸⁸ Cf. annexe 1.

⁸⁹ Lire partout Centre de Lutte Contre le Cancer.

2-1-2 Les outils du recueil d'informations

Il s'agit des entretiens et de données documentaires.

Trois types d'entretiens ont servi au recueil des informations, en fonction de la nature des personnes interviewées.

Un entretien directif a été mené avec les promoteurs de la commission, les gestionnaires de la qualité et des risques, et les personnes siégeant en commission. Ces entretiens ont permis aux interlocuteurs de s'exprimer sur les missions, les enjeux et le fonctionnement de la commission. Dans un deuxième temps, étaient abordées les relations au sein de la commission, ainsi que les relations entre la commission et l'établissement dans son ensemble. La participation du service infirmier à cette commission était envisagée avant les évolutions prévisibles, les attentes, les perspectives.

Un entretien semi-directif a été mené avec les professionnels de terrain, utilisateurs de la commission de conciliation. Une première question cherchait à appréhender la connaissance de la commission et de son fonctionnement dans la gestion des plaintes. Dès que la commission était citée, une question permettait de mesurer les points forts, les points faibles et les attentes en matière de fonctionnement.

Un entretien non-directif a été mené auprès de deux usagers ayant sollicité, et pu bénéficier d'un entretien de médiation. Pour ces deux usagers, l'entretien avait permis de mettre un terme au différend ; l'objectif recherché au travers de l'enquête était de mesurer la perception que ces usagers avaient eu de l'entretien de médiation.

Quelque soit le type d'entretien, ils furent enregistrés en accord avec les personnes interviewées. D'une durée d'une heure en moyenne, ils furent menés à l'aide des guides spécifiques.⁹⁰

En ce qui concerne les données documentaires, peu d'établissements purent fournir des éléments statistiques concernant leur activité à l'exception des Hôpitaux de Toulouse. Il fut toutefois recueilli les règlements intérieurs élaborés au moment de la constitution de la commission, et ceux modifiés en fonction du nouveau dispositif réglementaire.

⁹⁰ Cf. annexe 2.

Pour le C.H. de Foix-Pamiers, le compte-rendu des réunions de la commission a permis d'appréhender son fonctionnement.

Pour le C.L.C.C. de Toulouse, les éléments développés en matière de signalement précoces purent être recueillis et analysés.

Enfin, pour les Hôpitaux de Toulouse, le bilan des trois premières années d'activité et leur analyse par les membres de la commission a permis d'alimenter notre réflexion.

2-1-3 Les limites et les points forts de l'enquête

Ce travail n'a pas la prétention d'une recherche exhaustive, mais représente plutôt une première recherche qui met en évidence les points forts, les points faibles et les attentes en matière de commission de conciliation. Elle mériterait d'être poursuivie et confirmée à plus grande échelle et à distance du dispositif réglementaire récent.

Il aurait pu être intéressant de comparer le fonctionnement de différentes commissions. Dès le début de ce travail, la disparité dans la composition des commissions mises en place est apparue comme une limite importante à cette étude. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité développer notre réflexion essentiellement sur un des établissements, mais garder les éléments recueillis dans les différents terrains d'enquête. Ces éléments soutiendront l'argumentation en matière d'analyse de pratiques sur les Hôpitaux de Toulouse ; ils alimenteront notre réflexion en terme de perspectives, voire de projet professionnel.

Face à un dispositif réglementaire récent, au moment du recensement des travaux sur le sujet, nous avons trouvé peu d'écrits relatifs aux commissions de conciliation. Une grande partie d'entre eux traitaient la commission de conciliation du point de vue de la place des usagers dans la nouvelle organisation hospitalière ; il nous est apparu intéressant, quoique audacieux, de l'envisager sous l'angle des enjeux qu'elle peut représenter pour l'hôpital en matière de qualité, de rapports entre les acteurs. Les conclusions de cette première enquête montrent que la commission de conciliation est attendue, autant par les acteurs hospitaliers que par les usagers, comme un nouvel outil au service de la qualité.

Au plan personnel, cette réflexion nous a permis de réaliser que, même quand un dispositif réglementaire encadre les missions d'un nouvel organe de fonctionnement hospitalier, les utilisateurs peuvent en attendre, voire en promouvoir diverses utilisations.

2-2 Présentation des expériences menées

Essentiellement centrée sur l'expérience des Hôpitaux de Toulouse, cette présentation s'appuiera également sur quelques pratiques développées au sein des autres établissements à titre purement argumentatif.

A partir des entretiens directifs, après une présentation de sa mise en place, le fonctionnement de la commission sera abordé avant le bilan de ses trois années d'exercice.

2-2-1 Les motivations et les enjeux

C'est sous l'impulsion de son Directeur Général que furent créées le 19 mars 1996, "*la fonction de médiation*" et la "*commission de médiation*" des Hôpitaux de Toulouse.

S'appuyant sur le dispositif législatif et réglementaire, mais également sur l'avis du C.A., il met en place cette structure en parfaite harmonie avec les valeurs sous-tendues par le projet d'établissement, le projet médical, le projet du service de soins infirmiers.

Dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé avec le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation le 24 mars 1998, des priorités sont données au traitement des "*droits des patients et de la satisfaction des usagers*" d'une part, "*des réclamations des patients, qui devront faire l'objet d'une démarche qualité particulière, associant les services de soins, les bureaux des affaires générales des directions d'hôpitaux, le service des affaires juridiques du C.H.U. et la commission de conciliation*" d'autre part.

Deux objectifs très spécifiques sont fixés : "*l'analyse des dysfonctionnements, en vue d'améliorer la qualité du service rendu au patient*", "*l'évolution du dispositif mis en place, en vue d'améliorer son fonctionnement pour mieux répondre aux attentes de la clientèle*".

A l'occasion des entretiens, quel que soit l'établissement ou la personne interrogée, les enjeux de cette commission restent les mêmes et permettent de retrouver, outre ceux développés par le dispositif réglementaire, ceux énoncés dans l'hypothèse :

- "*diminuer les contentieux*", "*développer un règlement amiable des recours contentieux*",
- "*développer le dialogue avec les usagers mais aussi en interne*", "*apprendre à travailler ensemble sur l'analyse des dysfonctionnements*",

- "*repérer les dysfonctionnements*", "*analyser les zones de dysfonctionnement*", "*prévenir les risques*",
- "*améliorer la prise en charge sur la base des dysfonctionnements*", "*améliorer la satisfaction*", "*améliorer la qualité*".

En ce qui concerne ses enjeux, il faut enfin noter que deux directeurs utilisent les mêmes mots pour décrire la commission ; pour eux, "*elle ne doit pas être uniquement une chambre d'enregistrement*", mais "*elle sera ce que chacun voudra bien en faire*". Nous pouvons déjà constater au travers de ces différents entretiens, que dans les établissements où elle a été mise en place, la commission de conciliation est déjà considérée comme un organe de gestion de la qualité et des risques.

2-2-2 La composition et le fonctionnement

La composition des commissions de conciliation est variable selon les établissements dans la mesure où, au moment de leur création, elles ne s'inscrivaient pas dans un dispositif réglementaire. Comme nous pouvons l'observer dans le tableau mis en annexe⁹¹, cette composition intègre toutefois une constante, celle d'une représentation administrative, médicale et infirmière ; il faut également noter que seules deux commissions intègrent des représentants des usagers, dont l'une où ce représentant est également Président de la commission (C.H. de Foix-Pamiers). Le statut du C.L.C.C. explique la composition particulière de sa commission, en sachant que cette composition ne sera pas révisée ; le dispositif réglementaire n'y prévoit pas la présence des usagers, le terme "usager" étant "*réservé aux personnes qui ont recours à un service public*"⁹².

Le nombre des membres varie également selon la commission, allant de trois pour le C.H.U. et le C.L.C.C. de Toulouse, à sept pour les C.H. de Montauban et de Tulle, à dix pour le C.H. de Foix-Pamiers. Enfin, dans toutes ces instances à l'exception du C.H.U. de Toulouse, le Directeur du Service de Soins Infirmiers est représenté ; rappelons que si sa présence était préconisée dans le projet de décret, la réglementation ne prévoit pas qu'il y siège.

⁹¹ Cf. annexe 1.

⁹² Lucas-Baloup I., op. cit., p. 39.

Quoi qu'il en soit, pour les différentes personnes interrogées, la présence d'un membre du service de soins infirmiers se justifie par la typologie des plaintes ainsi que par ses connaissances particulières. Les chiffres fournis par les Hôpitaux de Toulouse montre, par exemple, que plus de 30% des plaintes sont en rapport avec la dispensation des soins par les infirmiers. En effet, 60% de ces plaintes relèvent de leur responsabilité propre conformément à l'article 2 du décret du 15 mars 1993⁹³, qu'il s'agisse des soins ou de leur traçabilité au travers du dossier ; tandis que 40% relèvent de leur responsabilité dans la continuité des soins. D'autre part, les connaissances particulières en matière d'organisation des soins autant que de fonctionnement hospitalier, font du membre du service de soins infirmiers un interlocuteur privilégié au sein de la commission comme nous le verrons dans l'analyse des points forts. Il paraît d'ailleurs important, pour les personnes interrogées, qu'il s'agisse "*d'un cadre infirmier bénéficiant d'une bonne expérience de terrain*", "*d'une formation juridique*", mais aussi et surtout "*de qualités relationnelles certaines et d'une grande humilité*".

Le fonctionnement de la commission de conciliation diffère peu d'un établissement à l'autre et correspond parfaitement au dispositif réglementaire actuel ; ce fonctionnement a été essentiellement analysé au sein des Hôpitaux de Toulouse. La commission y est tripartite, constituée d'un directeur, d'un médecin médiateur, d'un cadre infirmier. Elle est saisie par le Directeur Général à la suite de l'enregistrement d'une réclamation ; cette réclamation peut lui être parvenue directement, ou avoir été transmise par un directeur d'établissement. La typologie de la réclamation motive cette saisine ; toute réclamation relative à un acte médical est relayée en commission, ainsi que toute réclamation "*dont l'énoncé pointe un dysfonctionnement certain et reste susceptible de nous entraîner vers un contentieux*", d'après un directeur d'établissement. Cela représente moins de 50% des lettres de réclamations reçues par ces directeurs.

Le médiateur dispose alors d'un mois à compter de la date de réclamation pour instruire le dossier, il est habilité à recueillir des informations auprès de toute personne au sein des différents établissements. Selon la typologie de la plainte, le médecin médiateur demande au cadre infirmier de participer à l'instruction du dossier ; il s'agit alors de la rencontre des professionnels impliqués, de l'analyse du dossier de soins infirmiers.

⁹³ Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Dans la mesure où il le juge nécessaire, le médecin médiateur peut recevoir le patient et/ou sa famille dans le cadre d'une "*médiation incomplète*", sans les professionnels concernés, ou "*d'une médiation complète*", avec ces professionnels.

Cette instruction permet de remettre au Directeur Général, un rapport comportant les conclusions et des recommandations ; il lui appartient alors de transmettre ces éléments au Directeur du Service de Soins Infirmiers, au Président de la C.M.E., ainsi qu'au Directeur d'établissement concerné par la plainte.

Un rapport annuel est communiqué chaque année au Directeur Général et aux différentes instances (C.A., C.M.E., C.S.S.I).

Enfin, et avant d'aborder le bilan de trois années d'exercice de cette commission, il paraît important de noter les différents organes de gestion des risques au sein des Hôpitaux de Toulouse. Comme nous le verrons ultérieurement, et contrairement à ce que proposent les différents auteurs cités, il existe en effet un traitement diversifié des dysfonctionnements.

Les questionnaires de sortie sont gérés au sein d'une cellule, sous la responsabilité d'un directeur responsable de la qualité et des risques. Un cadre infirmier supérieur est attaché à la gestion de la qualité, un ingénieur à celle des risques qui regroupe toutes les vigilances traditionnelles.

Pour les détériorations, pertes, vols d'effets personnels et de prothèses, en dehors de toute réclamation, le traitement des dossiers est assuré par une cellule spéciale, sous la responsabilité d'un cadre administratif. Une déclaration d'incident, en terme de responsabilité civile, permet la prise en charge des frais par l'assureur ; les éléments des dossiers ne transitent pas par la commission de conciliation.

Pour les chutes, les dossiers ne sont traités en commission de conciliation que dans le cas d'atteinte corporelle ou de plainte, en vue "*d'une déclaration à la compagnie d'assurance à titre conservatoire et d'une analyse des causes, des dysfonctionnements susceptibles d'avoir entraîné cette chute*". Si cela ne représente que 7% des chutes, l'enquête menée dans tous les services de neurologie en 1998, à partir du traitement d'un dossier, a permis "*de dresser le profil des chutes et de mettre en place une fiche de signalement, adressée systématiquement à la cellule de gestion des risques*".

Cette étude déclenchée par un événement particulier va dans le sens des idées développées en première partie, et empruntées à Guimbaud B.⁹⁴. Nous verrons, au cours de

⁹⁴ Guimbaud B., *Le programme SHAM d'aide à la gestion des risques*, op. cit., p. 57.

notre analyse des pratiques, que si ce type d'étude représente une attente des professionnels, le défaut de relations entre les différents organes de gestion des risques l'entrave en partie.

Le regard porté sur le fonctionnement dans les autres établissements tend à montrer que la taille de l'établissement influence ces relations autant que l'organisation des différentes directions fonctionnelles ; sur les établissements de petite taille ou de taille moyenne une seule direction encadre bien souvent les différentes vigilances, comme cela peut être préconisé par les différents auteurs cités en première partie.

Il faut toutefois noter que le dispositif réglementaire prévoit que seul "*le résultat de l'analyse des observations des patients figurant dans les questionnaires de sortie*"⁹⁵ soit présenté à la commission, en dehors des éléments relatifs aux réclamations.

2-2-3 Le bilan de trois années d'exercice aux Hôpitaux de Toulouse

Il fut difficile au cours de l'enquête de connaître le bilan d'activité des différents établissements et ce pour deux raisons : la terminologie utilisée pour identifier la typologie des réclamations varie d'un hôpital à l'autre ; peu d'hôpitaux ont réalisé un bilan véritable, au vu notamment du nombre peu important des plaintes.

En terme de bilan, un point fort de la commission de conciliation des Hôpitaux de Toulouse reste la charge de médiation et l'analyse des plaintes sur 3 ans.

