



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Mémoire de Fin d'Étude
FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX
Jury : 30 et 31 octobre 2000

**L'INSERTION DU PROJET DE SOINS INFIRMIERS DANS LE
PROJET D'ETABLISSEMENT :**

**UNE NEGOCIATION A MENER POUR L'INFIRMIERE
GENERALE.**

Nicole ROYER COHEN

L'École Nationale de la Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Je remercie très sincèrement les personnes, Infirmières Générales, Directeurs et Médecins, qui ont bien voulu se prêter au jeu de l'entretien.
Je les remercie pour l'authenticité de leur discours.

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	1
1. CHAPÎTRE PREMIER. LA CONSTRUCTION DE LA PROBLÉMATIQUE.	3
1.1. LE QUESTIONNEMENT DE DÉPART.....	3
1.2. L'ENVIRONNEMENT THÉORIQUE DE LA PROBLÉMATIQUE.	4
1.2.1. <i>Le contexte réglementaire</i>	4
1.2.1.1. La loi de 1991 :	4
1.2.1.2. Les ordonnances de 1996.....	5
1.2.1.3. Le manuel d'accréditation de 1998-1999.....	6
1.2.2. <i>Les caractéristiques de l'institution hospitalière comme « bureaucratie professionnelle », selon Mintzberg</i>	7
1.2.2.1. Un centre opérationnel important.....	8
1.2.2.2. Des mécanismes de coordination peu nombreux.	8
1.2.2.3. Une technostructure légère.....	8
1.2.2.4. Un support logistique développé.....	9
1.2.2.5. La place particulière du Directeur Général au sein du sommet stratégique.....	9
1.2.2.6. Une rupture de la ligne hiérarchique entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.	9
1.2.3. <i>L'analyse stratégique comme modèle pour comprendre l'organisation.</i>	10
1.2.3.1. L'acteur et sa stratégie :	11
1.2.3.2. Sa rationalité est limitée.....	11
1.2.3.3. Le pouvoir est une relation.....	12
1.2.3.4. Les acteurs constituent un système d'action concret.....	13
1.2.4. <i>La négociation dans les actions collectives à l'hôpital.</i>	14
1.2.4.1. La tension comme support de la négociation :	14
1.2.4.2. La négociation, une relation complexe entre les acteurs	15
1.2.4.3. Une négociation structurée.....	15

HYPOTHÈSES :	17
2. CHAPITRE DEUX. L'ENQUETE.	18
2.1. LA MÉTHODOLOGIE UTILISÉE :	18
2.1.1. <i>L'analyse des projets des services de soins infirmiers.</i>	18
2.1.1.1. Le choix des projets :	18
2.1.1.2. Les indicateurs retenus : description et justification.	19
2.1.1.2.1. Les références	19
2.1.1.2.2. Les valeurs et la philosophie sous jacentes.	19
2.1.1.2.3. La démarche	20
2.1.1.2.4. Le contenu :	20
2.1.1.2.5. L'aspect dynamique :	20
2.1.2. <i>Les entretiens :</i>	20
2.1.2.1. Déroulement des entretiens :	21
2.1.2.2. La population interviewée	21
2.1.2.3. Les thèmes abordés dans les entretiens.	22
2.1.2.3.1. L'histoire des premiers projets :	22
2.1.2.3.2. Et la projection dans les seconds :	22
2.1.3. <i>Les limites méthodologiques.</i>	22
2.1.3.1. De l'analyse des projets :	22
2.1.3.2. Des entretiens.	23
2.2. LES RÉSULTATS DE L'ENQUETE :	24
2.2.1. <i>L'analyse des Projets des services de soins infirmiers :</i>	24
2.2.1.1. Les résultats de l'observation des PSSI.	24
2.2.1.1.1. Les références structurelles :	24
2.2.1.1.2. Les références culturelles :	25
2.2.1.1.3. La démarche.	25
2.2.1.1.4. Le contenu :	26
2.2.1.1.5. L'aspect dynamique :	26

2.2.1.2.	Analyse de ces résultats.....	27
2.2.1.2.1.	Mise en évidence de deux grands principes :.....	27
2.2.1.2.2.	La cohérence avec les Projets d'établissement.	27
2.2.1.2.3.	Confirmation de la première hypothèse opérationnelle.	28
2.2.1.2.4.	La lecture théorique de ces résultats.....	29
2.2.2.	<i>Les entretiens</i>	29
2.2.2.1.	L'expérience des premiers projets.....	30
2.2.2.1.1.	Méthode employée dans la construction des premiers projets :.....	30
2.2.2.1.2.	Les difficultés et les ressources :.....	32
2.2.2.1.3.	L'articulation des différents projets.....	35
2.2.2.1.4.	Bilan effectué par les différents acteurs.....	36
2.2.2.2.	Les enseignements tirés des premiers projets :.....	37
2.2.2.2.1.	Le choix de la démarche.....	38
2.2.2.2.2.	Les choix stratégiques :.....	39
2.2.2.3.	Les opinions des acteurs sur la coopération possible.....	41
2.2.2.3.1.	Une coopération nécessaire :.....	42
2.2.2.3.2.	Une coopération difficile :.....	43
2.2.2.3.3.	Un décalage temporel :.....	44
2.2.2.4.	La lecture théorique de ces résultats.....	45
2.2.2.4.1.	En référence à Mintzberg :.....	46
2.2.2.4.2.	En référence à Crozier et Friedberg :.....	47
2.2.2.5.	Les opinions des acteurs sur la négociation dans la construction des projets :.....	48
2.2.2.5.1.	Le terrain de la négociation :.....	48
2.2.2.5.2.	Les freins à la négociation.....	49
2.2.2.5.3.	Les aides à la négociation.....	50
3.	CHAPÎTRE TROIS. LA PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE.....	52
3.1.	RAPPEL DES ÉLÉMENTS FORTS ÉMERGEANT DE NOTRE ÉTUDE.....	53
3.1.1.	<i>Les derniers textes</i> :.....	53
3.1.2.	<i>Les professionnels ont l'intention de collaborer</i>	54
3.1.3.	<i>Ils ont encore des objectifs corporatistes</i>	54
3.1.4.	<i>Il existe un « ciment symbolique »</i>	54

3.1.5.	<i>La question du champ de compétence</i>	54
3.1.6.	<i>Les tiers</i>	55
3.1.7.	<i>L'environnement politico-économique</i>	55
3.1.8.	<i>Il existe des freins culturels et structurels</i>	55
3.2.	LES PROJETS COMME TERREAU DE LA NÉGOCIATION HOSPITALIÈRE.....	55
3.2.1.	<i>La coopération des professionnels dans les différentes phases du projet d'établissement</i>	56
3.2.1.1.	La détermination de la vocation et des finalités de l'établissement :.....	56
3.2.1.1.1.	Une étape fondamentale.	56
3.2.1.1.2.	À laquelle participe le service infirmier.....	56
3.2.1.1.3.	Les autres professionnels de l'établissement.	57
3.2.1.1.4.	Les usagers.	57
3.2.1.1.5.	Et les représentants des tutelles.	57
3.2.1.2.	Le diagnostic externe :	58
3.2.1.2.1.	Objectif :.....	58
3.2.1.2.2.	Et stratégie possible de l'IG :.....	58
3.2.1.3.	Le diagnostic interne.....	58
3.2.1.3.1.	Objectif :.....	58
3.2.1.3.2.	Et stratégie possible de l'IG :.....	59
3.2.1.4.	La phase stratégique :.....	59
3.2.1.4.1.	Le positionnement stratégique.....	59
3.2.1.4.2.	Le choix des options stratégiques :.....	59
3.2.1.5.	La phase opérationnelle :	60
3.2.1.5.1.	La programmation des actions :.....	60
3.2.1.5.2.	L'évaluation des moyens humains, techniques, financiers.	60
3.2.1.5.3.	La coordination.....	60
3.2.1.6.	La phase d'affectation des moyens.....	61
3.2.2.	<i>La coopération des professionnels dans les différentes phases du Projet de service de soins infirmiers</i>	61
3.2.2.1.	La détermination de la vocation et des finalités du service de soins infirmiers.....	61
3.2.2.1.1.	Une phase d'ouverture.....	61
3.2.2.1.2.	Une phase de négociation.	62
3.2.2.2.	Le diagnostic : les forces et les faiblesses.	62
3.2.2.2.1.	Une enquête au sein du service infirmier.....	62

3.2.2.2.2.	Une enquête auprès des autres professionnels de l'institution.....	63
3.2.2.2.3.	Une enquête de satisfaction auprès des usagers.....	63
3.2.2.2.4.	Une enquête auprès des professionnels de ville.....	63
3.2.2.3.	Le choix des options stratégiques.....	64
3.2.2.3.1.	Une phase d'insertion dans les orientations institutionnelles.....	64
3.2.2.3.2.	Une phase d'ouverture et de négociation.....	64
3.2.2.3.3.	Une phase de management.....	65
3.2.2.4.	La phase opérationnelle :	65
3.2.2.4.1.	La programmation des actions.....	65
3.2.2.4.2.	L'évaluation des moyens humains, techniques, financiers.....	65
3.2.2.4.3.	La coordination.....	66
3.2.2.5.	La phase de suivi des résultats et de contrôle.....	66
3.2.3.	<i>La coopération des professionnels dans les différentes phases du Projet médical.</i>	67
3.2.4.	<i>La coopération avec les usagers</i>	67
3.2.4.1.1.	Des bénéfices pour les professionnels :	67
3.2.4.1.2.	Des bénéfices pour les usagers :	68
CONCLUSION		69
BIBLIOGRAPHIE		71
ANNEXES.....		75

SIGLES UTILISÉS

A.R.H. : Agence Régionale d'Hospitalisation.

C.O.M. : Contrat d'Objectifs et de Moyens.

C.M.E. : Commission Médicale d'Etablissement.

C.T.R.S.I. : Conseillère Technique Régionale en Soins Infirmiers.

D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

D.S.S.I. : Directrice ou Direction du service de Soins Infirmiers.

I.G. : Infirmière Générale.

P.S.S.I. : Projet de Service de Soins Infirmiers.

S.R.O.S.S. : Schéma régional d'Organisation Sanitaire et sociale.

INTRODUCTION :

Entre 1999 et 2003, les établissements hospitaliers doivent élaborer des projets d'établissement de deuxième génération. Ceux-ci sont constitués des différents projets catégoriels de l'institution hospitalière. Le projet du service de soins infirmiers en est un, parmi d'autres, gravitant autour du projet central, le projet médical.

On peut définir les projets d'établissement de la façon suivante¹ :

« Le projet d'établissement est une démarche globale d'un établissement hospitalier, visant à mobiliser ses ressources dans un environnement partagé et connu de tous, et adapté aux caractéristiques de son environnement.

Il s'appuie sur des choix d'objectifs et d'actions, visant à orienter de manière déterminante et pour le moyen terme, les activités et le fonctionnement de l'établissement.

Il débouche sur la mise en œuvre cohérente et programmée d'actions articulées entre elles, dans le cadre des orientations définies pour la performance de l'établissement, au regard de son environnement spécifique et de l'ensemble du tissu sanitaire. »

Ces projets représentent concrètement la façon dont les professionnels voient l'avenir de leur établissement. Considérés par les tutelles comme un engagement des établissements et des professionnels qui le composent, ils constituent, de ce fait, une prise de responsabilité affichée et publique. Certaines des axes stratégiques déclinés dans les projets d'établissement donneront lieu à des actions soumises à contrat avec l'ARH², contrats dits "d'objectifs et de moyens", dans lesquels seront énumérés à la fois les objectifs de l'établissement, leur finalité et les actions entreprises : à la charge des établissements de décliner des projets pertinents, réalistes, point trop ambitieux sur le plan des moyens, et correspondant aux orientations des politiques publiques de santé.

Depuis les premiers projets, le contexte environnemental a changé : les professionnels y sont beaucoup plus sensibles ; ils ont une approche plus globale, plus éclairée et savent qu'ils auront à renouveler en profondeur leurs pratiques. À la

¹ « Bâtir un projet d'établissement » in Informations Hospitalières, n°38, novembre 1992, ed Ministère de la Santé et de l'action humanitaire, p19.

² Agence Régionale d'Hospitalisation

suite des ordonnances de 96³, les usagers ont pris place dans les conseils d'administration de l'hôpital, l'ARH est née, avec une mission de contrôle et de distribution des moyens sur le plan régional, l'accréditation est en marche.

Des états généraux de la santé, des conférences nationales et régionales de santé tracent, concomitamment au SROS les priorités que devront prendre en compte les établissements dans leurs projets, afin de répondre aux besoins constatés, de la population. Ces changements importants dans le paysage hospitalier exigent des professionnels et des établissements, de penser leurs projets avec le plus grand sérieux.

Les premiers projets, parfois considérés comme des exercices de style et pour la plupart constitués d'une juxtaposition de projets catégoriels, répondaient, sans trop y croire, à des injonctions législatives. Ce n'est plus le cas et ce n'est plus possible aujourd'hui. Les médecins comprennent enfin que l'hôpital est leur outil de travail, et qu'il est du domaine public. Les directeurs ont à administrer de façon efficiente et les soignants, dont les infirmières, ont à s'intégrer dans cette démarche sans tarder, car leur présence continue au lit du malade devenu "usager" ou "client" , la spécificité de leurs pratiques leur confèrent des connaissances qui comptent dans la réflexion sur l'avenir de l'hôpital.

Les infirmières et le service infirmier dirigé par une IG⁴ ont un rôle important à jouer, par le biais du projet de service de soins infirmiers (PSSI)⁵ rendu transversal par les interfaces nombreuses avec les autres projets catégoriels (médical, social, informatique, hôtelier etc ...).

La connaissance que les infirmières ont d'une certaine demande des usagers ne rend-elle pas légitime, dans l'intérêt public, leur intégration *a priori* dans la réflexion sur l'avenir des établissements et la construction des projets ?

« Les barrières à la communication entre les différents corps s'abattent successivement, engendrant des possibilités de collaboration nouvelles »⁶

Mais comment, concrètement, assurer cette collaboration ? Le projet d'établissement, instrument de management et document fondateur, peut-il constituer le terreau de la coopération⁷ entre les professionnels hospitaliers ?

³ Ordonnances 96-344, 96-345, 96-346 du 24 avril 1996.

⁴ IG : Lire partout Infirmière Générale et comprendre tout au long du mémoire : Directeur des services de soins infirmiers.