Sur ces trois années, on note un nombre de plaintes en augmentation puisqu'il est passé de 54 à 102 ; ceci correspond aux chiffres annoncés en première partie, autant qu'à l'estimation qui peut être faite dans les différents terrains d'enquête. Néanmoins, le nombre de contentieux n'a pas augmenté et représente 14,28 % des dossiers. Du fait de l'action des médiateurs, on évalue à 71,42 % le nombre d'affaires classées ; ce chiffre est proche de celui fourni par le rapport d'activité des Hospices Civils de Lyon, cité dans l'approche théorique. Dans 12,21 % des cas, la médiation est impossible, voire refusée. Enfin, il paraît intéressant de noter que, si le nombre des patients hospitalisés a augmenté (7.321 hospitalisations), le pourcentage des plaintes reste inchangé (0,05 %) autant que celui des médiations (0,01 %).

⁹⁵ Décret n° 98-1001, op. cité, art. R 710-1-8.

L'analyse de la typologie des plaintes reste particulièrement intéressante puisqu'elle va dans le sens des études de Gassée J.P. et al.⁹⁶, exposées en première partie. Chaque lettre de plainte comptant parfois différents motifs d'insatisfaction les pourcentages donnent, au total, des chiffres proches de 200%. La "*dyscommunication soignant - soigné*" représente 69 % des motifs ; il ne s'agit pas pour les plaignants d'un problème d'information, mais bien plus d'un problème de la qualité de la relation, de la "*disponibilité*", de "*l'écoute*", pour reprendre les termes utilisés dans les courriers. L'environnement défectueux est noté dans 33 % des cas ; les points noirs restent l'hygiène, la propreté, l'hôtellerie. Si l'étude citée en première partie évaluait à 21 % les dysfonctionnements en matière d'organisation, ils sont ici évalués à 72% et étiquetés de "*dysfonctionnements équipes soignantes*" ; ces dysfonctionnements pointent un problème de communication entre les différentes équipes qui gravitent autour de la personne soignée. Quant aux soins infirmiers, ils sont taxés "*d'imperfection*" dans 33 % des cas. Certains problèmes particuliers sont soulevés dans 38 % des dossiers ; il s'agit des "*hospitalisations en cascade*", des "*refus de paiement*", des "*imperfections autour d'un décès*".

De ce bilan, nous retiendrons la place importante de l'équipe de médiation face à l'évolution du nombre de plaintes. En effet bien que ce nombre ait été multiplié par deux, le nombre de contentieux n'a pas augmenté ; ce qui tend à prouver l'efficacité du dialogue instauré par la commission.

L'analyse de la typologie des plaintes pointe des dysfonctionnements importants dans les domaines de la communication et de l'organisation. Notons qu'en matière de communication, il ne s'agit pas d'un manque d'information, mais bien d'un déficit de relation qui fut également exprimé à l'occasion des entretiens d'enquête. Enfin, la part des plaintes relatives à un défaut d'organisation va dans le sens de notre hypothèse ; il reste à se saisir de ces éléments, en matière de dysfonctionnement, pour améliorer les pratiques.

Qu'il s'agisse des entretiens d'enquête ou de l'avis des différents auteurs, ces problèmes dans l'organisation des soins seront régulièrement retrouvés et feront, en grande partie, l'objet de notre réflexion professionnelle à partir de l'analyse des intérêts d'une telle démarche.

⁹⁶ Gassée J.P. et al., op. cité, p. 390

2-3 Les intérêts d'une telle démarche dans la gestion de la qualité et des risques

Les intérêts d'une telle démarche dans la gestion de la qualité et des risques, sont proposés sous forme de points forts ou "facteurs de réussite", de points faibles ou "écueils à éviter", d'attentes ou "changements à envisager". S'appuyant essentiellement sur l'expérience des Hôpitaux de Toulouse, ils serviront de soutien à la réflexion professionnelle et seront classés sous trois rubriques, qui reprennent les éléments du cadre théorique et de l'hypothèse : la mise à distance, les relations entre les acteurs, le traitement des dysfonctionnements.

2-3-1 Les points forts ou "facteurs de réussite"

Tenant compte des trois rubriques retenues, l'analyse des différents entretiens a permis de classer les points forts comme :

- la mise à distance qui apaise et rassure,
- les relations entre les acteurs fondées sur la confiance,
- le traitement des dysfonctionnements dans un souci d'améliorer la qualité des soins.

La mise à distance, décrite par les différentes personnes interviewées, apaise la relation avec les usagers et rassure les professionnels de terrain.

La mise à distance des plaintes apaise les conflits par l'intervention d'une tierce personne, "*étrangère à ce qui a pu se vivre dans la relation de soins*" ; elle est nécessaire pour "*calmer les jeux*".

Qu'il s'agisse du directeur, du médecin ou de l'infirmière, les membres de la commission de conciliation expliquent qu'à l'occasion des entretiens, après une phase agressive, revendicative, la confiance revient. Les mots qui ressortent des entretiens sont : "*nous sommes là pour éteindre le feu*", "*il faut savoir apaiser les conflits*", "*nous devons expliquer à des familles les démarches de soins qui ont choqué ou agressé*", "*au bout d'un moment, les choses se calment, le sourire revient, la confiance semble retrouvée*".

Pour les professionnels de terrain, cette mise à distance est nécessaire pour "*calmer les jeux*". Des entretiens avec le directeur, l'infirmière générale, les cadres infirmiers, les principales remarques sont : "*la commission de conciliation permet aux plaignants de mieux*

formuler leurs réclamations", "si la rencontre se fait entre le service et la famille, chacun reste dans son camp ; il n'y a pas assez de mise à distance", "chacun reste retranché dans sa logique", "les cadres sont parfois trop près des événements pour les traiter", "l'intervention d'une tierce personne calme les jeux", "ceci évite parfois un conflit, une affaire publique" ; "cette transaction est d'un grand intérêt pour l'hôpital autant que pour le patient".

A l'occasion de la rencontre avec les usagers ayant sollicité un entretien de conciliation, autant qu'avec ceux siégeant en commission, ce besoin d'intervention d'un tiers, d'apaisement, est clairement décrit : *"cela m'a fait beaucoup de bien de pouvoir expliquer ce que j'avais ressenti", "je comprends mieux maintenant les difficultés du personnel, mais elles auraient dû m'en parler", "l'équipe de médiation nous a permis de mieux comprendre", "nous ne voulons plus porter plainte, nous voulions surtout comprendre ce qui s'était passé".*

La mise à distance des plaintes rassure les professionnels de terrain ; pour les cadres infirmiers notamment : *"la commission de conciliation a capacité à recevoir la famille dans un lieu neutre qui n'est pas celui de la souffrance", "les plaignants n'ont pas à faire avec ceux qui ont produit les effets", "elle fait aussi, à notre place, ce que nous n'avons pas toujours le temps de faire, cela rassure".*

Un médecin reconnaît que *"le devoir d'information représente une véritable problématique, nous n'avons pas ou nous ne prenons pas le temps" ; "le défaut de relation est souvent à l'origine de réclamation, d'incompréhension, et la place du médiateur est aidante".*

Nous retiendrons que cette mise à distance est bénéfique pour le patient autant que pour l'institution. Si elle diminue le risque contentieux par l'apaisement des conflits, elle permet aussi de réinstaurer un dialogue attendu par le patient autant que par les professionnels.

Ces différents points illustrent les éléments présentés en première partie, tendant à montrer, sous la plume de Sicot C.⁹⁷, que la principale motivation des usagers reste la recherche d'explication.

Enfin, si ce dialogue ne semble pas toujours possible à instaurer dans le cadre des unités de soins, la commission de conciliation ne doit toutefois pas devenir l'organe spécialisé dans la relation de soins ; il ne s'agit pas, comme a pu le dire un usager siégeant en commission, de *"spécialiser cette commission en lui demandant de faire ce que d'autres ne veulent pas, ou ne savent pas faire".*

⁹⁷ Sicot C. (1996), op. cit., p. 1465.

La relation entre les différents acteurs est modifiée par la mise en place de la commission de conciliation. Les grilles d'entretien questionnaient les différents auteurs sur les relations au sein de la commission ainsi qu'au sein de l'hôpital, voire avec les partenaires extérieurs. Les réponses seront analysées dans cette logique.

Au sein de la commission, les relations établies sont de bonne qualité. La composition pluridisciplinaire permet une *"véritable complémentarité"*, une *"réelle reconnaissance"* entre les différents acteurs. La fonction de chacun est clairement définie, et ce notamment entre le médecin médiateur et l'infirmière médiatrice : *"le médecin est saisi par le directeur"*, *"en fonction des éléments de la réclamation, l'infirmière est sollicitée pour une analyse du dossier de soins"*, *"la place de l'infirmière est importante car elle connaît l'organisation, elle sait poser les bonnes questions, on sait d'avance si le dossier est défendable ou pas"*, *"parfois, nous ne sommes pas d'accord ; l'éclairage que donne chacun, médecin, infirmière ou directeur permet d'éclairer le dossier, de faire avancer son instruction"*.

Au sein de l'hôpital, l'analyse des entretiens menés avec les promoteurs de la commission, avec les professionnels qui y siègent ou avec les professionnels de terrain, montrent que la confiance accordée aux membres de la commission de conciliation est liée à leur position dans l'organisation, à la reconnaissance de leurs compétences.

Pour les promoteurs de la commission, qu'il s'agisse du médecin ou de l'infirmière : *"ils doivent être appréciés et reconnus par leurs pairs pour leurs compétences, leur sens de l'équité"*, *" l'autorité naturelle du médiateur permet aux professionnels d'entendre les enseignements"*, *"c'est à cette condition, que la décision collective qui émane de la commission est une garantie pour la communauté"*. En ce qui concerne le membre du service de soins infirmiers, sa fonction cadre, autant que sa formation juridique sont également des éléments de reconnaissance : *"sa place est essentielle dans la traçabilité des événements, et ce notamment par sa connaissance de l'organisation des soins en général , et du dossier de soins en particuliers"*, *"ce professionnel doit connaître les organisations, les pratiques, les comportements"*, *" il doit aussi avoir des connaissances juridiques"*.

Pour les membres de la commission, la confiance qui leur est accordée facilite l'accès aux informations dans le cadre de l'instruction des dossiers. Cette nouvelle forme de relations entre les acteurs a d'ailleurs pour effet le signalement précoce de dysfonctionnements, voire l'écriture avancée de rapports circonstanciés : *"les cadres arrivent maintenant à anticiper, ils détectent les petites choses dans les comportements qui peuvent être à l'origine d'une plainte"*

et contactent la commission", "ils commencent parfois à rédiger un rapport circonstancié". - Le médecin siégeant en commission fait d'ailleurs remarquer "depuis quelques temps et certainement après un premier rapport transmis en C.M.E., nous sommes contactés par des médecins, des chefs de service avant même que la réclamation n'ait eu lieu" ; "ils nous demandent parfois conseil pour traiter une relation qui leur semble difficile".

Pour les utilisateurs de la commission, les différents entretiens permettent également de noter cette confiance. Pour les médecins, *"il est essentiel d'améliorer la prise en charge des malades, sur la base des dysfonctionnements", "ceci oblige un engagement des différents acteurs médicaux et une reconnaissance du travail réalisé par le médecin médiateur et l'équipe de médiation", "ceci oblige la confiance mutuelle", "au début nous n'apprécions pas que l'on vienne fouiller dans nos dossiers, mais les résultats sont là ; il vaut mieux cela plutôt qu'une plainte qui ne donne pas une bonne image".* Pour les cadres infirmiers, *"quand il y a un problème et que nous faisons appelle à madame M., nous savons qu'elle trouvera les failles mais aussi qu'elle les comprendra", "nous préparons les dossiers et les rapports de notre mieux et tenons toujours compte de ses recommandations".*

Avec les médecins traitants, de nouvelles formes de relations s'instaurent. En effet, comme le signale un médecin conciliateur : *"il arrive que des médecins traitants nous appellent, face aux réclamations de certains malades, pour nous proposer d'intervenir, pour éclairer notre vision des choses", "parfois, quand nous ne savons plus qui croire, il arrive que nous nous mettions en relation avec les médecins traitants pour avoir un avis, pour savoir qu'elle est la meilleure façon de communiquer avec leur patient".*

Il faut donc noter, bien que cela ne représente pas un de ses objectifs, de nouvelles formes de relations induites par la commission de conciliation, tant au cœur de cette commission, qu'au sein de l'hôpital, voire avec les partenaires extérieurs.

Nous retiendrons des relations qui s'instaurent au sein de la commission, la reconnaissance de compétences réciproques, la complémentarité, la nécessaire *"confrontation des avis"*. Si selon Léonard J.L.⁹⁸ *"la confrontation des avis"* peut être considérée comme, *"accepter d'abandonner un peu de ses prérogatives et accepter que l'autre discute de ce que l'on considérait jusqu'à ce jour comme étant à soi"*, cela reste une condition essentielle au fonctionnement de la commission.

⁹⁸ Léonard J.L., *Manager autrement*, Paris, T.S.A. Editions, 1994, p. 132.

Qu'il s'agisse du médecin ou de l'infirmière siégeant en commission, cette fonction nécessite la confiance de la part des différents membres de l'institution ; cette confiance semble trouver son origine dans la "*réelle reconnaissance*" des compétences des membres de la commission par leurs pairs. Or, si la circulaire du 1^{er} juin 1999⁹⁹ souligne, dans ce même sens, que le médecin conciliateur "*devra bénéficier, notamment auprès de ses confrères, d'une autorité morale reconnue*", il ne préconise aucun profil particulier pour le membre du service de soins infirmiers ; Lucas-Baloup I.¹⁰⁰, autant que les différents Directeurs de Service de Soins Infirmiers interviewés, soulignent l'importance de sa "*disponibilité*", de ses "*connaissances juridiques*", de ses "*capacités d'écoute*" qui ne peuvent que "*renforcer la reconnaissance par ses pairs*".

Le traitement des dysfonctionnements dans un souci d'amélioration de la qualité des soins peut être considéré comme le dernier point fort retrouvé dans les entretiens. Quelque soit le type d'entretien, les réponses se font à trois niveaux : une analyse plus objective, une prise de conscience des dysfonctionnements, le développement de recommandations et d'actions.

La mise à distance de l'analyse des dysfonctionnements, par le moyen de la commission de conciliation permet plus d'objectivité, plus de "*clairvoyance*" : "*la médiation permet de savoir ce qui s'est réellement passé, et ce tout particulièrement dans les problèmes de communication où la commission analyse à un niveau différent*", "*quand il y a un problème de communication, l'encadrement direct connaît trop les différents protagonistes, pour ne pas être influencé*" , "*la commission est un œil extérieur qui permet de sortir de logiques parfois trop nombrilistes et insuffisamment constructives*".

L'objectivité dont fait preuve la commission tient, pour les personnes interrogées, à : "*la confrontation des différentes logiques au sein de la commission*" car chacun peut "*éclairer l'analyse des réclamations de son point de vue, qu'il soit médecin, infirmier ou directeur*". Les compétences des membres de la commission permettent aussi qu'elle soit considérée comme "*un véritable groupe d'experts*".

⁹⁹ Circulaire DH/AF 1 n° 99-317 , op. cit.

¹⁰⁰ Lucas-Baloup I., op. cit., p. 93-96.

La saisine de ces réclamations et leur analyse par la commission permet *"une prise de conscience des professionnels de terrain de certains dysfonctionnements"*, de *"dire tout d'un coup où sont les dysfonctionnements à partir de cas particuliers qui les ont mis en valeur"*.

Pour les membres de la commission : *"ce qui ressort des courriers de réclamation est souvent violent"*, *"il s'agit souvent de cas extrêmes"*, mais *"ce n'est en général que la face visible de l'iceberg"*, *"cette prise de conscience, pour les professionnels, donne l'occasion d'effectuer une analyse du fonctionnement et de comprendre pourquoi ça ne peut pas marcher"*, *"les professionnels de terrain trouvent eux-mêmes les améliorations à apporter à leur fonctionnement"*, *"nous ne sommes là que comme un catalyseur"*.

Pour un cadre infirmier, du fait de cette prise de conscience des dysfonctionnements, à la suite d'une réclamation, *"il arrive souvent que les soignants émettent le désir de réfléchir, de travailler à l'amélioration de la qualité des soins"*.

Enfin, le développement de recommandations permet de mettre en place des actions correctives tendant à l'amélioration des pratiques. Rappelons que ces recommandations ne sont faites qu'à deux niveaux, comme nous l'avons exposé précédemment : auprès du Directeur après instruction du dossier, auprès des instances à l'occasion d'un rapport annuel.

Pour les promoteurs de la commission : *"les recommandations qui émanent de la commission sont toujours très pertinentes, car l'analyse qui les précède est particulièrement fine"*, *"les recommandations permettent d'identifier les zones du dysfonctionnement et d'envisager avec l'encadrement médical et infirmier les actions prioritaires à engager"*, *"grâce au travail de la commission, une enquête interne a permis de déterminer la typologie des chutes, et de mettre en place une action de prévention qui ne s'arrête pas qu'à l'unité concernée par la plainte"*, *"le constat renouvelé de certains type de plaintes, en matière d'information par exemple, nous amène à réfléchir sur l'éventualité d'un plan de formation en ce sens"*.

Pour les membres de la commission, il faut noter le souci d'analyse approfondie des dysfonctionnements, pour orienter au mieux les propositions d'amélioration des pratiques : *"il existe rarement une seule cause aux plaintes, aux dysfonctionnements"*, *"chacun dans son domaine de compétences fouille pour expliciter au mieux"*, *"nous confrontons toujours nos avis avant de décliner les recommandations qui nous paraissent prioritaires"*, *"il nous arrive de proposer un traitement transversal des dysfonctionnements qui nous apparaissent comme récurrents"*.

Pour les professionnels de terrain : "*les recommandations qui nous sont faites, à la suite d'une plainte traitée en commission, sont toujours justifiées*", "*le regard posé par les membres de la commission sur nos pratiques, à l'occasion d'une plainte, pointe toujours les améliorations à apporter dans notre organisation*".

Les recommandations qui émanent de la commission permettent la prise de décision en matière de traitement des dysfonctionnements. Comme nous avons pu l'observer dans les différents établissements, les équipes de direction ainsi que les instances tiennent compte de ces éléments d'insatisfaction pour orienter leurs projets d'action, voire de formation.

En conclusion de cette analyse des points forts ou "facteurs de réussite", nous retiendrons que si "*l'analyse distanciée*" est considérée comme plus objective, cela tient à la "*clairvoyance*" des membres de la commission, à la "*confrontation de leurs avis*", mais aussi et surtout à leurs "*compétences reconnues*". Cette reconnaissance a pour effet la confiance accordée aux membres de la commission dans le traitement des plaintes, et ce, tout particulièrement dans le cas de dysfonctionnements dans la relation soignant-soigné ; rappelons que les différentes études évaluent à plus de 30 % ce type de dysfonctionnement.

Si le traitement des plaintes, par la commission, amène parfois la prise en compte des dysfonctionnements de façon "*violente*", les recommandations qui en découlent restent particulièrement appréciées et écoutées.

Notons enfin, de façon de plus générale, que ce regard porté sur une situation donnée, à un moment donné permet, comme le souligne Orgogozzo I.¹⁰¹, de "*dépasser les points de vue et les intérêts particuliers pour construire des décisions conformes à l'intérêt général*".

2-3-2 Les points faibles ou "écueils à éviter"

Différents selon qu'il s'agit du C.H.U. ou des autres établissements (C.H. et C.L.C.C.), les points faibles peuvent être appréhendés, comme les points forts, à trois niveaux :

- le défaut de communication dans la mise à distance,
- la méfiance dans les relations entre les acteurs,
- le manque de diversité dans le traitement des dysfonctionnements.

¹⁰¹ Orgogozzo I., *Les paradoxes du management. Des châteaux forts aux cloisons mobiles*, Paris, Les Editions de l'Organisation, 1991, p. 138.

Le défaut de communication, lié à la mise à distance dans le traitement des plaintes est considéré comme un point faible. Pour les différentes personnes interrogées, il se manifeste à trois niveaux : avec les unités de soins, avec les instances, entre les différents organes de gestion des risques.

Avec les unités, le défaut de communication se manifeste en terme de signalement, autant que d'informations concernant les suites données au traitement des plaintes.

Le signalement précoce des effets indésirables, est jugé insuffisant par l'équipe de médiation autant que par la direction. Pourtant, comme cela a pu être développé en première partie, cet élément est, pour eux, essentiel dans la gestion des risques, et ce notamment au plan préventif : *"quand nous avons des éléments suffisamment tôt nous pouvons nous préparer, entamer une enquête", "le signalement précoce permet parfois de contacter le malade avant qu'il n'envoie un courrier, et de lui proposer une rencontre"*. Mais, pour les professionnels de terrain, il représente un *"véritable changement de culture"*, car *"il est difficile de s'avouer que l'on a fait une erreur, d'en parler, de l'écrire"* et que *"la terminologie utilisée, autant que la forme du signalement doivent être mesurées pour ne pas enfreindre le secret professionnel"*.

Les informations concernant les suites données au traitement des plaintes sont jugées insuffisantes par l'encadrement infirmier : *"malgré tout, le travail d'analyse que nous faisons en amont, nous n'avons pas de retour", "parfois, nous apprenons beaucoup plus tard les suites qui ont été données à une affaire, les recommandations faites ; parfois, on ne le sait jamais"*. Pour un directeur, *"il n'existe pas suffisamment de relais, avec les conseils de service notamment"*.

Avec les différentes instances telles que le C.A., la C.M.E., la C.S.S.I un défaut de communication est aussi décrit. Bien que le dispositif réglementaire prévoit qu'un rapport annuel d'activité¹⁰² soit transmis aux différents organes représentatifs, pour les personnes interrogées cette périodicité paraît insuffisante. Pour un directeur, *"il faudrait plus de transparence"*, *"il faut regretter, que ce rapport ne soit qu'annuel ; certains dysfonctionnements doivent être analysés et traités suffisamment rapidement pour que chacun garde en mémoire les conséquences qu'ils ont entraînées"*.

¹⁰² Décret n° 98-1001, op. cit., art. R. 710-1-9.

Pour un Directeur de Service de Soins Infirmiers, ceci représente un handicap *"au traitement rapide et efficace de certains dysfonctionnement dont l'analyse serait faite en commission"*, *"un seul rapport annuel à la C.S.S.I. risque de se trouver déconnecter des faits"*.

Ces réflexions vont dans le sens de celles développées dans l'approche théorique, à partir de l'analyse des différents auteurs.

Entre les organes de gestion des plaintes, des risques, de la qualité, le manque de communications reste préjudiciable dans les établissements, à l'exception de ceux de petite taille (300-350 lits) où les relais semblent plus développés ; un seul directeur est souvent responsable de ces différents organes.

Pour des responsables de la gestion de la qualité et des risques : *"nous ne travaillons qu'avec les éléments concernant les vigilances traditionnelles"*, *"il faudrait pouvoir croiser les différentes données en matière de risque, de façon à dresser une sorte de cartographie"*, *"ceci permettrait de cibler, de choisir les actions de prévention, de formation, à mettre en place ; de mener des études de causalité plus poussée"*.

Pour les membres de la commission de conciliation, il n'existe pas une réelle connaissance des éléments de satisfaction qui ressortent des questionnaires : *"nous ne savons pas les éléments de satisfaction ou d'insatisfaction qui ressortent des questionnaires de sortie"*, *"le taux de retour semble faible et ne nous paraît pas significatif"*.

Ce défaut de communication apparaît comme un écueil important à la mise en place d'une politique de gestion des risques, d'autant que les vigilances traditionnelles généralement relayées ne représentent que 5 % de la sinistralité. Ces éléments apparaissent également dans l'analyse, en matière d'attente, et feront l'objet d'un axe de la réflexion professionnelle.

La méfiance de certains professionnels reste un point faible retrouvé dans les entretiens ; cette méfiance se manifeste à l'encontre des médecins et des usagers.

A l'encontre des médecins tout d'abord, quelques phrases recueillies au travers des entretiens permet de noter : *"le corps médical se livrera-t-il face aux usagers"* ; *"pour des motifs de secret médical ou de confidentialité répondra-t-il aux demandes"* ; *"n'assisterons-nous pas à une stratégie de fuite laissant en première ligne l'encadrement infirmier"* ; *"les médecins risquent de résister à l'idée que d'autres personnes interviennent dans le traitement d'une réclamation, en l'occurrence les membres de la commission de conciliation"*.

La confiance pointée à l'occasion des entretiens, dans l'analyse des points forts, laisse donc à penser que cette méfiance n'aura rapidement plus lieu d'être. Elle reste toutefois une crainte exprimée, que nous avons souhaité souligner.

A l'encontre des usagers, essentiellement dans les établissements qui ne les avaient pas associé à la commission au moment de l'enquête, un sentiment de méfiance s'exprime : *"on peut se demander quelle sera la position des usagers au sein de la commission et des permanences ; seront-ils aidants ou opposants"* ; *"quelles seront les revendications des usagers dans les commissions"*.

Les entretiens menés avec des usagers siégeant en commission tendent à prouver le caractère non fondé de cette méfiance : *"je sais que notre présence peut faire peur ; mais nous ne sommes pas là pour nous opposer"*, *"les malades n'ont pas, non plus, toujours raison"*, *"notre objectif est d'aider à faire avancer, ici, comme nous le faisons dans les conseils d'administration"*, *"notre place au sein des commissions permet d'aider à l'analyse des dysfonctionnements et de donner un avis sur les traitements prioritaires"*.

Nous avons d'ailleurs souhaiter citer quelques éléments d'un entretien précisant la mission particulière d'un usager au sein de la commission : *"quand une réclamation a lieu, ou avant, je prends contact avec le malade pour discuter, comprendre ; ensuite j'en réfère à la commission, nous faisons une réponse et nous réglons les anomalies"*, *"ceci calme les jeux, évite les conflits et améliore bien souvent l'organisation du travail dans l'unité concernée"*, *"en commission de conciliation, nous émettons des recommandations ; je siège aussi en conseil d'administration où je fais le nécessaire pour soutenir les projets d'amélioration de la qualité des soins"*.

Même si la méfiance exprimée à l'encontre des médecins et des usagers ne paraît pas fondée, nous avons souhaiter l'intégrer dans les points faibles comme une crainte de certains professionnels à ne pas négliger en matière de réflexion professionnelle.

Le manque de diversité dans le traitement des dysfonctionnements fut largement abordé au cours des entretiens. Les entretiens permettent d'analyser trois points faibles : le traitement de proximité, le traitement transversalisé, le traitement préventif.

Le traitement de proximité doit être maintenu. Pour un directeur : *"tout ne peut pas être traité en central, la commission ne se réunit que périodiquement et cela risque d'allonger les délais d'intervention"*, *"un traitement de proximité est parfois nécessaire, notre rôle est alors d'aller voir les intéressés pour comprendre le dérapage et réajuster"*. Pour une infirmière générale : *"tout ne peut pas être porté en commission, au risque de stigmatiser des situations qui ne méritent peut-être pas que l'on s'y attarde"*, *"ne faut-il pas envisager différents niveaux de traitement, dont un par les cadres supérieurs et les infirmières générales, en proximité"*, *"certains problèmes doivent être traités rapidement, de façon locale, alors que certains dysfonctionnements, récurrents, mériteraient une réflexion plus transversalisée"*.

Le traitement transversalisé paraît également insuffisant. Certains dysfonctionnements intéressent parfois différentes unités qui sont intervenues dans le soin ; pour les personnes interrogées : *"il serait intéressant d'analyser plus à fond le processus, à partir de la plainte, et de faire travailler ensemble différents services ; je pense aux pertes de dentiers, d'effets personnels, de radiographies entre les unités"*, *"ceci permettrait de ne pas se focaliser sur une unité, qui n'a pas toute la responsabilité, et de faire travailler ensemble les professionnels"*. Ces réflexions vont dans le sens de celles développées par un ingénieur : *"face à un dysfonctionnement, il y a rarement une seule cause ; l'analyse du processus permet de décloisonner, de réunir autour d'une table différents professionnels qui livreront leur avis sur un événement"*.

Le traitement préventif est jugé insuffisant, un événement indésirable étant souvent précédé de *"petits incidents"*, comme le souligne Guimbaud B.¹⁰³. L'analyse des entretiens permet de souligner : *"il n'existe peut être pas assez de traitement des plaintes non avérées"*, *"on sait parfois qu'une action a été mise en place dans un autre service, alors que chez nous, même si cela n'a jamais été porté en commission, le risque existe, des problèmes ont déjà eu lieu"*.

Ces réflexions posent, de façon générale, le problème du type de traitement.

Une réponse à ces différentes interrogations peut être apportée par la mesure du *"niveau d'anomalie"*, selon Roussel P.¹⁰⁴. Cet auteur définit trois types d'anomalies, mineure, majeure ou critique, qui selon leurs conséquences sur *"la poursuite du processus en cours ; le niveau*

¹⁰³ Guimbaud B., *La mise en place à l'hôpital d'une démarche de gestion des risques*, op. cit., p. 45.

¹⁰⁴ Roussel P., op. cit., p. 137-138.

institutionnel concerné par la gestion de l'anomalie ; l'urgence de l'action corrective" seront traitées au sein de l'unité, du service, voire de l'établissement.