⁵ PSSI : Lire partout : Projet du Service de Soins Infirmiers

⁶ Crémadez M., Grateau F., « *Le management stratégique hospitalier* », InterEditions. Masson. 2e édition, 1997

⁷ Les termes de « coopération » et de « collaboration » seront utilisés indifféremment et en alternance , tout au long de ce mémoire .

1. CHAPITRE PREMIER. LA CONSTRUCTION DE LA PROBLEMATIQUE.

La finalité de ce chapitre est d'approfondir le questionnement de départ, puis de mettre en perspective théorique la question qui émerge de nos réflexions.

Les références théoriques étudiées, ont été choisies en fonction de leur pertinence avec le thème et la question de départ.

1.1. LE QUESTIONNEMENT DE DEPART

De façon empirique, la construction des projets d'établissements nous paraît particulièrement complexe, et les enjeux qu'elle sous-tend suffisamment importants, pour qu'on s'y intéresse. De cet intérêt, ranimé par les échéances des deuxièmes projets, se dégage le questionnement à l'origine de notre réflexion :

De quelle façon les projets catégoriels et en particulier le PSSI, ont-ils un effet sur la cohérence et la pertinence du projet d'établissement ?

Comment, et dans quel sens, les débats menés jadis par les différents professionnels dans l'élaboration de projets communs, ont-ils évolué ?

Quel poids l'évolution de l'environnement technique, social et économique a-t-il aujourd'hui dans ces débats ?

Comment « *s'affranchir des structures existantes afin d'éviter une vision conformiste et routinière, tout en impliquant les principaux acteurs dans le but de limiter leur résistance au changement ?* »⁸.

Quel rôle, l'infirmière générale a-t-elle à jouer dans cette évolution ?

Un projet de service de soins infirmiers n'est-il pas un des supports du changement ?

⁸ Op. Cit. Crémadez et Grateau. P 54.

L'ensemble de ces questions seront probablement abordées lors de notre étude, car toutes en lien avec notre problématique, mais celle qui paraît correspondre le plus précisément à nos préoccupations est la suivante :

De quelle manière, le projet de service de soins infirmiers s'insère-t-il dans le projet d'établissement ? Comment l'infirmière générale négocie-t-elle cette insertion pour une plus grande cohésion de l'ensemble ?

Pour tenter de répondre à ce type de question et rentrer dans une démarche d'analyse compréhensive, nous allons proposer des points de vue théoriques qui serviront de grille de lecture.

La nécessité d'un détour par le cadre réglementaire des projets d'établissement hospitalier et de projet de service de soins, infirmiers est évidente. Il tracera le terrain formel sur lequel les projets se construisent et les limites auxquelles se confrontent les acteurs.

1.2. L'ENVIRONNEMENT THEORIQUE DE LA PROBLEMATIQUE.

1.2.1. LE CONTEXTE REGLEMENTAIRE.

1.2.1.1. La loi de 1991⁹ :

La loi de 91 a pour objectif de redonner au système hospitalier des règles d'organisation et de fonctionnement lui permettant de relever le défi de l'avenir de l'hospitalisation. Elle s'organise autour de six principes :

* Donner un nouvel élan au service public hospitalier : confirmation des missions d'accueil pour tous, appartenance de tous les établissements à un système hospitalier, obligation de certaines conditions techniques de fonctionnement, communication des éléments des dossiers médicaux etc.

⁹ Loi n 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

* Renforcer la logique médicale pour que l'offre de soins réponde aux besoins de la population : création des SROSS¹⁰ et combinaison avec la carte sanitaire afin de disposer d'un véritable outil d'organisation régional, naissance des contrats d'objectifs, et des coopérations inter établissements.

* Développer les responsabilités des acteurs : On passe de la logique budgétaire à la logique de projet ; le directeur voit ses pouvoirs augmenter, il propose le projet d'établissement qui fixe les orientations stratégiques, la politique sociale, les choix de gestion, les programmes d'investissement. Les compétences de la CME sont accrues, elle prépare le projet médical avec le directeur.

* Améliorer la concertation au sein des établissements : L'organisation des structures de soins doit être repensée au profit d'une plus grande fonctionnalité au service du malade. Naissance des conseils de service, élaboration de projets de service validés par les conseils. Création d'un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à un infirmier général, membre de l'équipe de direction.

* Confirmer et enrichir le partenariat entre l'État et l'assurance maladie. SROSS, CROSS, COM les organismes financeurs participent à tout.

* Préparer l'avenir et favoriser l'adaptation de notre système aux défis du XXI^e siècle : les alternatives à l'hospitalisation, les réseaux, la logique de projet, autant d'éléments qui symbolisent l'évolution de l'hôpital.

Cette loi de 91 laisse perdurer une tendance à juxtaposer les projets catégoriels dans son « *inventaire des constituants du projet d'établissement, mais l'apprentissage qu'elle a suscité (...)* » doit conduire les établissements à corriger « *ce contresens* »¹¹.

1.2.1.2. Les ordonnances de 1996¹²

Le fil conducteur de cette réforme est le « *souci de responsabilisation, la qualité des soins et la meilleure insertion de l'hôpital dans son environnement.* »¹³ Elle se traduit par :

¹⁰ Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale.

¹¹ op. cit., Crémadez et Grateau, p53.

¹² Ordonnances 96-344, 96-345, 96-346 du 24 avril 1996.

¹³ Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

* La création des agences régionales d'hospitalisation (ARH), du système d'accréditation des établissements de santé et de l'agence nationale d'évaluation en santé (ANAES).

* La mise en exergue du droit des malades et de l'évaluation nécessaire de leur satisfaction, naissance des commissions de conciliation, participation des usagers au conseil d'administration.

* Le développement d'une démarche de contrats d'objectifs et de moyens (COM) très incitatrice : elle se renforce au sein des projets d'établissement, qui deviennent un outil stratégique en lien avec l'environnement de l'hôpital ; les projets de soins infirmiers en sont une des composantes. Comment devraient-ils s'exclure de la logique stratégique sous tendue par celle des contrats, de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité ?

1.2.1.3. Le manuel d'accréditation de 1998-1999.

Le décret n°97-311 du 7 avril 1997 précise l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 précédemment citée. Il s'agit pour les établissements de développer une « *démarche d'amélioration continue de la qualité (...) dans une approche globale de l'hôpital (...) tout en maîtrisant les dépenses de santé* »

Le manuel d'accréditation décrit cette démarche et procure des référentiels qui renvoient aux projets constituant le d'établissement. Il propose la déclinaison d'objectifs prioritaires, hiérarchisés et réalisables qui serviront de base à la planification, ainsi que la mise en œuvre et l'évaluation des actions, dans un temps déterminé.

Ces évolutions législatives, nées de celle de l'environnement sociétal, ont eu une influence sur le positionnement et les pratiques professionnelles des acteurs.

Compte tenu bien sûr de cette influence, un des objectifs de ce travail sera également de comprendre quel a été l'impact de l'expérience des premiers projets sur les positionnements des acteurs, quels effets l'apprentissage lié aux premières expériences, a eu sur l'élaboration des seconds projets.

La façon dont les premiers projets se sont construits, les méthodologies qui ont été utilisées, les difficultés rencontrées lors de leur mise en œuvre, sont autant d'éléments qu'il semble important d'explorer, pour en déduire et comprendre les changements provoqués.

Les rôles dévolus aux professionnels impliqués alors, très marqués voire figés par l'habitude et la tradition, sont peut-être un des éléments qui ont participé au défaut de cohérence constaté, souvent ressenti par les acteurs professionnels et confirmé par d'autres études¹⁴

Ces rôles traditionnels ont-ils été confortés, ou au contraire interrogés, par cet encadrement réglementaire rigoureux qui formule des normes opposables ?

Pour tenter de comprendre le positionnement traditionnel des acteurs hospitaliers, qui participe fortement à la problématique, nous ferons un détour par le modèle systémique proposé par Henry Mintzberg¹⁵ et repris par F.X.Schweyer dans son analyse de l'organisation hospitalière.¹⁶

1.2.2. LES CARACTERISTIQUES DE L'INSTITUTION HOSPITALIERE COMME « BUREAUCRATIE PROFESSIONNELLE », SELON MINTZBERG.

Dans toute organisation Mintzberg identifie cinq éléments de base :

* Un « sommet stratégique », responsable de la performance de l'organisation, qui commande

* au « centre opérationnel », responsable de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation par l'intermédiaire

* d'une « ligne hiérarchique » tandis que

* la « technostructure », constituée des responsables fonctionnels chargés d'organiser,

¹⁴Garron D., « De l'obligation légale à une référence pour le personnel : stratégie opérationnelle pour rendre opératoire un projet de soins infirmiers », Mémoire Infirmier Général 1998

¹⁵ Mintzberg H. *Structure et dynamique des organisations*, éd de l'organisation, Paris 1982.

¹⁶ Schweyer F.X. Cours de sociologie de l'organisation hospitalière, promotion des infirmiers généraux 2000.

* et la « logistique » responsable des activités logistiques assurent une aide respectivement en standardisant le travail et en offrant des services de recherche, paye, relations publiques etc...
À l'hôpital, ces éléments présentent les caractéristiques originales ci-après :

1.2.2.1. Un centre opérationnel important

C'est lui le responsable de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation. À l'hôpital, les unités de production, dont la tendance est à la spécialisation, sont indépendantes les unes des autres. Il n'y a pas, ou peu, de hiérarchie opératoire, la standardisation des pratiques est limitée et l'on voit dominer des pratiques corporatistes. Les unités de production ont des relations directes avec l'environnement client et tendent à s'organiser indépendamment pour faire face aux missions qui leur sont imparties. Cette caractéristique s'accroît avec la taille de la structure.¹⁷

1.2.2.2. Des mécanismes de coordination peu nombreux.

Deux mécanismes de coordination dominant : l'ajustement mutuel entre individus (communication informelle, efficace mais fragile) et la standardisation des qualifications (infirmiers, médecins etc ...) qui favorise le regroupement des individus au sein d'organisation de classes et rend difficile la mobilisation autour des objectifs de l'organisation.¹⁸

1.2.2.3. Une technostucture légère.

Elle se consacre essentiellement à la dimension économique de l'activité de l'organisation, « *la dimension professionnelle étant réduite pratiquement à la participation de la seule infirmière générale.* »¹⁹

¹⁷ Crémadez M., « *Les clés de l'évolution du mande hospitalier* », les cahiers de gestions hospitalières n°59, in Gestions Hospitalières n° 266, mai 1987, p285 à 306.

¹⁸ Op.cit88

¹⁹ Op.cit88

1.2.2.4. Un support logistique développé.

Les fonctions logistiques sont placées sous le contrôle des membres de la technostructure. La complexité croissante des technologies hospitalières fait apparaître de nouvelles fonctions logistiques, qui appartiennent autant au « médical » qu'au « logistique », et entraîne des positionnements parfois conflictuels.

1.2.2.5. La place particulière du Directeur Général au sein du sommet stratégique.

La position du Directeur d'un établissement hospitalier est ambiguë : nommé par le Ministre de la Santé, il est responsable de la performance de l'organisation devant le conseil d'administration.

1.2.2.6. Une rupture de la ligne hiérarchique entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.

Le Directeur n'a aucun pouvoir hiérarchique sur le corps médical de l'institution qu'il dirige, dont les chefs de services sont nommés par le ministre également. Il existe tout de même un lien fonctionnel, qui se matérialise dans la Commission Médicale d'Etablissement, instance consultative stratégiquement forte.

Ces caractéristiques peuvent être des freins dans la mise en œuvre d'actions collectives comme l'élaboration d'un projet d'établissement.

Au regard de ces éléments théoriques de compréhension quant à la structure hospitalière, comment ces acteurs-là, qui participent à la décision, peuvent-ils négocier leur rôle dans un projet commun ?

Considérant qu'un premier projet a déjà marqué les pratiques et les relations professionnelles ou catégorielles, on peut se demander si l'apprentissage lié à la première expérience entraîne, ou pas, les professionnels vers la recherche de la coopération, qui nous paraît nécessaire, pour le second projet.

Quelle stratégie, les acteurs d'hier, dont les pratiques et les représentations ont nécessairement changé, vont-ils utiliser, lors de la construction des projets à venir et

comment vont-ils développer des relations visant à construire une œuvre collective, tout en conservant la « *marge de manœuvre* »²⁰ qui leur est nécessaire. Comment vont-ils négocier leur position dans la nouvelle relation de pouvoir qui s'installe ?

Les concepts développés par Crozier et Friedberg²¹, dans le champ de la sociologie des organisations, tels que ceux d'« *acteur* », de « *stratégie* », de « *pouvoir* », me semblent adaptés pour aider à comprendre.

Ils serviront de grille de lecture.

Les acteurs concernés, aux logiques différentes, aux enjeux professionnels parfois contradictoires auront à négocier. Le projet d'établissement, mais également, sur leurs interfaces, les projets médicaux et projets de soins constituent les terrains de ces négociations. De fait, les infirmières, par l'intermédiaire de l'IG, auront à s'engager dans une négociation avec les corps médical et administratif si elles décident de prendre part à la construction du projet d'établissement, par le biais du PSSI.

1.2.3. L'ANALYSE STRATEGIQUE COMME MODELE POUR COMPRENDRE L'ORGANISATION.

La théorie de l'analyse stratégique selon Crozier et Friedberg, considère l'organisation comme un système politique dans lequel les acteurs évoluent. Elle repose sur quatre principes²² :

* l'acteur en organisation est un stratège, disposant d'une marge d'action (zone d'autonomie) grâce à la maîtrise d'une zone d'incertitude.

* son comportement est rationnel, mais sa rationalité est toujours « *limitée* »

* le pouvoir est une relation d'échange qui se négocie.

* l'interaction entre les acteurs aboutit à la constitution d'un système d'action plus ou moins stable que l'analyse stratégique a pour but de mettre au jour.

²⁰ Crozier M., et Friedberg E., *L'acteur et le système*, éditions du Seuil, coll. politique, 1977, 500 p.

²¹ Opt.

²² Bernoux P., « A quoi sert la sociologie », Sciences Humaines hors série n°20, mars/Avril 1998, p12 à15.

Ces quatre principes, interdépendants les uns des autres, vont être abordés séparément pour une meilleure compréhension et pour un transfert plus aisé dans la réalité qui nous préoccupe.