Pour ce qui est du traitement préventif des dysfonctionnements, comme nous l'abordions en première partie et comme cela sera décrit en terme d'attentes, il paraît intéressant d'envisager l'analyse et le traitement au-delà du service. Il existe effectivement des problèmes récurrents à certains services (pertes d'effets, chutes), et, en dehors de toute réclamation avérée, des actions de prévention primaire pourraient être développées. Mais ceci pose le problème du signalement précoce en particulier, des relations entre les différents organes et acteurs en général.

2-3-3 Les attentes ou "changements à envisager"

A ce stade de notre réflexion, les deux axes de l'hypothèse semblent validés. Pour nourrir la troisième partie de ce travail, en matière de réflexion professionnelle, nous avons souhaité analyser les réponses des différentes personnes interviewées en matière d'attentes.

Ces attentes, qui reprennent les axes de l'hypothèse, concernent :

- la relations entre les différents acteurs,
- les modes de gestion de la qualité et des risques,
- la transparence.

En matière de relations les attentes se situent au niveau de l'information des unités de soins, des relations au sein et entre les unités, des relations entre les organes de gestion de la qualité et des risques.

Pour les professionnels de terrain, les attentes en matière d'information sont clairement exprimées : *"il faudrait avoir des retours d'information pour développer l'analyse des plaintes et de la satisfaction, en matière de typologie, de récurrence", "nous n'avons pas de statistiques, il y aurait des recherches à faire sur le nombre de plaintes, le contenu de la plainte, les raisons de la plainte", "il faudrait savoir à quoi a abouti la plainte, connaître les conclusions, avoir un avis", "nous aimerions connaître les suites des plaintes pour avoir une meilleure compréhension des faits, une mobilisation de tous les acteurs".* Il faut effectivement noter que, quel que soit l'établissement, ce retour n'est pas systématique.

Pour les membres de la commission de conciliation il existe effectivement un *"manque d'information sur l'analyse des plaintes qui permettrait de travailler avec les unités, à partir des faits"*.

Au sein des unités, il faut relever le besoin de *"ne pas cliver les pratiques médicales et infirmières"*. C'est en ce sens que comme le préconise un directeur : *"l'utilisation du conseil de service doit pouvoir représenter un relais dans la gestion des plaintes à l'hôpital"*.

Entre les unités, les différents responsables souhaitent que les communications soient développées pour réduire les dysfonctionnements se situant à *"l'interface des différentes unités"*: *"la durée de séjour diminue, le patient reste peu dans les unités et les problèmes se trouvent souvent aux interfaces"*, *"nous devons apprendre à communiquer et à travailler ensemble pour améliorer les pratiques entre les services"*.

Dans les relations entre les différents organes de gestion de la qualité et des risques, et plus particulièrement au sein du C.H.U., une attente importante est exprimée en matière de complémentarité : *"il faut relayer la gestion des plaintes avec la gestion des risques en général"*, *"il devrait exister une seule fiche d'événements indésirables concernant toutes les vigilances"*, *"il faut développer les relations entre les différents organes de gestion des risques pour promouvoir leur complémentarité"*.

En matière de modes de gestion de la qualité et des risques, les entretiens pointent des attentes en matière de déconcentration du traitement des plaintes, de prévention.

La déconcentration du traitement des plaintes représente une première attente, retrouvée uniquement au sein du C.H.U.

Pour les utilisateurs de la commission : *"la mise à distance de ce traitement allonge le délai de réaction"*, *"il paraît souhaitable qu'un organe de gestion des plaintes puisse fonctionner en proximité"*, *"il ne faut pas dépasser une masse critique de 500 lits dans cette gestion"*, et *"la spécialisation des sites par pôle de compétence oriente la typologie des plaintes"*. Ne faut-il pas alors envisager, pour les établissements de taille importante, et à l'identique de certains organes de vigilance traditionnels, la mise en place d'une commission par site ? Si le décret du 2 novembre 1998 ne prévoit cette possibilité que *"dans chaque*

*hôpital ou groupe hospitalier de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*¹⁰⁵, la circulaire du 1^{er} juin 1999 préconise "qu'une permanence soit tenue sur chacun des sites de l'établissement si celui-ci en comporte plusieurs"¹⁰⁶.

Le développement d'actions de prévention, sur la base notamment d'un traitement transversalisé des dysfonctionnements, est souhaité par les différentes personnes interrogées : "il faudrait profiter de l'analyse d'une plainte, d'un dysfonctionnement pour mettre en place des procédures et éviter le recommencement", "nous devrions répertorier, classer les incidents par grands domaines et développer des groupes de travail pour améliorer les pratiques", "ceci pourrait être développé en transversalité avec les différents organes de gestion des risques", "la dimension des services, voire des centres de responsabilité devrait permettre de promouvoir des actions de prévention à partir d'un fait". Il faut d'ailleurs noter que, sur les Hôpitaux de Toulouse, la réflexion transversale menée avec la commission de conciliation pour le traitement des chutes a permis au service de soins infirmiers d'appréhender l'importance de ce type d'analyse dans la prévention des risques.

En matière de transparence, des attentes sont exprimées, par les professionnels de terrain d'une part, par les promoteurs de la commission et les gestionnaires de la qualité et des risques d'autre part.

Pour les professionnels de terrain, le fonctionnement de la commission de conciliation, autant que sa contribution à la gestion de la qualité et des risques, représente une "révolution culturelle" ; même si la mise à distance du traitement des plaintes rassure, des craintes persistent comme nous avons pu le voir en terme de points faibles, et des attentes sont clairement exprimées : "il est important de savoir ce que la direction fera des éléments qui remonteront de la commission", "existera-t-il des sanctions à l'encontre des services où les dysfonctionnements se renouvellent", "le signalement précoce signifie aussi qu'une erreur a été faite".

Ces craintes sont légitimes, et comme le souligne Roussel P.¹⁰⁷, la notification d'une anomalie pouvant faire craindre une faute et "la sanction comme corollaire", "l'absence de sanction en cas de faute doit être clairement précisée si l'on veut obtenir les retours

¹⁰⁵ Décret n° 98-1001, op. cit., art. R. 710-1-1.

¹⁰⁶ Circulaire DH/AF1 n° 99-137, op. cit., p. 73.

¹⁰⁷ Roussel P., op. cit., p. 140.

d'informations nécessaires et la participation du personnel". Pour François P. et al.¹⁰⁸ "l'évaluation peut être perçue comme un contrôle administratif" et, "faute de communications appropriées l'évaluation peut être comprise comme une procédure de contrôle, voire une menace". Aussi, il paraît particulièrement important d'envisager une réponse à ces craintes comme préalable à tout projet.

Pour les promoteurs de la commission et les gestionnaires de la qualité et des risques, une attente est exprimée en matière d'information ascendante ; le besoin d'un "*changement de culture*" retrouvé dans les entretiens est explicité par : "*l'exigence de qualité ne permet plus de fonctionner à l'aveuglette*", "*nous devons savoir plus tôt et plus souvent ce qui se passe*", "*chacun doit y mettre du sien, nous devons fonctionner dans la confiance mutuelle*", "*c'est comme avec le P.M.S.I. en matière d'évaluation quantitative, il faut plus de transparence*".

Préconisé par différentes personnes à l'occasion de l'étude de terrain, le développement des tableaux de bord intégrant des indicateurs de qualité, voire de non qualité, au sein des unités semble être un outil d'information ascendante à développer. Pour Anhoury P. et Viens G.¹⁰⁹, "*l'hôpital reste un gisement sous exploité, d'informations gérées par des professionnels peu valorisés et qui n'ont pas toujours conscience de l'importance des informations qu'ils détiennent*", "*l'hôpital doit avoir introduit une démarche de type "tableau de bord de GQR"¹¹⁰ solidement relayé par l'encadrement de l'hôpital et largement communiqué*". Il paraît en effet important d'envisager, à côté des indicateurs traditionnels tels que le taux d'occupation, la durée moyenne de séjour, le coût pathologie, des éléments tels que le taux de satisfaction, d'insatisfaction, de retour de questionnaire de sortie ou de signalement précoce pour mieux appréhender le fonctionnement hospitalier et améliorer les pratiques.

Si ces différentes attentes plaident pour plus d'information entre les différents organes de gestion de la qualité et des risques, plus d'actions de prévention, elles plaident aussi pour plus de transparence. Ce point paraît essentiel avant d'aborder notre réflexion professionnelle, en terme de projet, car comme le souligne Michel S.¹¹¹ : "*pourquoi se mettre en mouvement pour quelque chose dont rien ne nous dit la signification et dont tout nous dit à contrario qu'elle n'a pas de sens clairement exprimé dans l'organisation*".

¹⁰⁸ François P. et al., *Développement de l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé universitaires : stratégies de mise en œuvre d'une démarche qualité*, Journal d'économie médicale, juil.-août 1996, n° 4-5, p. 200.

¹⁰⁹ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 38-42.

¹¹⁰ Lire Gestion de la Qualité et des Risques.

¹¹¹ Michel S., *Peut-on gérer les motivations ?*, P.U.F., Paris, 1989, p. 144.

En conclusion de cette deuxième partie, nous pouvons considérer que l'étude de terrain valide l'hypothèse construite à partir du cadre théorique.

La commission de conciliation peut contribuer à la gestion de la qualité et des risques :

- **par de nouvelles formes de relations entre les acteurs du système hospitalier,**
- **par l'intégration des données issues de la gestion des plaintes dans le traitement des dysfonctionnements.**

L'analyse des entretiens nous amène toutefois à émettre certaines réserves :

- si la mise à distance rassure et relativise, le défaut de communication qui l'accompagne reste un frein au traitement de certains dysfonctionnements,
- si la commission de conciliation modifie la relation entre les acteurs, il existe une crainte face à ces nouveaux modes de fonctionnements,
- si le traitement des plaintes par la commission de conciliation permet une vision plus objective et des enseignements plus pertinents, le manque de relations avec les unités autant qu'avec les autres organes de gestion de la qualité et des risques reste un handicap à l'amélioration des pratiques.

Les conclusions de l'étude plaident donc pour une réflexion en matière d'accompagnement des professionnels dans ces nouveaux modes de fonctionnement, de clarification des niveaux de traitement des dysfonctionnements, de modélisation des relations entre les organes de gestion de la qualité et des risques, ainsi définis, et les unités de soin.

III^{ème} PARTIE

De la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques : participation de l'infirmier général pour promouvoir cette contribution

Chapitre 1

Pourquoi promouvoir cette contribution

Chapitre 2

Du projet institutionnel

Chapitre 3

Au projet du service de soins infirmiers

3- DE LA COMMISSION DE CONCILIATION A LA GESTION DE LA QUALITE ET DES RISQUES : PARTICIPATION DE L'INFIRMIER GENERAL POUR PROMOUVOIR CETTE CONTRIBUTION

L'approche théorique, autant que l'étude de terrain, ont permis d'envisager la contribution de la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques. La mise en évidence de points forts, de points faibles, de différentes attentes dans l'analyse des expériences menées, permettent d'orienter, en matière de réflexion professionnelle, la participation de l'infirmier général pour promouvoir cette contribution.

Les différentes propositions qui seront préconisées dans cette réflexion s'appuient sur des pratiques développées, depuis quelques années, dans les différents établissements de santé où l'étude a été réalisée.

Après avoir réaffirmé les raisons qui tendent à promouvoir cette contribution, deux niveaux de participation de l'infirmier général seront proposés, comme membre de l'équipe de direction, comme directeur du service de soins infirmiers.

3-1 Pourquoi promouvoir cette contribution ?

Avant de positionner la participation de l'infirmier général dans la contribution de la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques, la réponse à cette question peut être déclinée à partir de l'analyse du contexte hospitalier, de la place de la commission de conciliation et de l'infirmier général dans ce contexte.

3-1-1 Le contexte hospitalier

La contribution de la commission de conciliation au management hospitalier, et plus particulièrement à la gestion de la qualité et des risques, s'explique par le contexte de mutation auquel est confronté l'hôpital : un nouveau paysage économique et social, de nouveaux paradigmes, de nouveaux modèles managériaux.

Un nouveau paysage économique et social se dessine autour de l'hôpital ; comme l'affirme Tourne C.¹¹² *"de nombreuses pressions, tant sociologiques qu'économiques, poussent l'hôpital au changement"*.

La politique de maîtrise des dépenses de santé pousse l'hôpital à trouver de nouvelles marges de manœuvre internes en faisant évoluer l'organisation, en évitant les gaspillages et les dysfonctionnements responsables de surcoûts. En parallèle l'exigence de qualité, de sécurité, dans ce contexte de rationalisation, oblige la réflexion autour de nouveaux modes de fonctionnement.

Ces modes de fonctionnement doivent tout d'abord prendre en compte le malade, qui *"doit être plus que jamais le cœur de l'action"*¹¹³. Et, comme nous avons pu le développer en première partie, la satisfaction des usagers reste une priorité en terme de qualité, voire d'accréditation, *"les patients et leurs familles ont des exigences pour des soins personnalisés et de qualité"*¹¹⁴.

Tout en restant soucieux de répondre à cette priorité, face à des contraintes économiques et sociales, l'hôpital est également secoué par une crise identitaire.

Des changements de paradigmes, des mutations profondes bouleversent l'hôpital, selon Crémadez M. et Grateau F.¹¹⁵.

Un premier changement de paradigme, celui de la médecine, oblige les médecins hospitaliers à associer des compétences non médicales dans les schémas d'actions, à prendre en compte les attentes des usagers, à être attentif à la notion de qualité du service rendu. Ce changement oblige le travail en complémentarité avec les autres acteurs hospitaliers.

Un deuxième changement reste la perte de monopole ; l'hôpital est exposé à la concurrence. Il doit désormais s'inscrire dans un nouveau schéma de financement qui passe par l'évaluation de son activité.

Un troisième paradigme est celui du professionnel, quel qu'il soit, remis en cause par l'évolution rapide des techniques, des savoirs. Cette évolution semble provoquer une crise d'identité des différents acteurs du système hospitalier. Si le rôle de chacun se modifie, c'est dans un besoin de resserrement et d'intégration, dans de nouvelles formes de fonctionnement, de coordination entre les acteurs.

¹¹² Tourne C., op. cit., p. 10.

¹¹³ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346, op. cit.

¹¹⁴ Tourne C., op. cit., p. 10.

¹¹⁵ Crémadez M. et Grateau F., *Le management stratégique hospitalier: 2^{ème} édition revue et augmentée*, Paris, InterEditions, 1997 (2^{ème} édition), chapitre 12.

De nouveaux modèles managériaux s'imposent à l'hôpital. Sous l'effet des contraintes économiques et sociales, les mutations profondes que subit l'hôpital entraînent un déplacement du pouvoir. Il existe bien un développement des organes de coordination visant au rapprochement des différentes logiques.