1.2.3.1. L'acteur et sa stratégie :

Pour Crozier et Friedberg, *« même dans les situations les plus extrêmes, l'homme garde toujours un minimum de liberté qu'il ne peut s'empêcher d'utiliser pour « battre le système »*

L'acteur, représenté soit par un individu, soit par un groupe d'individus ayant quelque chose de fort en commun (un groupe professionnel par exemple) a rarement des objectifs clairs et encore moins des projets cohérents : *« ceux-ci sont multiples, plus ou moins explicites, plus ou moins contradictoires. Il en changera en cours d'action »*. Son comportement est actif, et il a toujours du sens. Le comportement de l'acteur a un aspect offensif qui a pour but d'améliorer sa situation, et un aspect défensif, qui a pour but de maintenir ou d'élargir sa marge de liberté. Dans ce sens, de façon consciente ou non, il est stratégique.

1.2.3.2. Sa rationalité est limitée.

L'acteur interprète un rôle à sa façon, en fonction de ses propres buts, de sa propre rationalité, en fonction des enjeux sous-jacents qu'il perçoit. Même si les objectifs ne sont pas clairs les comportements sont toujours rationnels par rapport à des opportunités et par rapport au contexte qui les définit. Les comportements sont également rationnels par rapport à ceux des autres acteurs, et au jeu qui s'est établi entre eux.

Il n'y a plus de comportements irrationnels.

« Une situation donnée ne contraint jamais totalement un acteur. Il garde toujours une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette marge de liberté (qui signifie source d'incertitude pour ses partenaires comme pour l'organisation), chaque acteur possède ainsi du pouvoir sur les autres. Il tente à tout moment de mettre à profit sa marge de liberté pour négocier sa participation en s'efforçant de » manipuler » ses

partenaires et l'organisation de telle sorte que cette participation soit « payante » pour lui. »²³

1.2.3.3. Le pouvoir est une relation.

Le concept de pouvoir permet d'éclairer autrement l'acteur et sa stratégie.

Le pouvoir est une relation et pas un attribut des acteurs. Il peut se manifester et devenir contraignant pour l'une des deux parties, lors de sa mise en œuvre dans une relation, qui met aux prises des acteurs dans l'accomplissement d'un objectif commun. *« Le pouvoir est inséparablement lié à la négociation : c'est une relation d'échange donc de négociation dans laquelle deux personnes au moins sont engagées ».*

Mais c'est une relation réciproque mais déséquilibrée, sinon, il n'y aurait pas de relation de pouvoir : *« c'est un rapport de force, dont l'un peut retirer davantage que l'autre, mais où également, l'un n'est jamais totalement démuné face à l'autre. »*

Le pouvoir réside dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans la relation de pouvoir. Il est fonction de la zone d'incertitude, pertinente avec le problème à régler, que l'imprévisibilité de son propre comportement permet à l'acteur de contrôler face à ses partenaires.

Crozier et Friedberg identifient différentes sources de pouvoir :

* *« Celle qui tient à la possession d'une compétence ou d'une spécialisation fonctionnelle difficilement remplaçable »* : celle des médecins et des infirmières par exemple.

* Celle qui est liée à *« toutes les incertitudes qui se développent autour des relations entre l'organisation et son environnement »* : celle des chefs de services médicaux et des directions si l'on s'en réfère au modèle de Mintzberg.

* Celle qui est liée à la maîtrise de la communication et des flux d'information.

* Celle qui est liée à l'utilisation des règles organisationnelles. Destinées à supprimer les zones d'incertitude, elles sont pourtant sujettes dans leur application, à des négociations et des marchandages.

²³ Op.Cit p91

1.2.3.4. Les acteurs constituent un système d'action concret

Un système d'action concret n'est pas une donnée naturelle mais un construit contingent

« C'est un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure (...) par des mécanismes de régulation, qui constituent d'autres jeux »

L'organisation hospitalière constitue un système d'action concret dans laquelle les acteurs individuels ou les groupes professionnels sont en interaction dans des jeux structurés par des règles matérialisées dans des commissions très formelles comme la CME, le CA, la CSSI, le CTE, le CHSCT etc. pourtant selon Crozier et Friedberg, une *« organisation n'est pas un système fermé »*... *« il existe un degré de liberté du noyau organisationnel »*, que l'on peut découvrir à travers le vécu des acteurs. Ce vécu permet de rechercher *« les vrais regroupements et les vrais clivages »*

Pour eux, l'apprentissage collectif est un processus à travers lequel *« un ensemble d'acteurs, partie prenante d'un système d'action, apprennent - c'est-à-dire inventent et fixent - de nouveaux modèles de jeux avec leurs composantes affectives, cognitives et relationnelles. »*²⁴

La difficulté de cet apprentissage vient de la rupture nécessaire avec les intérêts, les rapports de pouvoir, les habitudes mais aussi les protections affectives et les modèles intellectuels.

Ce modèle est notoire sur le plan de l'approche de l'organisation et des relations des acteurs entre eux et nous convient tout à fait. Mais pour réfléchir à l'élaboration d'une œuvre telle qu'un projet d'établissement, avec ses composantes, notamment le PSSI, un concept nous semble insuffisamment développé, même s'il est abordé, il s'agit de celui de « négociation ». Anselm Strauss, et Isabelle Baszanger²⁵ nous serviront de guide dans ce questionnement théorique.

²⁴ Op.Cit p395

²⁵ Strauss A., Textes réunis et présentés par Baszanger I., *« La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme »*, ed L'Harmattan, coll. Logiques sociales, Paris 1992, 319 p.

1.2.4. LA NEGOCIATION DANS LES ACTIONS COLLECTIVES A L'HOPITAL.

Il existe de nombreux noms pour désigner la négociation, un terme auquel renvoie de multiples synonymes : *marchandage, combines, compromis, marché, accords après désaccords, ententes tacites, médiation, tractation, troc, échange et collusion*. La négociation semble être un fait générique des relations et des arrangements humains.

Elle présente trois caractéristiques :

* Elle existe s'il y a tension et/ou conflit, les intérêts des négociateurs sont divergents, même si l'objet de la négociation est une action collective. La construction d'un projet d'établissement, l'insertion des différents projets catégoriels, les positionnements des acteurs se négocient : en effet, les intérêts des différents groupes professionnels ne sont-ils pas souvent divergents ?

* Elle est une interaction entre les acteurs et se développe dans un processus complexe.

* Elle est structurée et l'on peut la décrire.

1.2.4.1. La tension comme support de la négociation :

La négociation est un des moyens pour obtenir que les choses se fassent. Elle apparaît au sein des sociétés industrielles où les groupes - qu'ils s'opposent ou qu'ils coopèrent - les jugent nécessaires. Elle est utilisée pour que s'accomplisse ce qu'un acteur (personne, groupe, organisation, nation) souhaite. Il y a une distinction entre un accord et une négociation, celui-ci n'impliquant pas toujours des tensions. Le terrain hospitalier où se confrontent des logiques parfois contradictoires est chargé des tensions importantes qui existent entre les groupes professionnels en charge de l'élaboration des projets.

1.2.4.2. La négociation, une relation complexe entre les acteurs

Dans une organisation, il ne peut y avoir aucune relation qui ne soit négociée. La formation professionnelle spécifique, l'idéologie, la carrière, la position hiérarchique affecte toute la négociation. Mais les non professionnels, les malades par exemple, peuvent affecter ce processus global. Pour Strauss, le seul objectif qui soit commun aux professionnels d'un hôpital, c'est l'objectif assez ambigu de « *rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme* » C'est pour lui le « *ciment symbolique grâce auquel (...)l'organisation se maintient.* » Ce symbole, s'il masque des désaccords et des divergences d'objectifs considérables, constitue un mandat sous lequel l'hôpital peut fonctionner. Les projets ne sont-ils pas également les représentations concrètes de ce ciment symbolique ?

C'est l'interaction entre les professionnels qui devient un terrain d'analyse lorsqu'on s'intéresse à la négociation, et non pas leur position hiérarchique, les règles formelles et les jeux de pouvoirs qui en découlent. « *À l'hôpital, les professionnels, mais également les usagers aujourd'hui, sont engagés dans un processus complexe de négociation, afin à la fois de mener à bien leurs projets personnels et de mettre en œuvre - dans la division du travail établie - des objectifs institutionnels énoncés soit clairement, soit vaguement.* »²⁶

1.2.4.3. Une négociation structurée.

Les négociations spécifiques sont subordonnées aux négociations structurelles : qui négocie avec qui, quand, à propos de quoi ? Elles obéissent à un schéma, pas au hasard. Dans notre problématique, la négociation autour de l'insertion du projet de soins dans le projet d'établissement se fera avec des acteurs identifiés, dans des lieux autorisés, à des moments appropriés, planifiés. Les conséquences de cette négociation sur les professionnels, sur les organisations, sont un enjeu important.

Quel est le contexte dans lequel se déroule une négociation ? Qu'observe-t-on alors ?

* Le nombre de négociateurs, leur expérience respective de la négociation et ce qu'ils représentent.

²⁶ Op.cit10.

- * Le rythme des négociations: en une fois, de façon répétée, en séquences, en série, en groupes ou associées à d'autres.
 - * Le relatif équilibre de pouvoir montré par les parties respectives dans la négociation même.
 - * La nature des enjeux respectifs dans la négociation.
 - * La visibilité des transactions pour les autres, leur caractère public ou privé.
 - * Le nombre ou la complexité des questions négociées et l'évidence de la légitimité du découpage des questions.
 - * Les options permettant d'éviter ou de rejeter la négociation, c'est-à-dire les modes alternatifs ou disponibles (persuasion, manipulation, coercition etc...).
- Les résultats de la négociation ont des limites temporelles, d'autres naissent quand l'une s'achève.

Dans l'élaboration de projets catégoriels ou de projets d'établissement, certains domaines ne sont pas négociables pour les professionnels, mais d'autres, positionnés à l'interface des champs de compétence et de responsabilité le sont : certains actes professionnels infirmiers, la qualité des prescriptions, l'information au malade etc ... sont des domaines souvent conflictuels où la négociation interprofessionnelle est encore trop peu présente, car subordonnée à des relations de travail traditionnelles.

HYPOTHESES :

L'éclairage apporté par cette recherche théorique, l'approfondissement des connaissances acquises par nos lectures, nous permettent de poser une hypothèse générale qui servira de fil conducteur.

L'expérience acquise lors de la construction des projets hospitaliers de première génération, est un élément favorisant la négociation nécessaire à la coopération des différents acteurs dans l'élaboration du second projet d'établissement et à l'insertion du Projet de Service de Soins Infirmiers.

Un système d'hypothèses plus opérationnelles servira de support à ce travail. Ces hypothèses sont gages de rigueur dans la conduite du raisonnement. Elles seront confrontées à notre étude de terrain.

**** Les premiers projets de soins étaient peu cohérents avec les projets d'établissement.***

**** Les premiers projets ont modifié les positionnements des différents acteurs participant à leur élaboration.***

**** Cette modification a un impact favorable sur la coopération à venir des acteurs.***

**** La négociation est un outil stratégique nécessaire à la construction d'une œuvre collective.***

**** La place de l'Infirmière Générale est fondamentale dans cette négociation.***

Nous allons, pour tester ces hypothèses, recueillir des informations et les analyser.

2. CHAPITRE DEUX. L'ENQUETE.

Pour valider notre impression du manque de cohérence qui existe entre les PSSI et les projets d'établissements, partant du postulat que cette cohérence est un des éléments essentiels dans une démarche qualité, nous nous proposons :

* Dans un premier temps, d'analyser dix PSSI de première génération et de les confronter à des indicateurs choisis en fonction de l'objectif poursuivi. Il s'agit de comprendre la façon dont se sont construits les PSSI et d'en saisir les liens éventuels avec les projets d'établissements.

* Dans un deuxième temps, afin de saisir quels sont aujourd'hui les positionnements des acteurs, et de repérer les changements entre les deux projets, nous analyserons les informations que nous aurons recueillies dans des entretiens.

2.1. LA METHODOLOGIE UTILISEE :

2.1.1. L'ANALYSE DES PROJETS DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS.

2.1.1.1. Le choix des projets :

Les premiers projets qui nous sont parvenus ont été retenus, sous trois conditions :

*La taille de l'établissement: pour des raisons liées à notre expérience professionnelle à venir, nous ne souhaitons pas de Projet de C.H.U. Les PSSI analysés sont ceux d'hôpitaux généraux dont les capacités d'accueil se situent entre 400 et 1200 lits.

* La première expérience: les PSSI devaient impérativement être des projets de première génération, quelle que soit la date de création.

* La représentation géographique : Plusieurs régions devaient être représentées. Ce furent : La région Poitou Charente, la région Rhône-Alpes, la Franche-Comté, la région Midi-Pyrénées, l'Île de France, la région Centre, la Haute-Normandie, la Bourgogne.

2.1.1.2. Les indicateurs retenus : description et justification.

Les indicateurs choisis le sont en fonction des hypothèses de l'étude, mais également dans la perspective de notre projet professionnel. C'est pourquoi certains indicateurs semblent n'avoir aucun rapport, *a priori*, avec la cohérence ou non des PSSI et des projets d'établissements. Ils en ont pourtant, car ils s'appuient sur le postulat que la qualité de la démarche est une condition à la cohérence des projets entre eux.

L'analyse de ces PSSI ne se veut pas un jugement de valeur, simplement un support à la réflexion professionnelle.

2.1.1.2.1. Les références

Dans ce groupe sont évoquées :

* Les références réglementaires : à la loi hospitalière, aux décrets professionnels.

* Les références aux projets : projet d'établissement, projet médical etc ...

* Les références aux politiques de santé.

Ces références peuvent être évoquées ou citées. Leur absence ne signifie pourtant pas qu'elles ne sont pas connues, voire présentes en filigrane dans les PSSI, mais peut-être qu'on ne les a pas jugées suffisamment importantes pour les évoquer par écrit dans le PSSI.

2.1.1.2.2. Les valeurs et la philosophie sous jacentes.

Ces indicateurs sont intéressants dans le sens où ils s'attachent à la partie « autonome » du PSSI, la partie professionnelle. Pourtant, ces valeurs pouvant être partagées par les autres professionnels de santé, il nous a paru important d'en saisir le sens et d'en faire, pourquoi pas, un facteur de cohésion.

2.1.1.2.3. La démarche

Ont été pris en compte :

* Le diagnostic ou l'état des lieux : une analyse de l'état des lieux, voire un diagnostic préalable à la mise en œuvre d'un projet nous paraît être un élément en faveur de la qualité du projet.

* La description de la démarche : il nous a semblé qu'une démarche participative se nomme et se décrit. Nous postulons que la transparence d'une démarche est un gage de cohérence.