En effet, pour Friedberg E.¹¹⁶, "*les organisations se sont transformées au cours de notre siècle... Une vision hiérarchisée simple a cédé la place à une vision plus négociatrice qui reconnaît mieux l'existence de plusieurs rationalités et la nécessité de mobiliser les apports des uns et des autres pour organiser leur convergence et leur coordination*". Cette idée conforte celle du besoin d'un organe stratégique pour réunir les différentes logiques et répondre aux contraintes actuelles.

Voyons en quoi la commission de conciliation est une réponse à ce type de logique, dans le contexte hospitalier tel que nous l'avons décrit.

3-1-2 La commission de conciliation dans ce contexte

Les missions, le fonctionnement de la commission de conciliation peuvent répondre aux exigences de ce nouveau contexte hospitalier, en terme de qualité, de sécurité, autant que de modes relationnels, managériaux.

En terme de qualité et de sécurité, l'approche théorique ainsi que l'étude de terrain prouvent la place qu'elle peut occuper dans la gestion des dysfonctionnements. Nous avons pu noter que même si cela ne représente pas sa mission essentielle, par le regard qu'elle porte sur les éléments d'insatisfaction, de non qualité, elle est un organe important dans cette gestion.

Il reste à mesurer l'intérêt de créer une nouvelle structure ; en effet "*on peut craindre en créant de nouvelles structures, d'induire un morcellement des compétences et des centres de décision*"¹¹⁷. Toutefois pour François P. et al.¹¹⁸, "*il paraît judicieux de séparer les structures chargées de gérer la politique qualité des structures chargées d'exécuter cette politique*". C'est d'ailleurs ce qu'ont mis en place quelques-uns des établissements observés à l'occasion de l'étude de terrain ; c'est aussi ce que préconise la S.H.A.M. et ce qu'elle développe sur des sites pilotes.

¹¹⁶ Friedberg E., op. cit. p. 100.

¹¹⁷ François P. et al., op. cit., p. 202.

¹¹⁸ François P. et al., op. cit., p. 202.

Comme nous l'aborderons dans le développement de cette réflexion, il reste à préciser la fonction de ces différents organes et les relations qu'ils doivent développer. En effet, comme a pu le montrer l'analyse des pratiques, un point faible dans la contribution de la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques reste le défaut de relais, de communication entre ces différents organes.

En ce qui concerne les nouveaux modes managériaux, le fonctionnement de la commission tel qu'il a pu être observé dans cinq établissements répond très exactement aux différentes théories développées dans ce domaine.

Nous pouvons même considérer que cette commission va beaucoup plus loin, puisqu'en plus des logiques administrative, médicale et soignante, rencontrées à l'hôpital, elle fait entrer un nouvel acteur dans le management : l'utilisateur.

L'étude de terrain a toutefois permis de pointer que ces nouveaux types de management déclenchent certaines craintes chez les parties en présence, autant que chez les professionnels de terrain. La mise en place et le développement de ce mode de fonctionnement, s'il est essentiel dans le contexte actuel, nécessite un engagement certain des différents protagonistes et une très grande transparence.

Avant d'aborder cette réflexion, il paraît important de positionner la place de l'infirmier général dans la commission de conciliation autant que dans l'organisation hospitalière.

3-1-3 L'infirmier général et la commission de conciliation

Avant d'aborder la participation de l'infirmier général, pour promouvoir la contribution de la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques, il convient de situer cette participation dans le cadre de ses missions. Trois textes officiels doivent être considérés : la loi du 31 juillet 1991, le décret du 18 octobre 1989 modifié, le décret du 2 novembre 1998.

Avec la loi du 31 juillet 1991¹¹⁹, *"il est créé dans chaque établissement un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de*

direction. Une commission, présidée par le directeur du service de soins infirmiers est instituée en son sein".

Ce texte confère à l'infirmier général une place dans l'équipe de direction qui lui permet de participer à l'ensemble des projets initiés sur l'établissement, et lui donne autorité sur les personnels et les projets du service de soins infirmiers.

Le décret du 18 octobre 1989 modifié¹²⁰ précise les missions de l'infirmier général, et notamment, sa participation du projet institutionnel, au projet du service de soins infirmiers.

Sa place dans l'équipe de direction permet à l'infirmier général, de participer "*sous l'autorité du chef d'établissement et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, ...à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux*", de contribuer "*à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, ...à l'évaluation de ces soins*", "*à l'élaboration et à l'application des programmes de formation des personnels de service de soins infirmiers*".

D'autre part, l'autorité qui lui est accordée sur les personnels et les projets du service de soins infirmier lui permet d'assurer "*l'animation, l'encadrement et la gestion du service de soins infirmiers*", de coordonner "*l'organisation et la mise en œuvre des soins infirmiers*".

Si ce décret n'aborde pas précisément la participation de l'infirmier général à la gestion de la qualité et des risques, il lui confère toutefois des missions dans la définition d'une politique d'amélioration de la qualité et dans son évaluation, dans d'organisation des services médicaux et des soins infirmiers, dans l'encadrement, la formation et l'information des personnels du service de soins infirmiers.

Le décret du 2 novembre 1998¹²¹ n'a pas prévu que l'infirmier général siège au sein de la commission de conciliation ; les membres de la C.S.S.I. qui y siègent sont "*désignés par le directeur du service de soins infirmiers*". L'infirmier général est donc concerné par la mise en place et le fonctionnement de la commission de conciliation.

La participation à la commission de conciliation représente, pour le service de soins infirmiers, un enjeu important en matière de reconnaissance, comme nous avons pu l'aborder dans l'étude de terrain. Elle est aussi un enjeu en matière d'amélioration de la qualité des soins

¹¹⁹ Loi n° 91-748, op. cit., art. L 714-26.

¹²⁰ Décret n° 89-758, op. cit., art. 2.

¹²¹ Décret n° 98-1001, op. cit., art. R. 710-1-1.

infirmiers par les informations qui pourront y être puisées, dans le domaine notamment de l'analyse des dysfonctionnements.

Le choix des membres qui siègent en commission, la politique d'informations et de formation développée par l'infirmier général doivent servir ces enjeux.

Mettre en place la commission de conciliation et lui permettre à de contribuer à la gestion de la qualité et des risques dans un établissement de santé, ne peut émaner de l'infirmier général. Toutefois, comme nous avons pu le voir, la place qui est accordée à l'infirmier général au sein de l'équipe de direction autant qu'à la tête du service de soins infirmiers, permettent sa participation du projet institutionnel au projet de service de soins infirmiers.

3-2 Du projet institutionnel

Les éléments documentaires, les expériences observées, autant que l'analyse de ces expériences permettent d'orienter notre réflexion dans trois axes : la clarification de la place de la commission de conciliation dans la gestion de la qualité et des risques, la modélisation des relations entre les différents niveaux de traitement des dysfonctionnements, les préalables pour permettre l'adhésion au projet. En qualité de membre de l'équipe de direction, l'infirmier général participe à ce projet.

3-2-1 La clarification de la place de la commission de conciliation dans la gestion de la qualité et des risques

Comme cela a été démontré au cours de ce travail, la commission de conciliation peut contribuer à la gestion de la qualité et des risques. Il reste toutefois, pour répondre aux points faibles et attentes de notre étude de terrain, à définir sa place dans l'organisation hospitalière.

Nous appuyant sur la réflexion de Roussel P.¹²² ainsi que sur les organisations appréhendées à l'occasion de notre étude, nous pouvons envisager le niveau stratégique, le niveau technique, le niveau fonctionnel ; la commission de conciliation occupe le niveau

¹²² Cours de Roussel P., op. cit.

technique, au même titre que les différents organes de gestion des risques, de vigilances sanitaires.

Voyons comment peuvent être déclinés ces trois niveaux ; pour chacun la place du service de soins infirmiers sera précisée.

Au niveau stratégique, la cellule de gestion de la qualité et des risques, placée sous la responsabilité d'une seule personne, est chargée de "*définir la politique qualité, de choisir les thèmes de travail en fonction de leur importance pour les patients et des enjeux économiques*"¹²³. Anhoury P. et Viens G.¹²⁴ propose un profil de poste de ce responsable, entouré d'un comité restreint comptant le Directeur d'établissement, le Président de la C.M.E., le Directeur du Service des Soins Infirmiers. Dans certains établissements de grande taille, et aux Hôpitaux de Toulouse en particulier, ce comité regroupe tous les responsables des différentes vigilances.

C'est à ce niveau, que semble devoir être élaborée la charte de fonctionnement entre les différents organes et les limites au traitement des plaintes par la commission de conciliation. En effet, il ne paraît pas souhaitable que toutes les plaintes soient relayées en commission, et ce notamment dans les établissements de grande taille, où un tel fonctionnement ralentirait le délai de réponse. Le traitement par la commission peut être choisi en fonction du type d'anomalie comme le préconise Roussel P.¹²⁵ ; il reste donc à définir avec les directions concernées le niveau qui limite le traitement de la plainte par la commission de conciliation. Ceci n'empêche en rien les différents relais qui doivent ensuite s'établir avec cette commission pour alimenter la politique de gestion des dysfonctionnements.

Il paraît important de noter la place essentielle du service de soins infirmiers dans ce comité, puisque comme nous l'avons souligné précédemment et comme le rappellent Anhoury P. et Viens G.¹²⁶, "*les pertes les plus lourdes pour l'hôpital concernent la survenue d'incidents au détour des soins*". La participation de l'infirmier général au niveau stratégique lui permet d'orienter les choix, au vu des priorités déclinées dans le projet du service des soins infirmiers et de sa connaissance des organisations.

¹²³ François P. et al., op. cit., p. 202.

¹²⁴ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 43.

¹²⁵ Roussel P., op. cit., p. 139.

¹²⁶ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 42.

Au niveau technique, nous trouvons la commission de conciliation ; en dehors du recueil des plaintes et des éléments de satisfaction, elle est responsable de l'analyse des plaintes, de l'élaboration de recommandations sous la forme d'un rapport. Il paraît également important, comme pour les vigilances traditionnelles, que lui soient confiées des missions en terme d'information, de formation, de recherche et d'évaluation des différents travaux menés par les unités et services de soins.

Ces missions doivent être déclinées au travers d'un règlement intérieur, qui peut être rédigé en toute liberté, puisque le décret du 2 novembre 1998¹²⁷ n'impose aucune obligation. Si Lucas-Baloup I.¹²⁸ propose un exemple à partir duquel peut être décliné le règlement intérieur, dans les différents établissements concernés par l'étude de terrain il précise : sa place au sein de l'hôpital, ses missions et ses relations au vu du dispositif réglementaire ainsi qu'en matière de gestion de la qualité et des risques, son fonctionnement en terme de réunions et de permanences, le mode de désignation des membres, les modalités pratiques liées au fonctionnement et les limites de ce fonctionnement.

Il convient enfin d'envisager une charte de fonctionnement dans la tenue des réunions et dans celle des permanences. S'appuyant sur quatre années de fonctionnement, le C.H. de Montauban a défini un "*schéma de fonctionnement du traitement d'une plainte au cours d'une séance*"¹²⁹. Ce schéma propose un déroulement déclinant le rôle de chaque membre en fonction de ses compétences spécifiques dans la dispensation des soins ; chacun peut ainsi donner un avis qui éclairera les dysfonctionnements et permettra de proposer les recommandations les plus adaptées.

Qu'il s'agisse des missions traditionnelles de la commission de conciliation ou de celles en matière de gestion de la qualité et des risques, la participation du membre de la C.S.S.I. est particulièrement importante au vu de sa connaissance de l'organisation des soins, des unités ou des services, mais aussi du pourcentage important des dysfonctionnements en rapport avec cette organisation. Pour Roussel P.¹³⁰, "*80% des anomalies concerne le management des organisations et des processus*". Ces éléments, comme ceux développés dans l'enquête, plaident en faveur de la désignation d'un cadre infirmier sur la base d'un profil de fonction déclinant les connaissances et compétences requises, comme nous le développerons ultérieurement.

¹²⁷ Décret n° 98-1001, op cit., article R. 710-1-3.

¹²⁸ Lucas-Baloup I., op. cit., pp. 83-92.

¹²⁹ Cf. annexe 3.

¹³⁰ Cours de Roussel P., op. cit.

Le niveau fonctionnel est constitué des unités et services de soins. Responsables de l'identification des plaintes non avérées et de leur traitement de première intention, ils doivent transmettre toute information à la commission de conciliation comme nous le verrons ultérieurement. C'est également à ce niveau que seront développés les travaux en vue d'améliorer la qualité des prestations sur la base des recommandations, et avec le soutien technique de la commission de conciliation.

Il paraît important d'y désigner les correspondants "qualité-risques" qui, de toute évidence, doivent être le médecin chef de service et le cadre infirmier, voire le cadre infirmier supérieur ; la formation et l'information de ces cadres restant une priorité pour l'infirmier général.

Enfin, et comme a pu le souligner un directeur à l'occasion de l'enquête, le conseil de service reste au niveau fonctionnel un organe important dans le management de la qualité et des risques. Il constitue en effet, pour Fouillat C.¹³¹, "*un outil de communication interdisciplinaire, transhiérarchique et de responsabilisation des professionnels dans la gestion à l'hôpital*" et ce tout particulièrement dans la gestion de la qualité.

Ces différents éléments ne sont que les fruits d'une réflexion s'appuyant sur l'approche théorique qui a permis de construire notre hypothèse, sur les résultats de notre étude de terrain, ainsi que sur des convictions personnelles autant que professionnelles en matière de gestion de la qualité et des risques à l'hôpital. Mais une organisation ne peut vivre sans relations ; il nous reste à envisager les liens possibles entre ces différents niveaux de traitement des dysfonctionnements.

3-2-2 La modélisation des relais entre les différents niveaux

Comme cela a été largement développé au cours de l'analyse des pratiques, un point faible à la contribution de la commission de conciliation dans la gestion de la qualité et des risques, reste le défaut de communication entre les différents niveaux préconisés.

Il nous paraît particulièrement important, pour optimiser les structures, que les relations entre elles soient modélisées. Il s'agit tout particulièrement du signalement des plaintes, voire du risque de plainte depuis les unités, de la transmission des données depuis la commission de

¹³¹ Fouillat C., Faire vivre le conseil de service : contribution de l'infirmière générale, Formation des infirmiers généraux - E.N.S.P., 1998, p.59.

conciliation, du retour des informations depuis la cellule de gestion de la qualité et des risques au niveau des unités de soins. Un schéma¹³² permet de retrouver les différents niveaux et relais.

Depuis les unités, pour le signalement des plaintes, deux types de traitement sont à envisager qu'il s'agisse d'une plainte avérée (prévention secondaire) ou d'un risque de plainte (prévention primaire).

En ce qui concerne le traitement des plaintes avérées, il paraît important de rappeler la procédure de traitement.

Le C.H. de Montauban propose, annexé au règlement intérieur de la commission, un "*schéma de procédure de traitement des plaintes*"¹³³ sur lequel sont modélisés les différents relais entre la réception, la centralisation, l'instruction, la saisine de la commission, avant le suivi des solutions apportées aux plaintes. Outre son intérêt en terme de procédure à suivre, nous avons souhaité joindre ce schéma à notre travail, pour ce qu'il représente en matière de formation et d'information.

Dans le cas où la plainte serait traitée en dehors de l'intervention de la commission, il paraît toutefois important que les éléments d'analyse et les conclusions lui soient transmises, afin d'alimenter le bilan annuel.

En dehors de toute plainte avérée, et comme le préconisent différents auteurs cités en première partie, le signalement précoce des événements indésirables est un outil indispensable à la gestion de la qualité et des risques, et ce notamment en terme de prévention. Pour Anhoury P. et Viens G. "*tant que l'hôpital fonctionne sur le mode réactif, il perd 80 % de sa marge de manœuvre dans la préparation de son dossier et de sa négociation*", "*la seule façon de modifier cette situation est d'obtenir de manière confidentielle et interne un signalement qui permette aux professionnels concernés de prendre les devants*"¹³⁴.

Dans ce domaine, après cinq années d'utilisation d'une fiche de signalement au C.L.C.C. de Toulouse, une évaluation a permis d'élaborer une nouvelle fiche commune à toutes les vigilances¹³⁵. Cette fiche est transmise à la commission de conciliation, dans le cas d'un risque

¹³² Cf. annexe 4.

¹³³ Cf. annexe 5.

¹³⁴ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 41.

¹³⁵ Cf. annexe 6.

extérieur aux vigilances traditionnelles, où elle est répertoriée, analysée, avant que des conclusions ne soient relayées au niveau stratégique comme nous allons l'aborder.

Depuis la commission de conciliation, en dehors des rapports transmis au Directeur et aux différentes instances, des relais pourraient être établis avec le niveau stratégique, cellule de gestion de la qualité et des risques.

Si elles sont traitées de façon confidentielles, les informations, avant d'être transmises au niveau supérieur doivent être filtrées au moyen d'un tableau de conversion, comme le préconise Roussel P.¹³⁶ pour faciliter une lecture typologique des dysfonctionnements. En effet comme cela a pu être abordé à l'occasion de l'enquête, la diversité terminologique utilisée pour identifier les dysfonctionnements ne permet pas l'élaboration de statistiques suffisamment pertinentes.

Pour éviter une dispersion terminologique, la commission de conciliation élabore avec la cellule de gestion de la qualité et des risques, ce tableau de conversion, cette nomenclature, qui permet de classer les plaintes par typologie. Dans le respect du secret professionnel, certains éléments d'analyse du dysfonctionnement doivent permettre à la cellule de gestion de la qualité et des risques d'orienter le traitement. Ces éléments concernent le coût direct ou indirect, la fréquence, la localisation du dysfonctionnement dans le temps (heure, jour, mois), dans l'espace (unité, hors unité). De ces éléments seront tirés les choix stratégiques en matière de niveau de traitement.

Depuis la cellule de gestion de la qualité et des risques un retour doit ensuite être envisagé vers le niveau fonctionnel.

Comme le préconise Roussel P.¹³⁷, selon le niveau d'anomalie, le traitement de dysfonctionnement peut se faire au niveau de l'unité, du service, de plusieurs services, d'un site, voire de tout l'établissement. C'est à partir de l'analyse transmise par la commission de conciliation que cette décision sera prise au sein de la cellule constitué au niveau politique.

Le Directeur, le Président de la C.M.E. et le Directeur du Service de Soins Infirmiers siégeant dans cette cellule, orienteront le type de traitement en fonction de leur connaissance de l'hôpital autant que des différents projets en cours. Il faut d'ailleurs rappeler que parallèlement à ce relais, un rapport annuel alimentera également les débats du C.A., de la C.M.E., de la C.S.S.I. comme le prévoit le dispositif réglementaire.

¹³⁶ Cours de Roussel P., op. cit.

¹³⁷ Roussel P., op. cit., p. 139.

Dans ce dernier relais la place des responsables "qualité-risques" au sein des unités est particulièrement importante, autant que le conseil de service, voire de département, en matière d'information et de mise en œuvre des projets. Ces projets pourraient être soutenus, au plan technique par les professionnels siégeant au niveau stratégique et technique en fonction de leurs compétences spécifiques. Ils devront être évalués et réajustés pour permettre une amélioration continue de la qualité.

Ces différents relais ont été imaginés à partir d'éléments théoriques, des expériences observées et n'ont pas la prétention de représenter la seule solution à l'amélioration de la qualité à partir d'une gestion des dysfonctionnements.

Aucune fréquence n'a été retenue dans ces propositions ; le rapport annuel préconisé par le dispositif réglementaire paraît insuffisant, mais faut-il développer ces relais pour chaque dossier ? Si cela semble devoir être le cas pour des "*anomalies majeures ou critiques*"¹³⁸, une fréquence trimestrielle correspondant à celle des réunions des instances traditionnelles pourraient être retenue.

3-2-3 L'engagement pour permettre l'adhésion

Une politique de développement de la gestion de la qualité et des risques telle qu'elle a été décrite précédemment, et comme nous avons pu le mesurer dans l'enquête de terrain, représente "*un véritable changement culturel*" et doit tenir compte des résistances naturelles à ce type de changement. L'adhésion de tous à ce changement paraît nécessaire et passe par l'engagement d'un plan d'information, de formation, de financement..

L'information doit être développée de la part de la direction comme de celle des professionnels de terrain. Comme le soulignent François P. et al.¹³⁹, "*l'adhésion des responsables administratifs et médicaux de l'établissement n'est pas suffisante pour développer un système qualité, il faut en plus obtenir l'adhésion des responsables de services et des leaders d'opinion*".

¹³⁸ Roussel P., op. cit., p. 139.

¹³⁹ François P. et al., op. cit., p. 199.

Une information doit être largement diffusée quant à la mise en place de la commission de conciliation, à sa position dans la nouvelle organisation de la gestion de la qualité et des risques, aux différents relais nécessaires au bon fonctionnement de cette organisation, aux effets attendus. Cette information doit aussi présenter, tout particulièrement, les outils de signalement précoce des événements indésirables. Comme cela a été abordé dans les paragraphes précédents, la notification d'une anomalie pouvant faire craindre une faute, l'absence de sanction dans le cas des signalements précoces doit être clairement précisée. Ceci reste un condition essentielle au retour de ces signalements.

Cette information nécessite un engagement des responsables de l'établissement, et doit être diffusée par "*les responsables médicaux (le président de la CME), administratifs (le directeur général) et paramédicaux (le directeur du service de soins infirmiers)*"¹⁴⁰. Il paraît également important que les membres de la commission et ceux de la cellule de gestion de la qualité et des risques participent à cette information.

Les différentes instances (C.A., C.M.E., C.S.S.I., C.S.¹⁴¹), mais aussi des réunions des différentes catégories professionnelles, les centres de formation, le bulletin d'information interne doivent pouvoir lui servir de support.

Une système d'information développée depuis les unités doit permettre à la direction d'établissement de connaître les zones de dysfonctionnement ; préconisé par différentes personnes à l'occasion de l'étude de terrain, il peut s'agir de tableaux de bord, de registres de notification des anomalies au sein des unités.

Cette démarche nécessite de la part de l'encadrement médical et infirmier un engagement certain, comme cela a pu être le cas dans la mise en place du programme médicalisé des systèmes d'information (P.M.S.I.), pour l'évaluation quantitative.

La formation est aussi un facteur essentiel de réussite du projet institutionnel, car elle permet de développer des connaissances indispensables pour les professionnels. Pour Arbuz G. et Debrosse D.¹⁴² "*l'objectif n'est pas de transformer le personnel en experts de ces questions, mais de leur permettre d'acquérir un autre regard sur l'hôpital*", ce nouveau regard devant favoriser leur adhésion au changement. Représentant un des axes forts du plan de formation de l'établissement, elle doit s'adresser aux responsables "qualité-risques" au niveau

¹⁴⁰ François P. et al., op. cit., p. 200.

¹⁴¹ Lire partout Conseil de Service.

¹⁴² Arbuz G. et Debrosse D., op. cit., p. 127-128.

des unités, aux professionnels qui participent aux différents organes au niveau technique et stratégique, mais aussi à tous les agents qui seront concernés par le signalement des événements indésirables notamment. Le type de formation sera différent selon ces niveaux.

Pour les personnes participant aux différents organes déclinés et pour les responsables "qualité-risques", une formation semble devoir être orienté vers les notions de responsabilité, de qualité et de sécurité, ainsi que sur les principes de l'organisation hospitalière.

Pour les professionnels de terrain une formation plus pratique doit être orientée vers l'utilisation des fiches de signalement précoce. Comme le note Roussel P.¹⁴³, par exemple, *"la difficulté d'expression écrite de certains acteurs ne doit pas être méconnue"* ; l'évaluation de ce type de difficulté doit permettre un ajustement de la formation, voire des outils.

Il peut paraître intéressant que les différentes catégories professionnelles participent ensemble aux sessions de formation, et tout particulièrement les équipes médicales et soignantes.

Le financement d'une telle démarche doit aussi être envisagé ; il représente un signe d'engagement important.

Pour François P.¹⁴⁴ *"la gestion de la qualité doit être identifiée comme un enjeu au même titre que l'hygiène"* et s'inscrire dans un contrat d'objectifs et de moyens. C'est dans le même sens que pour Guimbaud B.¹⁴⁵ *"la mise en place de procédures d'amélioration des procédures doit pouvoir faire l'objet d'un contrat d'objectif et de moyens en interne"*.

Il paraît en effet difficile dans le contexte économique actuel d'envisager le redéploiement de moyens en interne, ni de mettre *"l'évaluation de la qualité en concurrence avec d'autres activités dans une compétition pour des moyens"*¹⁴⁶. Un tel projet nécessite toutefois des moyens matériels et humains qui devront être évalués et pourraient faire l'objet de contrats externes comme internes, et ce tout particulièrement dans le cadre des procédures d'accréditation. Nous tenons d'ailleurs à signaler que deux des établissements de notre étude s'étaient engagés dans ce type de contrat avec la tutelle dès 1998.

¹⁴³ Roussel P., op. cit., p. 140.

¹⁴⁴ François P. et al., op. cit., p. 201.

¹⁴⁵ Cours de Guimbaud B., op. cit.

¹⁴⁶ François P. et al., op. cit., p. 201.

Cette réflexion, dont l'objectif est de permettre la contribution de la commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques s'est en grande partie appuyé sur les constats de l'étude de terrain.

Une fois clarifiée la place de la commission de conciliation dans la gestion de la qualité et des risques, il est important de développer des relais qui donneront vie aux différents organes de cette gestion et satisferont les professionnels intéressés par cette démarche. D'autre part, "*l'interdépendance des actes de soins impose à cette démarche d'être participative*"¹⁴⁷, elle oblige l'adhésion de tous les acteurs et passe par le nécessaire développement d'un plan d'information, de formation, de financement.

Après cette réflexion de dimension institutionnelle, abordons celle qui peut être développée dans le cadre du projet du service de soins infirmiers.

3-3 Au projet du service de soins infirmiers

Comme cela a été abordé dans le cadre du projet institutionnel, la commission de conciliation peut s'intégrer dans une organisation de la gestion de la qualité et des risques au même titre que les vigilances traditionnelles.

Comme pour ces autres vigilances, il nous paraît souhaitable qu'un professionnel soit détaché sur une fonction transversale, qui l'amènera à participer aux missions de la commission de conciliation, mais aussi à d'autres fonctions en matière d'information, de formation, d'expertise.

L'infirmier général doit pour cela se donner les moyens d'une politique, développer des relations entre les acteurs, diversifier les modes de traitement des dysfonctionnements.

3-3-1 Se donner les moyens d'une politique

Après avoir fixé les objectifs attendus, l'infirmier général doit évaluer les besoins, négocier l'affectation d'un cadre en mission transversale, responsabiliser l'encadrement de proximité.

¹⁴⁷ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 421.

L'objectif attendu reste l'amélioration de la qualité des soins sur la base du traitement des dysfonctionnements, pour mieux répondre aux besoins des usagers.

L'atteinte de cet objectif repose sur différents principes qui doivent être énoncés dans le cadre du projet :

- aborder la qualité par la non qualité,
- rendre visible la non qualité pour pouvoir la traiter,
- ne pas sanctionner en cas de faute.

Le choix de traiter les dysfonctionnements en complémentarité au sein des unités, en transversalité au sein de l'établissement, doit également être retenu comme principe fondamental.

L'évaluation des besoins est un préalable à toute demande d'affectation de moyens.

Les missions confiées au professionnel qui participera à la commission doivent être définies, pour argumenter sa position sur une fonction transversale ; il peut s'agir de participer:

- aux travaux de la commission de conciliation,
- aux actions de formation et d'information,
- à des actions d'expertise et de conseil.

Une évaluation précise des besoins permettra alors, selon la taille de l'établissement, de définir la quotité de temps nécessaire pour répondre à ces missions.

Il reste à préciser cette fonction transversale.

L'affectation du professionnel qui siégera en commission et occupera cette fonction doit s'appuyer sur un profil de poste précisant les missions, les compétences attendues. Tenant compte de celui proposé par Anhoury P. et Viens G.¹⁴⁸, des différents entretiens menés avec les Directeurs de Service de Soins Infirmiers, nous avons construit ce que pourrait être le profil de poste d'un professionnel placé en mission transversale comme cadre infirmier conciliateur¹⁴⁹.

¹⁴⁸ Anhoury P. et Viens G., op. cit., p. 43.

¹⁴⁹ Cf. annexe 7.

Selon ses connaissances, une formation devra être envisagée ; des connaissances en matière de droit, de gestion de la qualité et des risques sont nécessaires. C'est grâce au développement de ces connaissances que des relations seront ensuite préconisées en vue d'améliorer l'information et la formation des personnels, la valorisation des travaux.

La participation à la commission de conciliation pouvant se limiter à un mandat de trois ans, une gestion prévisionnelle peut préparer le renouvellement de cet agent.

Enfin, si la place d'un cadre infirmier conciliateur paraît importante sur cette fonction transversale, celle des cadres de proximité est également fondamentale comme référent "qualité-risques" au sein des unités. Acteurs essentiels dans les relais et les travaux qui seront développés, ils doivent bénéficier d'une attention toute particulière de l'infirmier général

La responsabilisation des cadres de proximité passe par une nouvelle définition de leur fonction, en accord avec l'encadrement administratif et médical. Une priorité doit être donnée à la gestion de la qualité et des risques.