2.1.1.2.4. Le contenu :

* Les axes ou objectifs généraux : ce sont les grandes orientations retenues, elles sont le support de la réflexion et le gage de la cohésion du projet.

* Les objectifs opérationnels, plans d'action et évocation des moyens nécessaires : ils représentent le souci de réalisme des projets, mais également la capacité des soignants à construire des pratiques professionnelles.

2.1.1.2.5. L'aspect dynamique :

* L'évaluation, l'échéancier : expriment le souci de faisabilité, la capacité à se projeter de façon concrète et à réajuster les décisions.

* Les plans de communication : interne ou externe, ils expriment la façon dont le projet s'insère dans son environnement, garantie de cohérence et de pertinence.

2.1.2. LES ENTRETIENS :

Le choix de conduire des entretiens auprès des personnes participant à l'élaboration des projets se justifie par l'objectif qualitatif de l'étude. En effet, notre préoccupation dans cette démarche étant de repérer les changements de positionnements des acteurs entre les deux générations de projets ainsi que leur disposition présumée

à la négociation et à la coopération, l'entretien semi directif qui nous a paru l'outil le plus adapté.

2.1.2.1. Déroulement des entretiens :

Après un rendez-vous préalable, et avec l'accord des personnes concernées, les 12 entretiens ont été enregistrés, y compris ceux qui se sont déroulés par téléphone (2). Ces entretiens ont duré entre 45 minutes et une 1 heure 30.

2.1.2.2. La population interviewée

Dans le tableau ci-dessous sont représentées les caractéristiques professionnelles des personnes interviewées ainsi que les établissements de santé où elles exercent, identifiés par leur taille et un code d'anonymat de A à F.

	IG non DSSI	IG-DSSI	Président CME	Directeur établissem	Directeur adj. Projet établissem	Taille établissem	Code établissem ;
Mme F.		◆				500 lits	À
Mr A.				◆		Id	A
Mr P.			◆			id	A
Mme I.		◆				600 lits	B
Mme B.					◆	Id	B
Mr M.				◆		Id	B
Mr R..			◆			id	B
Mr S.					◆	1000 lits	C
Mme C.		◆				id	C
Mme D	◆					400 lits	D
Mr L.	◆					600 lits	E
Mme D.		◆				900 lits	F
Total	2	4	2	2	2		

2.1.2.3. Les thèmes abordés dans les entretiens.

Ces thèmes sont abordés sous formes de questions ouvertes dans les grilles d'entretien jointes en **annexe 1**. Chaque participant a été interviewé sur son histoire dans la démarche de construction des projets, puis sur l'avenir tel qu'il le conçoit, en se référant à son expérience.

2.1.2.3.1. L'histoire des premiers projets :

Ce qui nous importe dans cette partie c'est de savoir :

- * Comment les premiers projets ont été construits.
- * Quelles ont été les difficultés et les ressources.
- * Comment les différents projets ont été articulés.
- * Comment les participants jugent aujourd'hui cette démarche, quel est leur bilan.

2.1.2.3.2. Et la projection dans les seconds :

Dans cette partie, les questions font référence au passé, mais sont tournées vers l'avenir. Il s'agit de rechercher :

- * Quelle méthodologie sera utilisée dans l'élaboration des seconds projets.
- * Quels sont les enseignements apportés par l'expérience.
- * En quoi les projets catégoriels peuvent s'enrichir les uns des autres pour l'élaboration d'un projet commun.

2.1.3. LES LIMITES METHODOLOGIQUES.

2.1.3.1. De l'analyse des projets :

* 12 PSSI ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble des documents élaborés en France parmi les établissements de taille moyenne (400 à 1200 lits). Pourtant ils n'ont pas été triés, les premiers que nous avons reçus ont été retenus. Le temps imparti pour ce travail ne nous a pas permis d'analyser un échantillon plus grand.

* Les terminologies utilisées, différentes d'un projet à l'autre nous ont obligées à choisir des termes génériques ; ceci peut être compris comme une interprétation.

Exemples : Nous avons regroupé sous un seul item les termes d'objectif général, d'axe fort, d'orientation globale, utilisés dans les différents projets.

Plusieurs objectifs concernent l'organisation des soins : même si ce terme n'est pas toujours clairement exprimé, nous nous sommes permis d'en faire un terme générique.

* Toutes les informations contenues dans ces documents n'ont pas été analysées. Celles que nous avons retenues nous ont paru les plus pertinentes, d'autres peut-être aussi pertinentes ont été laissées de côté.

* Les références qui n'apparaissent pas, qui ne sont ni évoquées, ni citées - on ne fait aucune citation - , sont considérées comme n'étant pas une préoccupation des équipes. Nous présumons dans notre approche que cette absence de préoccupation est un risque pour la cohérence des projets.

* L'impossibilité matérielle de croiser les indicateurs : il aurait en effet été intéressant de découvrir le lien possible entre la date d'élaboration des projets et la démarche méthodologique, d'analyser la présence concomitante de telle ou telle référence culturelle et de tel ou tel axe prioritaire etc ...

2.1.3.2. Des entretiens.

Le nombre de 12 entretiens seulement peut être considéré comme une limite de la représentativité de l'échantillon.

Le choix de l'analyse thématique de ces entretiens est une limite nécessaire à la bonne gestion du temps imparti, même si l'extrême richesse des informations recueillies aurait pu donner lieu à une analyse plus complète des discours.

2.2. LES RESULTATS DE L'ENQUETE :

2.2.1. L'ANALYSE DES PROJETS DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS :

La grille d'analyse de ces PSSI²⁷ contient des items utilisables pour tester notre première hypothèse opérationnelle : « *Les premiers projets de soins étaient peu cohérents avec les projets d'établissement.* »

Elle a également pour objet :

* De mettre en évidence, des éléments de compréhension sur la façon dont se sont construits les PSSI.

* D'en déduire des liens éventuels avec les projets d'établissements, des zones d'autonomie mais également parfois des zones d'isolement, chacun pouvant être considéré comme de futurs terrains de négociation, pour l'IG.

2.2.1.1. Les résultats de l'observation des PSSI.

2.2.1.1.1. Les références structurelles :

* Les références réglementaires :

Sur les 12 PSSI, 9 (75 %) évoquent ou citent la loi hospitalière de 1991. Les plus récents évoquent les ordonnances de 1996. Ces références situent le PSSI dans un contexte réglementaire national.

Seulement 6 (50 %) PSSI évoquent les décrets professionnels de 1993.

* Les références aux politiques de santé.

3 PSSI seulement (25 %) font une référence lointaine aux politiques de santé régionale, aux SROSS ou aux conférences. Elles sont évoquées, un seul cite les orientations sans pour autant s'en inspirer.

²⁷ C. F. grille d'analyse en annexe 2

* Les références aux projets :

L'existence d'un projet médical est évoquée 8 fois (66,6 %). Mais on sait que certains PSSI ont été antérieurs aux projets médicaux.

Le projet d'établissement reste relativement absent des PSSI : seuls 5 projets de soins (41,5 %) font le lien entre le PSSI et un éventuel projet d'établissement.

2.2.1.1.2. Les références culturelles :

* Les valeurs centrées sur la personne soignée :

Le droit à la qualité des soins, considérés comme tels quand ils sont individualisés est cité 7 fois (58,3 %)

Le respect des personnes, la tolérance vis-à-vis de chacun et le droit à la dignité sont revendiqués comme des valeurs fondamentales dans 5 PSSI sur 12 (41,6 %)

Sont citées également, l'égalité d'accès aux soins, la satisfaction des personnes.

* Les valeurs centrées sur la profession de soignant :

Compétence et responsabilité, étrangement liées, sont citées 8 fois (66,6 %).

Le terme de « professionnel », proche des précédents, est central 5 fois (41,6 %).

La collaboration et la confraternité semblent essentielles dans 3 PSSI (25 %), pour améliorer la qualité des soins.

* Les concepts centraux :

Le besoin de définir des concepts n'apparaît que dans 5 PSSI. Le concept de « soin » est développé 5 fois, celui de « santé » 3 fois, ceux de « maladie » et de « qualité » 2 fois. Sont aussi cités les concepts de « l'homme », de « vie » et de « mort ».

2.2.1.1.3. La démarche.

* Le diagnostic ou l'état des lieux :

Seulement 3 équipes (25 %) ont fait un état des lieux de départ. Ceux-ci sont faits dans 2 cas sur 3 par des groupes de « pilotage », constitués d'un échantillon représentant les différents métiers du service infirmier. Cet état des lieux est fait sous la forme points forts / points faibles. Le troisième est un diagnostic. Il a demandé une participation élargie d'une grande partie des unités de soins, par l'intermédiaire des cadres.

Pour les 9 autres PSSI, aucun état des lieux n'est évoqué, ce qui laisse penser qu'il n'y en a pas eu.

* La description de la démarche :

6 équipes sur 12 ont signalé une démarche participative pour élaborer le PSSI. 5 d'entre elles ont également nommé les participants du service infirmier. Dans un seul d'entre eux on évoque la participation d'un membre de la CME, son représentant à la CSSI : celui-ci est informé régulièrement des avancées du projet.

On ne sait pas comment les 6 autres PSSI ont vu le jour, ni qui y a participé.

2.2.1.1.4. Le contenu :

* Les axes prioritaires ou objectifs généraux :

L'organisation des soins est un axe prioritaire 7 fois.

Le développement des compétences et celui de la qualité des soins, 6 fois.

L'accueil, la douleur et la communication sont cités 5 fois comme axes prioritaires.

Sont également citées : les infections nosocomiales, l'hygiène, les conditions de travail, la recherche.

On constate qu'aucun de ces axes n'est spécifiquement infirmier. Quel professionnel dans les établissements de santé peut se démarquer de ces questions-là ?

* Les objectifs opérationnels, plans d'action et évocation des moyens nécessaires.

Des objectifs opérationnels ne sont déclinés que dans 7 PSSI sur 12, des plans d'actions dans 5 seulement, comme s'il suffisait pour qu'un projet existe que soient annoncées des orientations générales, qui ressemblent alors à des intentions. La mise en œuvre, la traduction concrète de ces intentions n'a pas été prévue.

2.2.1.1.5. L'aspect dynamique :

* L'évaluation, l'échéancier :

Le terme d'évaluation est évoqué à trois reprises, mais on ne sait de quelle évaluation il s'agit, puisque les plans d'actions n'existent pas. Les échéanciers concernent plutôt la démarche de construction du Projet que la planification des étapes.

Dans 3 autres PSSI, par contre une évaluation critériée existe, au regard de résultats à atteindre, elle est planifiée sur les 5 ans que couvre le PSSI.

* Les plans de communication :

Il est rarement prévu de communiquer ces PSSI à d'autres qu'aux instances hospitalières : 4 ont été présentés en CME et CSSI. Un seul projet a été communiqué à la CTRSI.²⁸

2.2.1.2. Analyse de ces résultats

2.2.1.2.1. Mise en évidence de deux grands principes :

De l'analyse de ces PSSI émerge un double principe : un PSSI se construit autour de deux grands axes.

* Un axe « propre », qui concerne les thèmes que les soignants infirmiers peuvent aborder de façon autonome. Par exemple : les protocoles de soins, la sectorisation dans l'organisation des soins, les diagnostics infirmiers etc ...

* Un axe « collaborant » auquel d'autres professionnels de santé, en particulier le corps médical, doivent ou peuvent, selon les thèmes, s'associer. Cet axe de collaboration est large puisqu'il concerne, selon nous, une grande partie de ce qui a été traité dans les PSSI : la réflexion sur les valeurs professionnelles, l'accueil, la douleur, les infections nosocomiales etc ... mais également la qualité et l'organisation des soins, très dépendantes dans les unités de soins, de l'articulation des interventions des uns et des autres. Ces thèmes sont souvent prioritaires car ils posent problème, et devraient faire l'objet d'une réflexion et d'une action collective, garantie par l'élaboration des projets.

2.2.1.2.2. La cohérence avec les Projets d'établissement.

Ce thème est central dans notre hypothèse.

Parmi les PSSI analysés, 5 d'entre eux évoquent l'existence de projets d'établissement et 7 d'un projet médical. Les autres n'y font aucune référence. Aucun ne cite les axes stratégiques et les orientations médicales des projets. Comme si les soignants infirmiers qui ont élaboré les PSSI n'avaient pas perçu l'articulation nécessaire, et comme si, le PSSI permettait au service infirmier de se démarquer des autres professionnels.

Les PSSI présentent peu de liens de cohérence avec l'environnement extra et intra-hospitalier, lien pourtant nécessaire dans les projets d'établissement

²⁸ Conseillère Technique Régionale en soins Infirmiers

* L'environnement extrahospitalier : Les textes qui sont à l'origine de la création de projets d'établissement sont évoqués, parfois cités, mais le lien avec les politiques locales ou régionales n'est pas fait, comme s'il y avait une rupture dans les processus de prise en charge de la santé, comme si un PSSI, ou un projet d'établissement, pouvait n'exister que par lui-même.

* L'environnement intra-hospitalier : Les PSSI ont permis aux équipes de construire une œuvre collective, d'élaborer un mode de pensée commun, de trouver une logique commune à des activités d'amélioration qui existaient déjà mais qui étaient dispersées. Cette étape probablement nécessaire a donné lieu à des projets catégoriels d'où sont exclus tous les autres professionnels de santé. Seule l'information très conventionnelle donnée dans des instances comme la CME, annonce un souci encore en gestation de partage et de collaboration.

2.2.1.2.3. Confirmation de la première hypothèse opérationnelle.

Au terme de l'analyse de ces projets, au regard des informations que nous avons pu comprendre, nous pouvons confirmer la première hypothèse opérationnelle :

« Les premiers projets de soins étaient peu cohérents avec les projets d'établissement. »

En effet, nous constatons que

* Les véritables références au projet d'établissement n'existent pas, ou très peu.

* La collaboration avec les autres professionnels n'est pas une préoccupation prioritaire

Probablement parce que le souci prééminent du service infirmier est de se construire : le PSSI devient un projet fédérateur, créateur d'une identité professionnelle.

Il passe par une définition et une différenciation des fonctions du service infirmier : La question de la compétence professionnelle est dominante mais également celle de la constitution d'une entité : le service infirmier. On découvre dans ces PSSI des fiches de poste, des chartes de fonctionnement, des études menées sur les fonctions d'encadrement, des données démographiques, des historiques de la profession d'infirmière.