Un renfort de formation sur la base d'une évaluation des besoins doit pouvoir être inscrite au plan de formation permanente ; comme nous l'avons préconisé précédemment, il paraîtrait souhaitable qu'elle soit développée en commun avec l'encadrement médical.

3-3-2 Développer les relations entre les acteurs

S'appuyant sur les compétences des professionnels participant à la commission de conciliation des relations seront développées dans un souci d'information, de formation, de valorisation des travaux.

Dans un souci d'information des liens doivent être précisés entre la commission de conciliation, les unités, la C.S.S.I.

Comme nous l'avons décrit dans le projet institutionnel, l'information restant un élément essentiel pour promouvoir l'engagement des professionnels, pour pallier les craintes, les membres de la commission de conciliation, et tout particulièrement le cadre infirmier conciliateur, doivent pouvoir être sollicités pour participer à l'information.

Leur participation aux réunions de la C.S.S.I., des conseils de service, doit permettre la dispensation de conseils, la transmission de résultats, la présentation de travaux

Avec la C.S.S.I. des liens doivent être établis en dehors du rapport annuel préconisé par le dispositif réglementaire ; ce seul rapport paraissant insuffisant pour envisager une politique d'amélioration de la qualité des soins, comme a pu le pointer l'étude de terrain.

De façon plus informelle, ils doivent pouvoir être contactés directement par l'encadrement infirmier, invités à des réunions de service pour tout conseil nécessitant leur expertise.

Dans un souci de formation des liens doivent être précisés au sein de l'établissement.

Dans le cadre de la formation initiale et continue, sur la base des missions qui lui sont attribuées, le cadre infirmier conciliateur doit pouvoir être associés à l'élaboration et à la dispensation des enseignements.

Des actions de formation ponctuelles, au sein des unités, doivent également permettre le renforcement des compétences sur la base d'une évaluation régulière des besoins. Ce soutien semble notamment indispensable, pour la mise en place et le développement d'une politique de prévention primaire, de signalement précoce des événements indésirables.

Dans un souci de valorisation des travaux réalisés par les unités, à partir des recommandations de la commission, des liens doivent être développés au sein de l'établissement.

S'appuyant sur les recommandations de la commission et sur les orientations choisies au niveau stratégique, des travaux de recherche, d'évaluation doivent être développés. Soumis à l'avis de la C.S.S.I. ils s'attacheront à la résolution de problèmes récurrents, autant qu'à ceux plus spécifiques dans une unité. Les compétences des membres de la commission serviront de soutien technique dans l'avancée de ces travaux.

Les résultats qui émaneront de ces travaux, en terme d'amélioration des pratiques, pourront être utilisés sur l'établissement après validation par les différentes instances ainsi que par la cellule de gestion de la qualité et des risques.

Ils pourront enfin faire l'objet d'une information au sein de l'établissement, voire d'une publication dans la presse professionnelle.

3-3-3 Diversifier le traitement des dysfonctionnements

Le traitement des dysfonctionnements, comme cela a été largement évoqué au niveau de l'enquête, doit être développé en complémentarité au sein des unités, en transversalité au sein de l'établissement. Un préalable à ce traitement reste le développement du signalement précoce.

Le signalement précoce des effets indésirables est un élément essentiel au traitement des dysfonctionnements. Ce signalement doit être stimulé. De nombreuses résistances peuvent s'y opposer comme le manque de temps, les outils inadaptés, la crainte de sanction.

L'encadrement devra veiller à rappeler les principes développés précédemment et à signaler toute résistance pour permettre un soutien en matière d'information, de formation, voire d'amélioration des outils.

La priorité donnée par l'établissement et le service de soins infirmiers à la prévention primaire et au signalement précoce justifiera le soutien important de l'infirmier général auprès de l'encadrement. Ce soutien individuel face à un problème particulier pourra également être développé de façon collective à l'occasion des différentes réunions.

Le traitement en complémentarité, au sein des unités doit être développé.

Un dysfonctionnement est rarement le fait d'un seul acteur, mais beaucoup plus le résultat d'une organisation. Comme le souligne Gonnet F.¹⁵⁰, "*c'est seulement lorsqu'on aura compris la prestation, la qualité de la prestation fournie et surtout la façon dont les acteurs s'arrangent entre eux pour produire cette prestation, que l'on pourra efficacement remonter la chaîne en amont*".

Il paraît important qu'au sein des unités, des réflexions soient menées à partir :

- d'un constat d'anomalie, voire de plainte,
- de l'analyse des tableaux de bord préconisés dans le projet institutionnel,
- des recommandations de la commission de conciliation.

Ces réflexions doivent associer les équipes médicales autant que paramédicales ; animées par les responsables "qualité-risques", elles peuvent bénéficier du soutien technique du cadre infirmier conciliateur.

¹⁵⁰ Gonnet F., *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris, Editions Lamarre, 1992, p. 31.

Ces réflexions nécessitent du temps ; la gestion des ressources humaines devra le prévoir en terme de remplacements.

Le traitement en transversalité, au sein de l'établissement doit être valorisé.

L'organisation, à l'hôpital, "*se présente comme un organisme vivant dans lequel les fonctions, les groupes, les individus sont étroitement dépendants*"¹⁵¹, et le rôle prioritaire des responsables hiérarchiques donc, de l'infirmier général, est bien "*de faire travailler ensemble des professionnels nombreux dont les tendances fortes, nous l'avons vu, vont plutôt vers le cloisonnement*"¹⁵².

Comme nous l'avons noté au moment de l'enquête, tous les acteurs sont unanimes pour reconnaître que le fonctionnement actuel, la diminution de la durée de séjour, la spécialisation des unités augmentent les dysfonctionnements aux interfaces et obligent une réflexion transversale.

Torandeu J.C. souligne à ce sujet que "*la transversalité ou la primauté des processus par rapport aux fonctions est apparue dès l'instant où des besoins de coordination latérale l'ont emporté sur les bénéfices générés par la spécialisation des fonctions et des individus*"¹⁵³.

Cette réflexion professionnelle reste théorique et n'a pas la prétention de clore un débat, loin s'en faut ; elle ne s'appuie que sur quelques expériences et sur un dispositif réglementaire récent.

Nous avons simplement souhaité, après avoir situé la commission de conciliation dans le contexte actuel, nous appuyer sur les attentes de professionnels pour préconiser quelques orientations allant dans le sens de sa contribution à la gestion et la qualité des risques.

Si le projet institutionnel clarifie le niveau de traitement et les relais, le projet de service de soins infirmiers développe une logique de gestion transversale des dysfonctionnements.

Quoi qu'il en soit l'engagement de tous les acteurs reste nécessaire, et principalement celui des différents responsables dont l'infirmier général.

¹⁵¹ Gonnet F., op. cit. p. 30.

¹⁵² Gonnet F., op. cit. , p. 245.

¹⁵³ Torandeu J.C., *De nouvelles formes d'organisation pour l'entreprise. La gestion par les processus*, Management et organisation des entreprises, Cahiers français n° 287, p.40

CONCLUSION

CONCLUSION

Au moment où les établissements de santé mettent en place la commission de conciliation, la circulaire du 1^{er} juin 1999¹⁵⁴ précise "*la commission occupe de fait une place d'observation privilégiée de certains dysfonctionnements*", mais "*il ne s'agit pas pour autant d'en faire une commission de la qualité*". C'est aussi l'avis de nombreux acteurs, dans une approche plus juridique que qualicienne.

Notre question de départ, "*en quoi la commission de conciliation peut-elle contribuer à la gestion de la qualité et des risques ?*" était donc audacieuse ; pourtant l'approche théorique, autant que l'étude de terrain ont conforté ce questionnement.

Dans les établissements qui dès 1994 ont mis en place ces commissions, même si elles ne répondaient pas parfaitement au dispositif réglementaire, les commissions de conciliation n'ont pas été de simples "*chambres d'enregistrement*". Elles ont contribué à la gestion de la qualité et des risques, par le développement de nouvelles relations entre les acteurs, par l'intégration des données issues de la gestion des plaintes dans le traitement des dysfonctionnements.

La commission de conciliation peut donc être un organe de gestion de la qualité et des risques ; toutefois, et ce essentiellement dans les établissements de taille importante, certains points faibles ont été notés. Il s'agit d'un défaut de communication avec les unités et entre les différents organes de gestion de la qualité et des risques ; des craintes face à ce "*changement de culture*" ont également pu être appréciées.

Après avoir situé la commission de conciliation dans le contexte hospitalier actuel, une réflexion professionnelle permet d'émettre quelques propositions allant dans le sens d'une meilleure contribution de cette commission à la gestion de la qualité et des risques. L'infirmier général y participe dans le cadre du projet institutionnel autant que du projet du service de soins infirmiers.

Un projet institutionnel envisage la modélisation des relations à partir d'une clarification des fonctions des différents organes. Ce projet ne s'entend sans l'engagement de tous les professionnels et la participation effective de l'infirmier général.

¹⁵⁴ Circulaire DH/AF 1 n° 99-317, op. cit., p. 74.

Sa position, en qualité de Directeur du Service de Soins Infirmiers, lui permet de mettre en place une politique tendant à développer de nouvelles formes de relation entre les acteurs, à diversifier le mode de traitement des dysfonctionnements. Ces nouveaux modes de traitement vont dans le sens d'une approche plus transversale de l'analyse des organisations, et oblige *"à chaîner l'ensemble des procédures, processus et interfaces nécessaires à la réalisation d'un acte"*¹⁵⁵.

Ceci paraît particulièrement important aujourd'hui car, si *"la qualité s'accommode d'une approche fragmentée de l'activité hospitalière...l'accréditation suppose une approche globale de l'hôpital dès lors que l'on respecte les deux objectifs explicites de l'ordonnance (amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) et l'objectif implicite du législateur (... tout en maîtrisant les dépenses de santé)"*¹⁵⁶.

Alors, au moment où l'hôpital doit s'engager dans cette procédure d'accréditation, la mise en place de la commission de conciliation, sa contribution à la gestion de la qualité et des risques, mais aussi *"les changements attendus"* par ces nouveaux modes de fonctionnement, ne peuvent que participer à une l'évolution rendue nécessaire. Il s'agit, pour l'hôpital de la fin du XX^e siècle de prendre en compte des exigences de qualité, de rationalité, mais aussi et surtout de développer des systèmes de prévention qui répondent à un droit fondamental pour les usagers, la sécurité.

¹⁵⁵ Leteurtre H. et al., *L'accréditation hospitalière. Gestion et services de soins*, Paris, Berger-Levrault, 1996, p. 23.

¹⁵⁶ Leteurtre H. et al., op. cit., p. 23.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- **Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé**, *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Paris, A.N.A.E.S., 1999.
- **Anhoury et Viens G.**, *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital*, Paris, ESF Editeurs, 1994.
- **Arbuz G. et Debrosse D.**, *Réussir le changement à l'hôpital*, Paris, InterEditions, 1996.
- **Budet J.M. et Blondel F.**, *La réforme de l'hospitalisation publique et privée, les clés de l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996*, Editions Berger-Levrault, 1997.
- **Cremadez M. et Grateau F.**, *Le management stratégique hospitalier: 2^{ème} édition revue et augmentée*, Paris, InterEditions, 1997 (2^{ème} édition).
- **Dumoulin J.L.**, *Clients satisfaits, entreprise gagnante*, Paris, Les éditions d'organisation, 1994.
- **Friedberg E.**, *Le Pouvoir et la règle*, Paris, Editions du Seuil, 1993.
- **Gonnet F.**, *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris, Editions Lamarre, 1992.
- **Jean P.**, *La charte du patient hospitalisé*, Paris, Berger-Levrault, 1996.
- **Lemaire J.F. et Nimbait J.L.**, *La responsabilité médicale*, Paris, P.U.F, 1985.
- **Léonard J.L.**, *Manager autrement. Les outils du management hospitalier*, Paris, TSA Editions, 1994.
- **Leteurte H. et al.**, *L'accréditation hospitalière. Gestion et service de soins*, Paris, Berger-Levrault, 1996.
- **Lucas-Baloup I.**, *Commission de conciliation à l'hôpital public et privé en 40 questions*, Evreux, SCROF, 1999.
- **Michel S.**, *Peut-on gérer les motivations ?*, Paris, P.U.F., 1989.
- **Muchelli et Hart**, *Soigner l'hôpital*, Paris, Lamarre, 1994.
- **Orgogozzo I.**, *Les paradoxes du management. Des châteaux forts aux cloisons mobiles*, Paris, Les Editions de l'Organisation, 1991.
- **Six J.F.**, *Dynamique de la médiation*, Paris, Désirée de Brouwer, 1995.

REVUES

- **Bonnet F. et al.**, *Droit des patients : deux expériences de terrain*, "Gestions Hospitalières"
mars 1997, n° 364, p. 195-203.
- **Charignon R.**, *La commission de conciliation dans les établissements de santé : une résurrection*, "Gestions Hospitalières", août-sept. 1997, n° 368, p. 489-494.
- **Chillon S. et Brossault P.**, *"Vox clamat in deserto" ou le malentendu de la conciliation médicale*, "Gazette du Palais", 16 et 17 juin 1999, n° 167-168, p. 47-53.
- **Daubech L.**, *Le statut du patient hospitalisé, vers l'incertitude juridique ?*, "Gazette du Palais", vendredi 20 - samedi 21 fév. 1998, n° 51-52, p. 12-18.
- **Dumay M.F.**, *Mise en place de la démarche de prévention-gestion des risques*, "Objectif soins"
mai 1998, n° 64, p. 15-16.
- **François P. et al.**, *Développement de l'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé universitaires : stratégies de mise en œuvre d'une démarche qualité*, "Journal d'économie médicale", juil.-août 1996, n° 4-5, p. 195-203.
- **Garay A.**, *Rapport de synthèse ; quels droits des patients ?* "Gazette du Palais", vendredi 20 - samedi 21 fév. 1998, n° 51-52, p. 21-25.
- **Gassée J.P. et al.**, *Les plaintes de patients constituent-elles un indicateur utile pour l'amélioration de la qualité des soins*, "Gestions Hospitalières", mai 1996, n° 356, p. 389-392.
- **Gassée J.P. et Meiresonne A.**, *Lettres de plaintes de patients. Analyse comparative de trois types de services*, "Gestions Hospitalières", mars 1997, n° 364, p. 208-211.
- **Guimbaud B.**, *La gestion des risques : la première des démarches qualité*, "Perspectives Sanitaires et Sociales", 1996, n° 129, p. 30-31.
- **Guimbaud B.**, *La gestion des plaintes à l'hôpital*, "D.H. Magazine", fév.-mars 1997, n° 49,
p. 13-15.
- **Guimbaud B.**, *Le programme SHAM d'aide à la gestion des risques*, "Revue Hospitalière de France"
janv.-fév. 1998, n° 1, p. 55-60.
- **Guimbaud B.**, *La mise en place à l'hôpital d'une démarche de gestion des risques*, "Techniques Hospitalières", nov. 1998, n° 631, p. 30-35.