2.2.1.2.4. La lecture théorique de ces résultats

Si l'on se réfère à la théorie de Mintzberg, l'analyse de ces PSSI, permet de dire que les professionnels du service infirmier font partie d'un centre opérationnel, dominé par une tendance à s'organiser indépendamment et à développer des pratiques corporatistes. Ce regroupement rend difficile la mobilisation autour des objectifs de l'organisation²⁹, matérialisés dans le projet d'établissement.

Fort de ces connaissances, l'IG aura à négocier l'insertion d'un projet collectif au sein d'un autre, terrain de rencontre des différents acteurs hospitaliers, sachant que ces acteurs, porteurs de leur propre tendance au corporatisme, souhaitent, selon Crozier et Friedberg³⁰, maintenir leur marge de liberté ou améliorer leur situation. Dans ce but, ils utilisent des stratégies visant à équilibrer la relation de pouvoir en leur faveur. L'IG aura à négocier sa participation, en tenant compte de ces éléments, sans oublier que les acteurs concernés, le corps médical en particulier, historiquement et culturellement en position dominante, auront pour souci de préserver leur pouvoir et leur marge de manœuvre.

Nous pouvons au terme de cette première étude, repérer des éléments qui nous permettent de comprendre de quelle façon les PSSI ont pu se construire, quels ont été leurs liens éventuels avec les projets d'établissements, comment ils ont permis au service infirmier de se créer des zones d'autonomie, devenant parfois des zones d'isolement, ou d'exclusion.

Ces informations vont permettre à l'IG, d'identifier des futurs terrains de négociation, lors de l'élaboration du PSSI de 2e génération.

2.2.2. LES ENTRETIENS.

Les 12 personnes ont été interviewées sur les projets dont ils sont porteurs : les IG sur le PSSI, les médecins président de CME sur les projets médicaux, les directeurs sur les projets d'établissement. Il leur a été demandé de se prononcer sur la façon dont leur projet s'était articulé avec les autres, et comment, au regard de cette première expérience, ils pensent mettre en œuvre un projet de deuxième génération, dans quel état d'esprit ils abordent cette étape.

²⁹ C. F. p10 de ce mémoire.

³⁰ C.f. p 12 de ce mémoire.

Les thèmes abordés dans les entretiens³¹ sont repris dans la grille d'analyse³²
Rappelons qu'ils ont pour objet de tester les quatre hypothèses suivantes :

*** Les premiers projets ont modifié les positionnements des différents acteurs participant à leur élaboration.**

*** Cette modification a un impact favorable sur la coopération à venir des acteurs.**

*** La négociation est un outil stratégique nécessaire à la construction d'une œuvre collective.**

*** La place de l'Infirmière Générale est fondamentale dans cette négociation.**

2.2.2.1. L'expérience des premiers projets.

2.2.2.1.1. Méthode employée dans la construction des premiers projets :

Les méthodologies utilisées dans la construction des projets étant différentes les unes des autres, nous en retiendrons les points communs.

2.2.2.1.1.1. Les Infirmières Générales et les PSSI :

* Le mode en est généralement participatif. Aucun PSSI n'a été élaboré par une seule personne. Cette participation se manifeste à des phases différentes de l'avancée des projets.

Lorsqu'il y a un état des lieux, les personnels du service infirmier sont impliqués dans cette phase très fortement, à partir de leurs unités de soins. Leur implication est moindre par la suite, la CSSI faisant parfois office de groupe de travail ou de force de proposition.

Lorsqu'il n'y a pas d'état des lieux, les personnels soignants participent à des réflexions théoriques, par thèmes le plus souvent prédéterminés par la DSSI, même si leur avis est demandé quant à la pertinence de ces thèmes.

Il y a donc de la part des DSSI un réel souci de faire participer les professionnels à la réflexion. Le moment le plus favorable n'apparaît pas clairement dans ces premiers projets.

³¹ C.F. p 22 de ce travail

³² C.F. Grilles d'analyse des entretiens en annexe 3

* Le consultant : la moitié des IG ont fait appel à un consultant pour les aider sur le plan méthodologique. Ces projets ont été pris très au sérieux dès le début par les IG. Soucieuses à la fois de faire « reconnaître » un service infirmier et une fonction, de produire un document rigoureux, porteur de sens, les IG ont eu besoin de l'aide d'un tiers objectif, compétent et non impliqué affectivement dans les relations de travail.

* La résolution des problèmes : Les thèmes de réflexion, sélectionnés par un petit groupe, ou par la majorité des soignants font référence à ce qui pose alors le plus problème : l'accueil, la communication, l'hygiène, l'organisation des soins et les outils du service infirmiers. Les PSSI deviennent alors les supports d'une méthode de résolution de problèmes, et la réflexion sur les concepts, un prétexte.

2.2.2.1.1.2. Les Directeurs et les projets d'établissement :

* Le support technique : Chaque projet d'établissement a été élaboré grâce à une aide technique, matérialisée par l'embauche soit d'un directeur « expert » qui se consacre spécifiquement à cette mission, soit d'un consultant pour guider la démarche. Ces mesures signent l'importance que les directeurs ont donnée aux projets d'établissement dès le début.

* Une réponse à un environnement perçu comme menaçant : la phase diagnostic quand elle existe est une aide importante dans la stratégie des directeurs : elle permet de mesurer les changements environnementaux en cours, sources d'anxiété et de conflits dans l'établissement. Le projet, constitué d'un projet médical et d'un PSSI, parfois d'un volet managérial, devient pour eux, un document fédérateur, symbole d'une culture commune.

2.2.2.1.1.3. Les médecins présidents de CME et le projet médical :

* Un projet corporatiste : de leur propre constat, les projets médicaux ont été compris comme des projets de développement des spécialités. Ils ont, de ce fait, eu une adhésion rapide et concrète du corps médical.

* Une aide méthodologique : Les consultants ont surtout été employés à l'écriture des projets.

2.2.2.1.2. Les difficultés et les ressources :

2.2.2.1.2.1. Selon les Infirmières Générales :

* Une méthodologie de projet et une charge de travail non maîtrisées : « *certaines soignants n'avaient jamais entendu parler de la démarche projet* ». Une IG a compté « *420 heures de réunions* », une autre constate « *beaucoup de travail d'écriture* ».

Les aides méthodologiques, formation ou accompagnement, proposées par les consultants sont appréciées.

* Un contexte environnemental instable : Il s'agit de l'environnement interne du PSSI, « *il y a de grosses difficultés quand trop de projets se télescopent* ». « *Il faut faire abstention de certaines rancoeurs* ». Les IG ne valident pas l'idée que les projets existent pour résoudre les problèmes.

Mais le PSSI est reconnu comme étant un outil permettant la construction, la structuration du service infirmier.

* Une implication des soignants aléatoire : La participation des soignants n'est pas toujours basée sur le volontariat. « *L'obligation ressentie, la contrainte* », incite les IG à constituer des groupes de travail avec des « *désignés d'office* ». Il y a eu « *peu de participation des autres professionnels n'appartenant pas à la CSSI* »

Les cadres et les membres de la CSSI sont très souvent porteurs du dynamisme nécessaire dans ces projets. Ils sont les leviers du changement.

* Une absence de partage avec les médecins : « *les séances avec le projet médical ont été très dures pour l'IG. C'était de l'abattage pour le plaisir, ils ont fait changer des virgules, ils ont été odieux* ». Ce ressenti extrêmement douloureux reste marginal. Pourtant les IG regrettent « *des difficultés de communication et un manque de collaboration. On travaille à côté* ». Quand participation médicale il y a, elle reste « *très artificielle* ». Leur participation aux réunions d'informations sur le PSSI est inconstante, marquée par un « *absentéisme important* ».

Le manque de maîtrise par les IG de la démarche de projet, associée au sentiment de devoir répondre à une contrainte législative, ont provoqué chez les IG des tensions importantes. Les choix arbitraires qu'elles ont dû faire, en particulier pour

s'assurer de la participation des soignants, l'hostilité ou la passivité peu bienveillante du corps médical ont aggravé ces tensions.

2.2.2.1.2.2. Selon les directeurs :

* Un cloisonnement de l'établissement : Il y a eu des difficultés pour « *assurer la convergence des intérêts des uns et des autres* ». « *Les médecins ont du mal à sortir de la logique de service* » et la loi de 91 a « *créé un 3e pouvoir en créant le service infirmier* ». Le cloisonnement s'est traduit par des projets de services, souvent de qualité, mais dont la cohésion n'était pas assurée.

Des ressources internes ont été trouvées dans « *l'encadrement paramédical* » en particulier, très impliqué dans les phases de diagnostic et d'auto-évaluation. Pour les directeurs, la réflexion sur le projet a au moins permis le débat.

* Un contexte environnemental instable : Il s'agit de l'environnement externe, politique, économique et social. Les restructurations, « *les conflits avec la tutelle qui tient le bec dans l'eau, ses exigences* », « *les décalages avec les objectifs régionaux* » sont autant d'éléments qui font des projets d'établissements les terrains de conflits politiques locaux.

Le soutien de certains élus est compris comme un atout important.

* Un défaut méthodologique : Comme les IG les directeurs constatent un manque de maîtrise de la démarche de projet. Ils l'expliquent par le manque de « *culture de l'écrit dans les hôpitaux* », « *la pression de la tutelle* », et un défaut de communication institutionnelle. Ceci donne naissance à des projets peu cohérents avec les objectifs régionaux, non validé par les DDASS et entraîne une démobilisation des acteurs. « *Les médecins étaient désabusés, indifférents, ils n'arrivaient pas à produire* »

* Des tensions au sein de l'établissement : certaines sont historiques, d'autres conjoncturelles. Selon les directeurs, elles sont exacerbées au moment d'écrire un document qui se veut « *culturel et fondateur* », et peut modifier les alliances.

Si on se réfère à la quantité de difficultés rencontrées, au regard des ressources identifiées, les premiers projets d'établissement ont été une épreuve pour les directeurs interviewés. La non-validation par la tutelle est une expérience marquante

pour eux. L'analyse qu'ils font de cet événement sera sans aucun doute, réinvestie dans les prochains projets.

2.2.2.1.2.3. Selon les présidents de CME :

* Un contexte environnemental instable : au même titre que les directeurs, les médecins pensent que le contexte local, en particulier celui qui est rendu « *très difficile dans les relations avec la tutelle* » est un frein à l'élaboration d'un projet d'établissement. Alors ils « *manquent de dynamisme pour continuer* »

Les médecins ont identifié deux types de ressources : l'appui politique représenté par les élus, et les médecins de ville, avec qui ils ont des relations amicales, confraternelles, datant de leurs années d'université.

* Un manque de dynamisme institutionnel : Pour eux, ce dynamisme institutionnel est directement en rapport avec celui du directeur. Ces projets, qu'ils reconnaissent comme étant des « *projets très corporatistes* » échouent parce qu'il manque quelqu'un à leur tête, un leader charismatique personnalisé, selon eux, par le Directeur.

* Un cloisonnement : « *On est tous très corporatistes* », on a « *des difficultés à réfléchir ensemble* » et l'on « *manque de communication interne* ». Les médecins ne s'approprient pas ces manques, ils les partagent avec l'ensemble des acteurs hospitaliers et en font des explications possibles aux difficultés rencontrées. « *On a du mal à faire des choix, chacun* »

* Une incompréhension : « *on est aveugle par rapport aux problèmes financiers, on ne nous explique pas* », « *il manque des règles claires et compréhensibles* », *le message de responsabilité économique ne passe pas* ». Le discours est récurrent : le cloisonnement précité, le corporatisme, ne sont pas que le fait du corps médical qui est tenu à l'écart des choses importantes, alors qu'on lui demande de participer à la maîtrise des dépenses. Les médecins voient là une source importante de pouvoir pour le corps administratif. Ce décalage est pour eux un frein à leur collaboration dans l'élaboration des projets.

2.2.2.1.3. L'articulation des différents projets.

2.2.2.1.3.1. Selon les Infirmières Générales :

Les PSSI sont nés de la volonté législative et de la volonté des DSSI. Le moment choisi pour leur élaboration, est indépendant des autres projets constituant le projet d'établissement, en particulier du projet médical. Il n'y a donc eu aucune articulation, pas ou peu concertation, en dehors des présentations lors d'une CME. Les PSSI ont évolué seuls, ils ont été « *intégrés* » au projet d'établissement *a posteriori*. Malgré cela, les IG ne constatent pas une réelle incohérence entre les PSSI et les projets médicaux, car les premiers sont très spécifiquement centrés sur le soin et ont permis aux soignants de « *se positionner dans les soins et de ne pas raccrocher le wagon médical* »

Les références aux politiques de santé, aux COM, au projet d'établissement sont absentes.

2.2.2.1.3.2. Selon les directeurs :

* La difficulté d'articuler les différentes logiques : « *ces logiques sont parfois contraires. Le PSSI doit s'articuler sur les axes stratégiques et le projet médical, il vient après. Mais il influence les autres projets, hôtelier, informatique, social etc...* »
« *Il n'y a pas eu d'articulation entre les projets* » dit l'un des directeurs d'établissement, mais « *le projet d'établissement vit dans les groupes du PSSI sur des thèmes centraux* »

Là encore, l'articulation des projets est reconnue insuffisante, Pourtant des qualificatifs importants apparaissent au sujet du PSSI : « *il influence* (les autres projets) et *fait vivre* (les thèmes du projet d'établissement) ». Le PSSI prend ici, dans le discours des directeurs une place transversale importante, porteuse de sens.

* Le projet médical est central : Cette notion est affirmée par plusieurs directeurs
« *Je regrette, que le PM³³ ait été fait en dernier, alors qu'il sous-tend tous les autres* »

2.2.2.1.3.3. Selon les présidents de CME :

Il n'y a pas eu d'articulation chronologique et le PSSI s'est « *raccroché* ». Il y a eu plus d'un an de décalage. « *Il n'y a pas eu de cellule de coordination, on nous a*

³³ Projet médical

présenté les projets, c'est tout. Mais on ne les connaît pas ». Le manque d'articulation est admis et il interpelle.

2.2.2.1.4. Bilan effectué par les différents acteurs

2.2.2.1.4.1. Par les Infirmières Générales :

* Un jugement souvent critique : « *Le projet est écrit, donc il existe...on écrit où l'on va pour avoir une chance d'y aller, ça relève de l'exercice de style* ».

Les jugements que portent les IG sur les projets de première génération sont aujourd'hui sans complaisance. Leur évolution personnelle au sein d'un environnement qui a beaucoup changé en cinq ans, les pousse à poser un regard professionnellement critique. Elles reconnaissent, malgré l'aspect critiquable de leur travail, que l'expérience leur a permis de progresser : pour certaines, « *il était trop conceptuel, pas assez opérationnel* » et « *on ne traduit pas la réalité* », pour une autre « *il n'y avait aucune réflexion de fond* ». Ces jugements posés quelques années plus tard, sont le fruit de leur expérience et de leur propre disposition.

* Et des points à retenir : Parfois formulées de façon négative certaines opinions nous projettent dans l'avenir.

Un consultant apporte non seulement une aide méthodologique mais également une certaine neutralité dans les relations qui aide l'IG à se positionner et à « *donner l'impulsion* »

Un projet « *très corporatiste est source de dysfonctionnements* »

Il doit être participatif, mais un projet qui « *part tous azimuts* » parce que l'on a « *voulu rendre aux équipes ce qui leur appartenait* », n'est pas toujours très cohérent. Pourtant « *la nomination d'experts dépossède tout le monde* »

Il s'agit donc pour les IG de trouver un juste milieu entre le trop et le pas assez conceptuel, le trop et le pas assez participatif : une négociation à mener *a priori* avec les professionnels infirmiers et les directeurs.

2.2.2.1.4.2. Par les directeurs :

* Un jugement souvent critique : Les directeurs tentent aujourd'hui de comprendre pourquoi leur projet n'a pas été approuvé par les DDASS : « *il n'y avait pas de* »

priorisation des besoins, c'était une somme de projets de services » et même si « l'intérêt de partir des projets de services, c'est d'impliquer la communauté médicale... ça laisse sur le bord du chemin une bonne partie de l'établissement ». Alors que « le projet d'établissement est fait pour fédérer », ces démarches sont perçues comme des erreurs stratégiques.

Mais dans quand le consultant a pris une place trop importante ce sont les médecins qui se sont sentis exclus : « les médecins ne se sont pas retrouvés dans un document élaboré par un consultant et un directeur. Ce n'est pas leur chose...on a un document »

* Et des points à retenir : *« Les mentalités ont évolué fortement vers la coopération sur des projets communs. Les idées ont cheminé ». Les directeurs disent avoir eu une mauvaise gestion du temps ; la phase diagnostic, très importante pour des premiers projets a demandé un investissement-temps imprévisible mais les a enrichis d'informations incontournables. Et même si « on a tout fait à l'envers », les gens ont pu « débattre sur leur structure, ce qui est un facteur de cohésion ».*

2.2.2.1.4.3. Par les présidents de CME :

* Des regrets : *Le projet « est resté dans les tiroirs de la DDASS ». Ils expliquent cet abandon par le fait que « l'objectif de la rédaction n'était pas clairement défini » et ils ont fait un « projet idéal », une « lettre au Père Noël ».*

* Une responsabilité rejetée : *Pour les médecins, « une fois que le projet médical est écrit, on considère que c'est fait ». Ils ont donc cru au Père Noël, et n'hésitent pas à dire que le manque de dynamisme institutionnel y est pour quelque chose, et que « tout vient du Directeur ».*

2.2.2.2. Les enseignements tirés des premiers projets :

C'est une de nos hypothèses que nous allons tester ici :

Les premiers projets ont modifié les positionnements des différents acteurs participant à leur élaboration.

Nous allons voir si l'expérience, même parfois douloureuse, des premiers projets, incite les acteurs concernés à changer et comment. Nous allons rechercher ce qu'ils se proposent de changer, ou pas, dans leurs pratiques, essayer de comprendre

également ce qui a pu provoquer des « *blocages* », terme qui a été utilisé plusieurs fois par les personnes interviewées ; l'objectif est pour nous de savoir identifier, au moment requis dans notre propre projet professionnel, ces comportements possibles.

2.2.2.2.1. Le choix de la démarche

2.2.2.2.1.1. Pour les Infirmières Générales

* Une démarche institutionnelle : c'est un élément fort sous tendue par un « débat institutionnel ». « *Il faut une démarche institutionnelle, participative, avec un groupe de pilotage* ». Ce projet doit être précédé d'une phase diagnostic interne, mais également externe : des questionnaires distribués largement dans la cité, auprès des usagers, des associations, des libéraux interrogeant les participants sur leur besoin en soins.

* Une démarche participative structurée : cette participation large, passe par la constitution de groupes de travail « *multiprofessionnels* ». Les IG souhaitent « *impliquer tous les soignants, pas seulement les cadres* » et la CSSI reste force de travail et de proposition. Les PSSI peuvent s'inspirer des rapports d'activité, doivent utiliser le principe des priorités, et prendre des orientations « *pratiques, sur le métier* »

* La prise en compte du COM : les IG souhaitent des PSSI plus en lien avec leur environnement : « *il faut s'appuyer sur le COM, sur les orientations stratégiques du Projet d'établissement, en retenir les grands thèmes et travailler dessus* ». On peut également « *s'inspirer du manuel d'accréditation* » et travailler « *sur les vigilances* ».

Il semble que les deuxièmes projets bénéficient de l'expérience et de la compétence des IG en la matière. Leur compétence s'est affinée, elles ont une approche bien plus globale, socio-économique. Elles n'en oublient pas pour autant la matière première, le soin, mais la situe dans un contexte, dont les éléments sont en interaction permanente.

2.2.2.2.1.2. Pour les Directeurs :

* Une démarche participative structurée : l'aide d'un consultant semble à nouveau requise. Les directeurs souhaitent mener une démarche plus rigoureuse, aidés d'un comité de pilotage commun pour tous les projets.

* Un temps mieux géré : l'expérience des premiers projets permettra de mieux gérer un temps qui coûte cher sur le plan financier, et sur le plan de l'énergie dépensée. « *Il sera plus resserré, moins de groupes de travail. Trop de réunions entraînent des récupérations... trop cher* »

Les directeurs comptent, ils évaluent ce que la construction des projets leur a coûté, mais ils s'inscrivent également aujourd'hui dans un environnement plus maîtrisé. Leurs ambitions au sujet des projets semblent plus concrètes, plus rationnelles : la participation certes, mais sans le risque d'une gabegie financière...

2.2.2.2.1.3. Pour les Présidents de CME :

La démarche semble plus claire. « *On sait mieux maintenant ce que l'on a à faire* ». Mais « *les orientations régionales public/privé doivent être clarifiées avant que soit écrit le projet médical* ».

L'expérience des premiers projets n'est pas très positive pour les médecins interviewés. Ils ont encore des difficultés à se projeter dans quelque chose de différent.

2.2.2.2.2. Les choix stratégiques :

2.2.2.2.2.1. Pour les Infirmières Générales :

* L'intégration des autres professionnels non médicaux : les IG souhaitent intégrer « *les électrons libres* » dans l'élaboration du projet de soins infirmiers qui devient alors projet de soins. Eux le souhaitent-ils ? La négociation doit être menée de façon très professionnelle dans ce domaine-là, car il touche à des zones de pouvoirs, à des territoires.

* Une réflexion de fond sur la communication : « *stratégiquement un gros travail de communication est à faire préalablement* ». Pour les IG, le PSSI ne peut pas se

construire sur un terrain vierge de toute préparation. Ce travail de communication est l'affaire des IG et des animateurs choisis par elles pour leur compétence et leur engagement. Il est un enjeu important pour la réussite du PSSI.

* La prise en compte des politiques de santé et des orientations stratégiques institutionnelles. Si l'on se réfère à l'analyse des 12 PSSI de première génération, et aux entretiens, ces préoccupations sont nouvelles. Le PSSI s'inscrit aujourd'hui dans un contexte environnemental bien plus présent dans les projets des IG. Peut-être la première étape était-elle nécessaire. Quelles qu'en soient les raisons, on ne peut que faire le constat d'une évolution entre les deux projets.

2.2.2.2.2. Pour les Directeurs :

* Le ratio risque- bénéfice : Pour chacun des projets, il faut être capable de mesurer ce qu'il doit apporter et ce qu'il va coûter. Certaines phases de diagnostic doivent être plus simples car elle font émerger des dysfonctionnements, qui ne sauront être réduits « , « il *ne faut pas faire naître de faux espoirs* ».

* L'utilisation des thèmes transversaux : « *des thèmes comme la douleur, la qualité permettront une interpénétration médicale, soignante et administrative. Mais il faut sortir le nez des problèmes quotidiens* ».

* L'identification de leviers de changement : « *il faut identifier les gens porteurs ou coincés par le projet* ». « *Le service infirmier et les usagers sont des piliers incontournables* ». Les directeurs ont compris l'importance stratégique des usagers au sein de l'institution hospitalière. Mais leur rôle de « piliers », associée à celui du service infirmier, ne nous dit pas où ils les situent : participeront-ils à l'élaboration des projets ? ou seront-ils seulement écoutés dans les phases diagnostic ?

2.2.2.2.3. Pour les Présidents de CME :

Les médecins de CME situent leur activité au sein d'une ville. La concurrence avec le secteur privé hospitalier leur pose problème. Pour eux, stratégiquement, la réflexion sur le projet médical doit être menée une fois prise en compte la position de la tutelle, quant au partage des activités. C'est de cette transparence que naîtra un projet d'établissement cohérent.

Il paraît clair que l'approche et le positionnement des acteurs a fortement évolué entre les deux projets. Ce sont des évolutions disparates.

On peut distinguer une évolution semblable chez les IG et chez les Directeurs : ces deux groupes ont surmonté les difficultés qui ont été les leurs et se sont adaptés à un environnement plus maîtrisé. Ils tirent les leçons de leur première expérience et se positionnent de façon constructive, et prennent en compte tous les professionnels.

Les médecins sont encore en retrait. Ils se sont engagés volontiers dans les premiers projets, croyant comme ils le disent « *au Père Noël* ». Leur manque de réalisme à l'époque a donné lieu à des projets médicaux qui ont été déboutés. Ils ne l'oublient pas, mais ils sont conscients et parfaitement informés des contraintes environnementales. Leur positionnement a forcément changé, il est sous-tendu par une réflexion profonde sur leur propre marge de manœuvre dans le monde de la santé.

On peut donc affirmer que : ***Les premiers projets ont modifié les positionnements des différents acteurs participant à leur élaboration.***

2.2.2.3. Les opinions des acteurs sur la coopération possible.

C'est la troisième partie de l'hypothèse qui est testée.

Cette modification a un impact favorable sur la coopération à venir des acteurs.

La question qui fut posée à chacune des personnes interviewées était la suivante :

«Pensez vous que les professionnels de santé, infirmiers en particulier, peuvent aider à l'enrichissement de la réflexion sur le projet médical dès son origine ? Si oui en quoi ? Sinon pourquoi ?

Selon vous le Projet de soins infirmiers peut-il s'enrichir de la participation des autres professionnels, médical et administratif ou médico-technique dès sa conception ? »

L'objectif était de repérer si, au terme d'une première expérience où, nous l'avons constaté dans l'étude, la collaboration des acteurs dans les projets catégoriels, avait été quasiment nulle, des intentions de coopérer se manifestaient pour l'avenir.

La question qui est posée à chacun va plus loin que la simple coopération évoquée dans l'hypothèse : des propositions sont faites, comme la coopération *a priori* des différents acteurs, dès la phase de conception des projets, et non pas seulement dans les phases de diagnostic, de mise en œuvre ou d'évaluation des projets.

2.2.2.3.1. Une coopération nécessaire :

2.2.2.3.1.1. Pour les Infirmières Générales :

Pour les IG, il n'y a pas de doute, la réflexion sur le PSSI ne peut que s'enrichir de la présence dès l'origine, des autres professionnels. *« Il faudrait associer les autres soignants, ce serait logique. Il faudrait intégrer les médecins, recentrer les activités sur le patient, tout le monde s'y retrouve »*. Certaines pistes méthodologiques sont proposées *« il faut que chaque groupe de travail valide ce que fait les autres »*, mais certains préalables sont jugés nécessaires, *« la réflexion préalable doit être profonde, il faut un gros travail d'échange et de communication »*. L'intérêt de cette coopération est *« un échange de culture, une meilleure compréhension des logiques des uns et des autres »*. Ce sont les *« thèmes communs, porteurs, comme la douleur »* où la coopération semble la plus aisée. Peut-être parce qu'elle est concrète, quotidienne au lit du malade

Une IG nous dit *« il faut convier les médecins à une réflexion dans la conception du PSSI. Le point de vue des soignants doit être pris en compte également dans le projet médical. »*

2.2.2.3.1.2. Pour les Directeurs :

« On pourrait mieux collaborer sur les orientations générales ». Pour ce Directeur, ces orientations générales sont le support de la réflexion de chacun des projets catégoriels. C'est bien une collaboration fondatrice qu'il s'agit. Il ajoute : *« Il faudrait une démarche itérative entre le PM et le PSSI. C'est l'idéal, mais la mise en œuvre !!! je n'y crois pas trop »*

« Sans aucun doute ...c'est vrai qu'on y gagnerait ». Cette coopération paraît évidente aux directeurs, sur le plan théorique. Le passage à la mise en application semble difficile d'accès.

2.2.2.3.1.3. Pour les présidents de CME :

« Oui, les infirmières pourraient apporter quelque chose à la réflexion, tout serait plus cohérent. Ça nous obligerait à rediscuter du Projet médical...Il y a des endroits où ça marche, B, M... », dit l'un, dont le premier projet médical avait été « débouté » par la tutelle car trop peu réaliste. ». « Il faut que nous travaillions ensemble » dit l'autre, en ajoutant « et faire participer les usagers ». Tous ces discours ouvrent des portes que nous empresserons de prendre.

2.2.2.3.2. Une coopération difficile :

2.2.2.3.2.1. Pour les Infirmières Générales :

Si la coopération avec tous les soignants médico-techniques et médicaux semble imaginable pour les IG dans la conception des PSSI, si elles reconnaissent un intérêt à leur propre participation dans les autres projets, en particulier le Projet médical et d'établissement, la participation de personnels administratifs ou techniques n'est pas envisagée.

2.2.2.3.2.2. Pour les Directeurs :

Malgré leur approbation, sur le principe, de la coopération précoce des acteurs, les directeurs identifient de nombreux freins.

*** Des freins structurels :**

« Le code de la santé est trop rigide, trop sclérosant. Il nous dit de quoi doit être composé le projet d'établissement, de telle et telle chose, au lieu de nous dire il faut traiter de tel ou tel aspect. On pourrait mieux collaborer sur des orientations générales ».