- **Jean P. et Herzog V.**, *Droit des patients. Le décret du 2 novembre 1998, relatif à la commission de conciliation et à la médiation médicale*, "Gestions Hospitalières", déc. 1998, n° 381, p. 780-784.
- **Herzog V.**, *Les enjeux de la commission de conciliation et de la médiation médicale*, "Entreprise santé", déc. 1998, n° 18, p. 25-27.
- **Regnoux A.M.**, *La prévention du contentieux. La gestion des risques : un mode de prévention du contentieux de la responsabilité*, "Entreprise Santé", déc. 1998, n° 18, pages 28-29.
- **Roussel P.**, *Amélioration continue de la qualité et mise en œuvre d'un système de notification des anomalies*, "Transfus Clin Biol.", 1999, n° 6, p. 136-141.
- **Sicot C.**, *La lettre du Sou Médical : des explications et des excuses*, "Le Concours Médical" mai 1996, n° 21, p. 1464-1465.
- **Torandeu J.C.**, *De nouvelles formes d'organisation pour l'entreprise. La gestion par les processus*, "Management et organisation des entreprises", 1997, Cahiers français n° 287, p. 39-46.

RAPPORTS

- **Evin C.**, *Les droits de la personne malade*, rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social, séance des 11-12 juin 1996, Avis et rapport du Conseil Economique et Social, n° 16, Journal Officiel
- **Synthèse des Discussions** lors du colloque sur la Médiation Médicale et la Commission de Conciliation, C.H.U. de Dijon, 17 oct. 1997.

TRAVAUX NON-PUBLIES

- **Charignon R.**, *La nouvelle charte du patient hospitalisé : vers une rénovation des rapports entre l'usager et l'hôpital public ? Une tentative de mise en place au Centre Hospitalier de Valence*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe - E.N.S.P., déc. 1996.
- **Couloudou L.**, *Le risque responsabilité civile au C.H.S. de Cadillac ; la mise en place d'une démarche complémentaire à l'assurance : la gestion préventive des risques*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe - E.N.S.P., déc. 1997.

- **Fouillat C.**, *Faire vivre le conseil de service : contribution de l'infirmière générale*, Formation des infirmiers généraux - E.N.S.P., oct. 1998.
- **Lossier A.C.**, *La place de l'usager à l'hôpital public : bilan et perspectives au Centre Hospitalier de la Côte Basque*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe - E.N.S.P., déc. 1998.
- **Raverat L.**, *La mise en place de la conciliation médicale à l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris et au groupe hospitalier Necker-enfants malades*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe – E.N.S.P., déc. 1992.
- **Rey-Cadeac F.**, *La conciliation médicale. Structures et finalités*, Université de Rennes I - Faculté de droit et de sciences politiques, 1998.
- **Soubié C.**, *La mesure de la satisfaction des patients au C.H.U. de Bordeaux*, Formation des élèves directeurs d'hôpital de 3^{ème} classe - E.N.S.P., déc. 1998.
- **Tourne C.**, *Les modes de coopération au sein d'un comité stratégique : pour réussir le changement?*, Formation des infirmiers généraux - E.N.S.P., oct. 1998.

DISPOSITIF LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

- **Loi n° 91-748** du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- **Loi n° 94-653** du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain.
- **Loi n° 94-654** du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale, à la procréation et au diagnostic prénatal.
- **Ordonnance n° 96-346** du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- **Décret n°81-852** du 15 mai 1981 relatif aux conciliateurs médicaux.
- **Décret n° 89-758** du 18 octobre 1989 modifié par le décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 portant statut particuliers des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.
- **Décret n° 93-345** du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- **Décret n° 98-1001** du 2 novembre 1998 relatif à la commission de conciliation.
- **Circulaire DGS/DH n° 95-22** du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.
- **Circulaire DH/AF 1 n° 99-317** du 1^{er} juin 1999 relative à la commission de conciliation.

ANNEXES

Annexe 1

Terrain d'enquête

Annexe 2

Guides d'entretien

Annexe 3

Schéma de fonctionnement du traitement
d'une plainte au cours d'une séance

Annexe 4

Schéma des différents relais préconisés dans le cadre
du traitement d'une plainte avérée ou non,
en vue d'améliorer la qualité des soins

Annexe 5

Schéma de procédure de traitement des plaintes
au Centre Hospitalier de Montauban

Annexe 6

Fiche signalétique des événements indésirables

Annexe 7

Profil de poste

Annexe 1 : Terrain d'enquête

TERRAIN D'ENQUETE

COMPOSITION DE LA COMMISSION AVANT LE 7 MAI 1999

	A	B	C	D	E
Type d'établissement	C.H.U.	C.H.	C.H.	C.H.	C.L.C.C.
Ville	Toulouse	Tulle	Montauban	Foix-Pamiers	Toulouse
Nombre de lits	3.134	599	1.091	534	307
Année de constitution	1996	1997	1995	1998	1994
COMPOSITION DE LA COMMISSION					
Directeur Général ou Directeur		1		1	
Président de la Commission Médicale d'Etablissement		1	1	1	
Directeur du Service de Soins Infirmiers		1	1	1	1
Directeur	1	1	1	1	
Médecin	1	2		1	1
<u>Cadre infirmier</u>	1	1		1	
Infirmier				1	
Usagers			4	2	
AUTRES PROFESSIONNELS :					
Assistante sociale					1
Ingénieur				1	

TERRAIN D'ENQUETE
PERSONNES INTERVIEWEES

	A	B	C	D	E
<u>Type d'établissement</u>	C.H.U.	C.H.	C.H.	C.H.	C.L.C.C.
Ville	Toulouse	Tulle	Montauban	Foix-Pamiers	Toulouse
Nombre de lits	3.134	599	1.091	534	307
Année de constitution	1996	1997	1995	1998	1994
ENTRETIENS DIRECTIFS					
Directeur Général	1				
Président de la Commission Médicale d'Etablissement	1				
Directeur du Service de Soins Infirmiers	1	1	1	1	1
Directeur de la Gestion de la Qualité et des Risques	1				
Ingénieur de la Gestion des Risques	1			1	
Directeur siégeant en commission de conciliation	1		1	1	
Médecin siégeant en commission de conciliation	1			1	1
Cadre infirmier siégeant en commission de conciliation	1				
Usagers siégeant en commission de conciliation			1	1	
ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS					
Directeur	1				
Infirmière générale	1				
Surveillante chef	3				
Surveillante	3				
Médecin	3				
ENTRETIENS NON-DIRECTIFS					
Usagers	2				

TERRAIN D'ENQUETE
PERSONNES INTERVIEWEES

	A	B	C	D	E
<u>Type d'établissement</u>	C.H.U.	C.H.	C.H.	C.H.	C.L.C.C.
Ville	Toulouse	Tulle	Montauban	Foix-Pamiers	Toulouse
Nombre de lits	3.134	599	1.091	534	307
Année de constitution	1996	1997	1995	1998	1994
ENTRETIENS DIRECTIFS					
Directeur Général	1				
Président de la Commission Médicale d'Etablissement	1				
Directeur du Service de Soins Infirmiers	1	1	1	1	1
Directeur de la Gestion de la Qualité et des Risques	1				
Ingénieur de la Gestion des Risques	1			1	
Directeur siégeant en commission de conciliation	1		1	1	
Médecin siégeant en commission de conciliation	1			1	1
Cadre infirmier siégeant en commission de conciliation	1				
Usagers siégeant en commission de conciliation			1	1	
ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS					
Directeur	1				
Infirmière générale	1				
Surveillante chef	3				
Surveillante	3				
Médecin	3				
ENTRETIENS NON-DIRECTIFS					
Usagers	2				

Annexe 2 : Guides d'entretien

Guide d'entretien directif

Avec les promoteurs de la commission de conciliation, les gestionnaires de la qualité et des risques :

- les directeurs d'établissement,
- les présidents de la commission médicale d'établissement,
- les directeurs du service de soins infirmiers,
- les directeurs de la gestion de la qualité et des risques,
- les ingénieurs de la gestion de la qualité et des risques.

Une commission de conciliation fonctionne dans votre établissement :

- Quelle est son appellation exacte ?
- Depuis quand fonctionne-t-elle ?
- Qui y participe ?
- Quelles en sont les missions ?
- Quel en sont les enjeux ?
- Quel en est le fonctionnement ?
- Comment cette instance est-elle saisie ?
- Quelles sont ses relations avec la cellule d'analyse de satisfaction des usagers ?
- Quelles sont ses relations avec les autres instances (C.A., C.M.E., C.S.S.I., C.S.) ?
- Quelles sont ses relations avec les partenaires hospitaliers (unités de soins, directions) ?

- Pourquoi le service infirmier a-t-il, selon vous, une place dans cette instance ?
- Quelle est la nature de sa participation (relations avec les usagers, traitements et prévention des plaintes) ?
- Quel est le grade des personnels du service de soins infirmiers qui y siègent ?
- Quel est leur niveau de formation ?

- Pensez-vous que la commission de conciliation constitue un changement pour l'hôpital ? Si oui, en quoi ?
- Pensez-vous que la commission de conciliation peut contribuer à la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital ? Si oui, en quoi ?
- Quelles évolutions avez-vous envisagées pour la commission reconstituée ?

Guide d'entretien directif

Avec les personnes siégeant en commission de conciliation :

- les directeurs,
- les médecins,
- les membres du service de soins infirmiers,
- les usagers.

Vous participez à la commission de conciliation :

- Depuis quand y participez-vous ?
- Quelle est la nature de votre participation (relations avec les usagers, traitements et prévention des plaintes) ?
- Qui d'autre y participe ?
- Quel est le mode de fonctionnement entre ces différents membres ?
- Qui est saisi en cas de plaintes ?
- Quand êtes vous plus précisément saisi ?
- Comment s'organise alors votre action ?
- Auprès de qui rendez-vous compte de vos observations ?
- Quelles suites sont données à vos conclusions vis-à-vis du dossier traité, de façon plus générale (unités de soins, hôpital) ?
- Vos conclusions dans le traitement d'une plainte font-elles l'objet d'actions d'amélioration de la qualité des soins au sein de l'hôpital ?
- Quelles sont vos relations avec la cellule d'analyse de satisfaction des usagers ?
- Quelles sont vos relations avec les autres instances (C.A., C.M.E., C.S.S.I., C.S.) ?
- Quelles sont vos relations avec les partenaires hospitaliers (unités de soins, directions) ?

- Ce fonctionnement vous satisfait-il ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans le fonctionnement ?

- Pourquoi le service infirmier a-t-il, selon vous, une place dans cette instance ?
- Quel est le grade des personnels du service de soins infirmiers qui y siègent ?
- Quel est le niveau de formation ?
- Quelle est la nature de sa participation ?

- Pensez-vous que la commission de conciliation constitue un changement pour l'hôpital ? si oui, en quoi ?

- Pensez-vous que la commission de conciliation peut contribuer à la gestion de la qualité et des risques à l'hôpital ? Si oui, en quoi ?
- Quelles évolutions devraient être envisagées pour la commission reconstituée ?

Guide d'entretien semi-directif

Avec les utilisateurs de la commission de conciliation :

- les directeurs,
- les infirmières générales,
- les infirmières surveillantes chefs,
- les infirmières surveillantes,
- les médecins.

Pouvez-vous m'expliquer le trajet d'une plainte émise depuis une unité de soins dont vous avez la responsabilité ?

"Repérer si la commission de conciliation est citée"

Quels sont, selon vous les points forts et les points faibles qui ressortent de ce traitement ?
Qu'en attendriez-vous ?

Guide d'entretien non-directif

Avec les usagers :

Vous avez bénéficié d'un entretien de médiation. Que pourriez-vous m'en dire ?

**Annexe 3 : Schéma de fonctionnement
du traitement d'une plainte
au cours d'une séance**

**Annexe 4 : Schéma des différents relais
préconisés dans le cadre du traitement
d'une plainte avérée ou non,
en vue d'améliorer la qualité des soins**

**Annexe 5 : Schéma de procédure de
traitement des plaintes
au Centre Hospitalier de Montauban**

Annexe 6 : Fiche signalétique des événements indésirables

Annexe 7 : Profil de poste

PROFIL DE POSTE

Cadre infirmier conciliateur

Placé sous l'autorité du Directeur de Service de Soins Infirmiers, il participe au développement d'un programme de gestion de la qualité et des risques, dans le respect de la réglementation et dans le cadre de ses fonctions au sein de la commission de conciliation.

SES MISSIONS peuvent être classées en trois catégories : sa participation aux travaux de la commission de conciliation, sa participation aux actions de formation et d'information, sa participation à des actions d'expertise et de conseil.

↪ En collaboration avec les autres membres de la commission de conciliation, il participe :

- au recueil et à l'analyse des fiches de signalement précoce,
- au recueil et à l'instruction des dossiers de réclamation,
- à l'animation des permanences,
- à l'animation d'entretiens de conciliation,
- à l'argumentation des dossiers dans le cadre des réunions de la commission,
- à la rédaction des recommandations dans le cadre du rapport d'activité.

↪ Il participe également dans le cadre de la gestion de la qualité et des risques :

- à des actions de diagnostic, d'élaboration d'outils, d'évaluation de pratiques,
- à des actions en matière de mesure de la satisfaction des usagers,
- à des actions d'enseignement dans les centres de formation initiale et continue,
- à des actions d'information au sein des réunions et auprès des instances.

↪ Il peut être sollicité à titre de conseil ou d'expertise :

- par le Directeur du Service de Soins Infirmiers,
- par l'encadrement infirmier.

DES COMPETENCES sont attendues pour répondre à ces missions :

↪ Il doit posséder ou être capable d'acquérir rapidement :

- des connaissances juridiques,
- des connaissances en matière de gestion de la qualité et des risques.

↪ Il doit posséder :

- une connaissance de l'organisation hospitalière en matière de dispensation des soins, mais également dans le domaine des activités administratives et logistiques,
- des qualités d'analyse et de synthèse,
- des qualités de communication et de négociation,
- des qualités pédagogiques

↳ Il doit savoir faire preuve de tact, de discrétion et de diplomatie.

Il doit s'agir d'un infirmier surveillant bénéficiant de trois à cinq ans d'expérience dans une fonction d'encadrement d'unité de soins, et siégeant en Commission du Service de Soins Infirmiers.

Ces missions lui sont confiées pour une durée de 3 ans renouvelables.