*** Des freins culturels :**

« Il faut la collaboration de tous, y compris des syndicats. Avec les médecins, c'est dur d'assurer un suivi de façon durable. Le seul qui ait accepté de travailler sur le PSSI est le mari de la directrice de l'IFSI. ». Ce directeur identifie deux groupes qui, selon lui, peuvent être susceptibles d'être un frein à la coopération.

Un autre ajoute : « *La collaboration est difficile au niveau des médecins. On doit avoir une osmose entre tous les acteurs du soin. Ils ont peur de se faire bouffer* ». Mais le frein vient parfois d'eux-mêmes, de leurs souvenirs malheureux, de leur propre peur « *Il faudrait une énergie incroyable ! Quand on s'est brûlé les ailes...j'ai failli sauter...Cet établissement est toujours en guerre, c'est un combat de tous les jours* »

2.2.2.3.2.3. Pour les présidents de CME :

Travailler ensemble est difficile pour les médecins « *On sait qu'il faut changer, mais que les autres commencent !* ».

2.2.2.3.3. Un décalage temporel :

2.2.2.3.3.1. Pour les Infirmières Générales :

Pour plusieurs IG, cette proposition de coopération arrive trop tôt. « *c'est trop tôt, il y aura blocage* » dit l'une ; « *ce n'est pas mûr* » dit une autre. C'est dans ces deux cas, de la collaboration des infirmières à la réflexion sur le projet médical qu'il s'agit. Cette opinion n'est pas partagée par toutes, pour d'autres « *il n'y a pas de problème* », ou bien « *il faut faire alliance avec les médecins* ». Elle semble dépendre profondément de ce que vivent les IG dans leur propre établissement, et de leurs relations de travail avec les médecins.

2.2.2.3.3.2. Pour les Directeurs :

« *Les mentalités ne sont pas prêtes, même si c'est l'idéal en terme de fonctionnement (la coopération précoce)... Je pense que ça sera mûr pour le prochain. Pour le précédent projet, c'était trop tôt* ». Malgré les difficultés identifiées aujourd'hui, l'espoir dans une coopération pour le prochain projet, demeure.

Mais selon l'un d'entre eux, septique « *il faut s'assurer que l'engagement se fait dans la durée* ». Le rapport au temps est un élément à prendre en compte. Il doit être connu, pour être compris et géré. C'est peut-être aussi un terrain sur lequel doit se porter la négociation.

Les médecins interviewés ne se sont pas prononcés sur ce thème.

On peut affirmer que du côté des IG et des Directeurs l'expérience des premiers projets ***aura un impact favorable sur la coopération à venir des acteurs***. C'est d'une démarche volontaire, plus intellectuelle et stratégique que concrète que naît ce changement. Cependant les tensions, que vivent au quotidien ces deux corps professionnels, provoquent des résistances, involontaires, affectives, liées à la peur. Du point de vue du corps médical, notre enquête ne permet ni de confirmer, ni d'infirmier l'aspect favorable de l'expérience des premiers projets sur la coopération à venir. Des réserves doivent être faites : dans les discours des présidents de CME rencontrés, la coopération des acteurs est effectivement souhaitée, mais leur croyance dans un projet d'établissement est émoussée. Coopérer oui, mais pour quoi faire ?

Sur ces perceptions négatives là, un travail de communication et de négociation sera à mener par les Directeurs d'établissement.

Connaissant ces réserves, ainsi que les peurs des uns et des autres quant à la perte éventuelle d'un pouvoir ou d'une certaine liberté, l'IG aura une démarche stratégique prudente, visant à la fois à manifester sa compréhension et son souhait de coopérer, mais aussi à positionner le service infirmier comme un collaborateur constructif et professionnel.

2.2.2.4. La lecture théorique de ces résultats.

Les projets d'établissement, selon les lois de 91 et de 96, avaient pour objectifs de développer les responsabilités des acteurs, d'améliorer la concertation au sein des établissements, de développer la qualité des soins et de favoriser l'insertion de l'hôpital dans son environnement.

Ces quatre orientations sont aujourd'hui claires dans la pensée et l'expression des acteurs interviewés. Pourtant elles posent problème. Nous pouvons essayer de comprendre, grâce aux références théoriques choisies, comment ces problèmes constatés peuvent être analysés.

2.2.2.4.1. En référence à Mintzberg :

Les acteurs interviewés constatent tous un corporatisme important, un cloisonnement des fonctions et des rôles, une parcellisation des responsabilités. Ils en reconnaissent les effets délétères sur une action collective à mener.

Ce que Mintzberg appelle un « *regroupement des individus par standardisation des qualifications* » devient un frein dans la conduite d'un projet commun.

La « *rupture de la ligne hiérarchique* » entre le Directeur, responsable juridique de l'établissement, et le corps médical, expert technique au pouvoir important, maître de l'environnement client, est de façon classique considérée comme une entrave aux relations et au changement.

Cette rupture hiérarchique est déplorée par les Directeurs qui n'ont, disent-ils, aucun pouvoir sur le corps médical. Les médecins, de leur côté, défendent cette indépendance, mais déplorent paradoxalement la présence d'un leader dans l'institution, qui pourra les entraîner, avec les autres professionnels dans un projet collectif, cohérent, bien inséré dans un environnement socio-politique dont il connaît bien les enjeux.

Si l'on souhaite promouvoir la responsabilité des acteurs, et améliorer la concertation, une ligne hiérarchique directe, synonyme de pression possible, mais également de déresponsabilisation, est -elle nécessaire ? La négociation n'est-elle pas alors un outil qui peut permettre à des professionnels d'assumer les responsabilités de leur fonction, de mieux se connaître et de tendre chacun vers plus d'autonomie ?

L'IG, membre de l'équipe de Direction, et possédant, par expérience une connaissance des logiques médicale et soignante, est un élément incontournable dans cette négociation.

2.2.2.4.2. En référence à Crozier et Friedberg :

2.2.2.4.2.1. Les stratégies d'acteurs et les relations de pouvoir.

Elles sont relativement faciles à identifier, dans les discours des interviewés :

* Les IG ont deux objectifs qu'elles vont développer à travers les projets, PSSI et projet d'établissement : faire reconnaître le service infirmier et faire reconnaître la fonction d'IG comme membre de l'équipe de direction. Pour cela elles utilisent :

-Soit une stratégie d'alliance, avec le corps médical, avec les autres professionnels paramédicaux, avec le corps de direction.

-Soit au contraire une stratégie de différenciation, en se démarquant, par la conduite d'un projet isolé, conceptuel et exclusivement professionnel.

Nous pouvons identifier au terme de ces entretiens des relations de pouvoir dominantes, ainsi que des zones d'incertitudes.

* Les directeurs ont pour objectifs de conduire à terme un projet d'établissement, en conservant une certaine paix sociale, mais également de se faire reconnaître par l'ensemble des acteurs, y compris et surtout par le corps médical, comme les véritables chefs des établissements. Leur stratégie se veut conciliante, mais ferme, ils font volontiers alliance avec les autres professionnels en particulier le service infirmier à qui ils reconnaissent l'expertise des soins qui leur manque.

* Les médecins ont pour objectif de conserver leur pouvoir et leur autonomie. Ils ont parfois une stratégie d'opposition systématique. Le projet médical est leur projet, il devient parfois un outil de pression vis-à-vis du directeur : « si vous voulez un projet médical, faites le vous-même ». C'est ainsi que l'on trouve des projets écrits par des directeurs et des consultants, dans lesquels les médecins ne se retrouvent pas. Ceci leur permet de rester dans « l'opposition ». Ils font, dans les discours, volontiers alliance avec les infirmières. Mais pour eux qui est l'IG ?

2.2.2.4.2.2. Les zones d'incertitudes :

Dans la construction des projets de deuxième génération, ces « zones d'incertitudes » devront être prises en compte.

* L'environnement instable : chacune des personnes interviewée, quelle que soit son appartenance professionnelle a exprimé son inquiétude face à un avenir imprévisible selon eux. Les difficultés à se projeter dans un avenir différent, mouvant, le désir d'un avenir idéal pour l'hospitalisation publique bloquent les comportements et les situations.

* L'expérience douloureuse des premiers projets :

Les premiers projets ont parfois laissé des traces douloureuses, souvent parce que l'investissement a été jugé important au regard des résultats obtenus. L'intérêt collectif que peut représenter la construction d'un projet disparaît devant les contraintes et les risques que l'on imagine.

* Le manque de maîtrise de la conduite de projet :

Cet argument a été récurrent dans les discours, en particulier pour la construction des premiers projets. L'expérience, le renforcement réglementaire, l'apparition des COM, sont autant d'éléments qui joueront en faveur d'une plus grande rigueur méthodologique.

2.2.2.5. Les opinions des acteurs sur la négociation dans la construction des projets :

La question de la négociation ne fut pas posée de façon ouverte, mais au cours des réflexions sur la coopération, elle fut abordée, parfois spontanément, par les personnes interviewées.

Suggérée, elle entraîna quelquefois des réponses ambiguës.

Le système d'hypothèses testé dans cette partie est le suivant :

La négociation est un outil stratégique nécessaire à la construction d'une œuvre collective.

La place de l'Infirmière Générale est fondamentale dans cette négociation.

2.2.2.5.1. Le terrain de la négociation :

Dans cette dynamique de projet, la négociation entre les différents acteurs est possible et souhaitable, selon eux, pour améliorer la cohérence. Elle se situe cependant dans un domaine ciblé, aux frontières tracées par les professionnels. Ces frontières seront-elles rigides ou négociables ?

La première négociation évoquée est celle qui doit se faire sur le « *sens des mots* ». C'est une négociation sur le langage, donc sur la pensée, ce que nous appelons dans ce contexte « la logique professionnelle ». Par exemple, le mot « *adaptable* » qui apparaît dans un PSSI concernant le personnel du service infirmier a donné lieu à une négociation tendue avec les syndicats qui en avait une représentation différente de celle de l'IG. Les logiques des différents acteurs, assorties souvent d'un langage et d'une idéologie propres, entraînent ce genre de négociation. Elle paraît incontournable.

Les thèmes qui rassemblent les acteurs sont aussi des terrains où se jouent des négociations : la douleur, l'accueil des démunis ou autres orientations nationales. Si ces thèmes rassemblent les acteurs et ne sont donc pas soumis à négociation, ce sont les représentations qu'ils en ont, au regard de leur propre pratique professionnelle, qui entraînent des confrontations.

La négociation sur la participation des médecins à la construction des PSSI et celle des infirmières à la réflexion sur le projet médical, fut évoquée spontanément par une IG et un président de CME.

2.2.2.5.2. Les freins à la négociation.

Un des freins majeur invoqué est la personnalité des acteurs : « *certains veulent bien négocier, d'autres non* ». Mais sa propre résistance, ou sa propre peur de provoquer des bouleversements est également un frein. « *Négocier notre participation au projet d'établissement ou au projet médical ? on serait mal accueilli...On ne peut pas tout défendre. Le PM est l'intérêt des médecins. Une infirmière peut les aider à réfléchir ? c'est trop tôt.* » dit une IG. Trop tôt pour qui ?

Les personnes qui ont à négocier doivent se sentir prêtes à le faire, pour ne pas aller à l'échec. Cet élément, ce travail personnel que chacun a à faire est à prendre en compte dans notre projet.

2.2.2.5.3. Les aides à la négociation

Être capable de négocier signifie, selon un des directeurs, échanger « *un comportement affectif pour un comportement professionnel* ».

Les COM semblent représenter un support de négociation qui intéresse les personnes interviewées. Il est concret, et représente un souci quotidien pour chacun. Conscients de l'engagement collectif qu'il représente, les professionnels se disent prêts à collaborer et à négocier.

Les démarches d'auto-évaluation et d'accréditation les « *aide un peu dans cette voie* ».

Pour conclure cette partie de l'étude, nous reprendrons les termes utilisés par les participants.

Une IG nous dit « *Une bonne négociation permet d'harmoniser les démarches, d'éviter les doublons* ». Un directeur ajoute avec optimisme « *Il faut de la transparence, ici c'est encore la loi du silence ... mais il y a une évolution des mentalités, des enjeux importants pour tous, je suis confiant* »

Quand les enjeux seront perçus comme importants par tous, peut-être le terrain de la négociation sera-t-il plus accessible, et moins audacieux.

Malgré cette réserve, les deux hypothèses opérationnelles peuvent être confirmées. En effet, la négociation comme outil nécessaire à la construction d'une œuvre collective, n'est jamais rejetée. Elle est parfois reportée à plus tard, car les freins structurels, ou liés aux habitudes relationnelles des acteurs, effraient, mais elle n'est pas refusée. Quant à l'aspect stratégique de son utilisation, les acteurs concernés l'admettent et le soutiennent.

La place de l'Infirmière Générale est fondamentale dans cette négociation : elle existe, elle est reconnue, parfois même prépondérante car identifiée comme étant à l'interface des logiques administrative et médicale.

L'hypothèse générale : « ***L'expérience acquise lors de la construction des projets hospitaliers de première génération est un élément favorisant la négociation nécessaire à la coopération des différents acteurs dans l'élaboration du second projet d'établissement et à l'insertion du Projet de Service de Soins Infirmiers*** », peut être confirmée.

On constate en effet que les acteurs sont aujourd'hui conscients des enjeux liés à ces projets, que leur cohérence est un gage de qualité et de reconnaissance par ce qu'ils appellent « la tutelle », et que la négociation est un outil incontournable pour l'atteindre.

Pourtant, nous devons reconnaître une réserve dans notre affirmation : la place des acteurs dans cette négociation sera difficile à trouver, les rapports de force, les relations de pouvoirs sont enracinées dans une culture dominée par le corporatisme et la collaboration professionnelle doit se construire dans la complémentarité.

3. CHAPITRE TROIS. LA PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE.

Dans un objectif de cohérence, l'insertion du projet de service de soins infirmiers dans le projet d'établissement, est soumise à une négociation qui vise à mettre en œuvre une coopération la plus précoce possible, entre le service infirmier et les autres professionnels.

Le projet qui va être décliné ci-après est le fruit de notre expérience renforcée des connaissances produites par cette étude. Une synthèse des éléments forts à prendre en compte précèdera la démarche stratégique développée par l'IG pour promouvoir, ou provoquer, une collaboration *a priori* des acteurs hospitaliers dans la conception et l'élaboration des projets.

Ce sont les étapes de cette démarche qui consiste à soutenir un mode de fonctionnement fondé sur la collaboration, que nous allons décliner ci-dessous.

C'est par le biais du Projet d'établissement, que nous tenterons, dans un premier temps d'articuler les actions négociées des différents acteurs hospitaliers. Ces propositions sont des pistes de réflexion qui visent à renforcer la cohérence d'un programme autour de la demande des usagers des soins.

Dans un deuxième temps, l'IG, pour démontrer la pertinence et l'honnêteté de son point de vue, commencera à proposer, dans le cadre du PSSI, la participation des autres professionnels. À la rigueur des procédures d'ordre technique (que nous ne développerons pas), s'associera bien sûr la souplesse nécessaire à toute négociation.

Dans un troisième temps, l'IG, consciente de la complexité de la démarche, suggèrera la participation du service infirmier dans l'élaboration du projet médical. Cette proposition s'appuiera sur des arguments professionnels, renforcés par les questions qui se posent sur l'avenir de l'établissement, et la qualité du service à rendre aux usagers.

Bien sûr il ne peut y avoir de chronologie dans ces trois étapes, elles sont concomitantes, inséparables et les allers-retours permanents feront partie de la démarche.

Il est important de préciser ce que n'est pas la démarche ci-dessous proposée :

* Elle n'est pas une description de la méthodologie de projet : nous n'entrerons pas dans les détails structurels du projet, et ne décrirons pas la mise en œuvre des différentes phases.

* Ce n'est pas non plus la description d'une stratégie de communication visant à favoriser l'adhésion des professionnels hospitaliers : nous ne développerons donc pas l'axe stratégique visant à la mobilisation des personnels autour d'un projet fédérateur, même si nous en reconnaissons l'aspect essentiel.

La négociation que nous situons au centre de notre projet peut rester un concept un peu abstrait. Nous la pensons nécessaire dans les relations professionnelles quelles qu'elles soient, compte tenue de l'évolution actuelle des enjeux qui touchent la prise en charge de la santé en général et l'hospitalisation publique en particulier. L'évolution des positionnements des acteurs, constatée dans notre étude, nous offre une perspective positive dans ce sens. Les freins que nous avons identifiés ne sont pas sous-estimés.

Ils sont pris en compte, sans aucune naïveté, dans notre projet.

Nous sommes tout à fait conscients du fait que les propositions ci-dessous nécessitent le soutien du chef d'établissement, à qui revient, en toute légitimité la décision finale. Notre postulat est donc que le fonctionnement préconisé, qui s'appuie sur l'aptitude et la volonté de travailler en concertation, et considère la négociation comme condition à la cohérence des actions, a pour promoteur le directeur d'établissement.

3.1. RAPPEL DES ELEMENTS FORTS EMERGEANT DE NOTRE ETUDE.

3.1.1. LES DERNIERS TEXTES :

Ils vont dans le sens de la coopération, et de la responsabilisation des acteurs, pour une démarche globale de qualité destinée à répondre à la demande des usagers acteurs.

3.1.2. LES PROFESSIONNELS ONT L'INTENTION DE COLLABORER .

Sans toutefois perdre de leur marge de manœuvre, et ce, malgré la rupture de la ligne hiérarchique dans l'organisation hospitalière,. Tous les professionnels doivent être intégrés, aucun ne doit rester « *sur le bord de la route* »

3.1.3. ILS ONT ENCORE DES OBJECTIFS CORPORATISTES.

Les stratégies des groupes professionnels concernés par la conception et l'élaboration des projets sont encore sous-tendues par des objectifs corporatistes, dont ils se défendent. Paradoxalement, ils souhaitent à la fois participer à une action collective dont ils perçoivent la pertinence, et se démarquer, parfois en s'opposant aux autres groupes, par la construction d'une identité propre.

3.1.4. IL EXISTE UN « CIMENT SYMBOLIQUE »

grâce auquel l'organisation se maintient , qui est de « *rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme* »³⁴. Les projets doivent s'articuler autour de lui, à partir de thèmes dits « transversaux »

3.1.5. LA QUESTION DU CHAMP DE COMPETENCE .

Elle est récurrente. Les interfaces sont identifiées et reconnues comme étant des zones de coopération et de négociation facilement praticables.

³⁴ ³⁴ Strauss A., Textes réunis et présentés par Baszanger I., « *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme* », ed L'Harmattan, coll. Logiques sociales, Paris 1992, 319 p.
C.F. p 14 de ce mémoire.

3.1.6. LES TIERS.

Représentés par les consultants ou les formateurs, ils sont aidant, grâce à leur expertise et à la neutralité de leur position d'arbitre.

3.1.7. L'ENVIRONNEMENT POLITICO-ECONOMIQUE

L'environnement de l'hôpital, très mobile, est perçu par tous comme menaçant la stabilité et la fiabilité des décisions.

3.1.8. IL EXISTE DES FREINS CULTURELS ET STRUCTURELS.

à la coopération. Certains constitueront un terrain sur lequel se joueront des négociations importantes, puisque si l'on s'en réfère à notre cadre théorique « *la tension est un des supports de la négociation* »

3.2. LES PROJETS COMME TERREAU DE LA NEGOCIATION HOSPITALIERE.

Le projet d'établissement répond en partie à un objectif de planification, qui peut être considéré comme un instrument d'action volontaire sur l'avenir, de croissance coordonnée, ainsi que comme un processus de communication et de motivation. Dans son sein, le PSSI se construit autour d'axes de progrès, centrés sur la qualité du service rendu aux usagers dans le domaine des soins infirmiers. La réflexion conceptuelle fondatrice, chacun des axes stratégiques, chacune des actions, réajustées, confrontées à l'évolution de l'environnement sont à négocier avec les autres professionnels de l'établissement, avec ceux des réseaux de soins, ainsi qu'avec les usagers.

Il n'y a pas de chronologie dans la présentation faite ci-dessous. Les interfaces entre différents projets sont nombreuses et les démarches, dépendantes les unes des autres, avancent de concert .

3.2.1. LA COOPERATION DES PROFESSIONNELS DANS LES DIFFERENTES PHASES DU PROJET D'ETABLISSEMENT. ³⁵

3.2.1.1. La détermination de la vocation et des finalités de l'établissement :

3.2.1.1.1. Une étape fondamentale.

Le projet d'établissement oblige les acteurs à concevoir leur mission professionnelle non plus comme une entité propre et indépendante, aux intérêts spécifiques, mais comme la partie d'un tout, participant une action collective, au sein d'un établissement singulier, inséré dans un environnement particulier.

La confrontation des différentes logiques est essentielle dans cette phase, elle permet une meilleure connaissance de l'autre, une compréhension des stratégies et un échange autour de la vocation globale réelle de l'établissement.

3.2.1.1.2. À laquelle participe le service infirmier.

Le service infirmier a besoin d'avancer au rythme de cette première phase pour construire son propre projet. Sa participation lui procure des éléments importants pour sa propre progression mais également pour la négociation des actions collectives à venir. Cette phase est une phase conceptuelle, créatrice des liens socioprofessionnels nécessaires à la cohésion.

³⁵ Inspiré de Godet M. « Prospective et planification stratégique » Editions Economica, Paris 1991

3.2.1.1.3. Les autres professionnels de l'établissement.

Si la participation du corps médical n'est jamais négligée dans un établissement, celle d'autres professionnels, administratifs, techniques ou médico-techniques, est plus aléatoire. Pourtant une réflexion fondatrice, dans laquelle toutes les sensibilités et toutes les compétences sont représentées, assure une cohésion non négligeable du projet d'établissement.

Pour l'IG, ou les représentants du service infirmier qui participent à la réflexion, c'est un moment choisi pour approfondir les relations, échanger sur les représentations professionnelles, et négocier leur participation au PSSI.

3.2.1.1.4. Les usagers.

La présence des usagers dans cette réflexion paraît importante. Un des constats de ce travail est qu'il existe des freins culturels et structurels à la coopération des acteurs. Celle des usagers n'est pas réellement prévue, elle peut remettre en question les certitudes corporatistes des professionnels quant à leur mission. C'est dans ce sens qu'elle est intéressante, puisqu'on demandera aux usagers de se prononcer sur la finalité et la vocation de l'établissement, en tant que clients d'un service public.

3.2.1.1.5. Et les représentants des tutelles.

La participation d'un représentant de l'ARH et de la DDASS est un gage de la cohérence du projet avec les orientations régionales et départementales. La vocation de l'établissement s'inscrit dans une logique environnementale, en lien avec l'offre de soins et les projets des autres établissements. La présence de la CTRSI³⁶ est la traduction de ce souci sous l'angle des soins infirmiers. Il est dans l'intérêt de la qualité des soins de proposer sa participation lors de cette phase.

³⁶ Conseillère Technique régionale en Soins Infirmiers.

3.2.1.2. Le diagnostic externe :

3.2.1.2.1. Objectif :

Il s'agit dans cette phase de dégager quelles sont les menaces mais également les opportunités qui émanent de l'environnement. Nous avons constaté lors de notre enquête combien la mobilité de l'environnement était perçue comme une menace. Cette étape de diagnostic a du sens si elle permet d'objectiver, de rationaliser ces perceptions parfois paralysantes pour le dynamisme des établissements, et de déterminer des axes de progrès réalistes, en conformité avec la demande en soins. Les professionnels hospitaliers ont à collaborer avec ceux du secteur libéral ou privé, mais également avec les usagers en menant auprès et avec eux des enquêtes de satisfaction et d'expression des besoins.

3.2.1.2.2. Et stratégie possible de l'IG :

Pour l'IG, responsable institutionnelle de la production de soins infirmiers, incontournable dans cette étape, c'est une occasion stratégique de tisser les liens nécessaires à la constitution de réseaux de soins, mais également de repérer des axes d'amélioration, de collaboration et de développement propres aux soins infirmiers.

3.2.1.3. Le diagnostic interne.

3.2.1.3.1. Objectif :

Il a pour objet de « *déceler les forces et les faiblesses concernant les quatre ressources fondamentales de l'entreprise : humaines, techniques, commerciales et financières* »³⁷

Cette photographie doit être sans complaisance. L'apprentissage de la concertation et l'oubli des enjeux corporatistes en sont les enjeux principaux. C'est une étape difficile, susceptible de provoquer des conflits, ou de faire émerger des

³⁷ Op.Cit., p 32.

dysfonctionnements auxquels les projets ne pourront répondre. C'est pour le Directeur d'établissement, maître d'œuvre, une phase stratégiquement précieuse.

3.2.1.3.2. Et stratégie possible de l'IG :

L'IG, représentante d'une profession majoritaire parmi les personnels, garante d'une qualité des soins dont le PSSI assurera la promotion, joue une carte importante dans cette phase de diagnostic interne : le soin infirmier apparaît comme un élément essentiel de la qualité globale du service rendu, à condition qu'il soit articulé et, sous certains aspects, négocié avec les autres acteurs.

3.2.1.4. La phase stratégique :

3.2.1.4.1. Le positionnement stratégique

C'est une phase décisive puisqu'elle concerne celle des questions essentielles pour l'avenir de l'établissement : quel est l'avenir des activités sur lesquelles l'hôpital est engagé ? quelle est sa position concurrentielle ?

L'IG a besoin de participer à l'ensemble de la réflexion personnellement, pour pouvoir ensuite mener une réflexion stratégique dans le PSSI qu'elle dirige. Si elle n'a pas réellement de place dans les décisions qui seront prises quant au choix des activités, elle a un pouvoir d'influence important, légitimé par sa connaissance de la charge en soins et de la charge de travail induites par les activités médicales.

3.2.1.4.2. Le choix des options stratégiques :

Ce choix « *tient compte des objectifs poursuivis mais également des multiples incertitudes qui pèsent sur l'avenir.* »³⁸

Il est important que différents scénarios soient proposés afin que les décisions les plus pertinentes soient prises. C'est une phase prospective et la présence des

³⁸ Op.Cit. p 33

différents acteurs est essentielle. Celle de l'IG en particulier : elle est un expert qui apporte des arguments de professionnel pouvant influencer tel ou tel choix.

3.2.1.5. La phase opérationnelle :

3.2.1.5.1. La programmation des actions :

Dans le cadre des projets hospitaliers, cette programmation a une échéance de cinq ans. Mais bien des éléments peuvent interférer, qui doivent être pris en compte pour un réajustement : le budget annuel en est un.

Les actions programmées dans le projet d'établissement sont aujourd'hui en lien étroit avec les COM³⁹ et la démarche d'accréditation. Comment le service infirmier pourrait-il être en dehors de cette programmation, sachant qu'il joue un rôle essentiel dans les domaines donnant lieu à référentiels ou à contrat (droit et information du patient et de sa famille, dossier patient, douleur et soins palliatifs, qualité, prévention des risques etc.) ?

3.2.1.5.2. L'évaluation des moyens humains, techniques, financiers.

La programmation des actions ne peut se faire sans que soient évalués les moyens nécessaires. L'IG, avec l'aide de son équipe de cadres aura à estimer quels sont les moyens humains, nombre et qualification, et techniques nécessaires pour assurer le développement ou la pérennité de telle ou telle activité médicale.

3.2.1.5.3. La coordination.

Cette étape est assurée par le Directeur d'établissement ou son représentant. L'IG développe au sein du service infirmier une politique de coopération, et s'engage à favoriser cette coordination. Dans la mesure où elle a participé à l'ensemble des autres étapes, cet engagement est réaliste.

³⁹ contrats d'objectifs et de moyens

3.2.1.6. La phase d'affectation des moyens.

Elle est abordée dès la conception du projet d'établissement.

Les moyens sont négociés pour l'ensemble des objectifs évoqués dans le projet. Pourtant, dépendant du budget, elle est renégociée annuellement. C'est un engagement et une prise de responsabilité pour chacun. L'affectation des moyens, décidé par le Directeur d'établissement, exige un suivi des résultats et un contrôle. L'IG, au même titre que les autres directeurs fonctionnels, s'engage par le biais du PSSI, dans cette démarche. L'évaluation des moyens nécessaires aux actions projetées dans le PSSI, doit s'accompagner d'une projection financière. L'IG, qui n'est pas forcément experte dans ce domaine, ne doit pas pour autant en négliger l'aspect essentiel : la crédibilité des plans d'actions et la reconnaissance du service infirmier sont en jeu.

3.2.2. LA COOPERATION DES PROFESSIONNELS DANS LES DIFFERENTES PHASES DU PROJET DE SERVICE DE SOINS INFIRMIERS.

3.2.2.1. La détermination de la vocation et des finalités du service de soins infirmiers.

3.2.2.1.1. Une phase d'ouverture.

Traditionnellement, cette phase est l'occasion pour le service infirmier de réfléchir sur soi. Dans un souci d'insertion du PSSI dans le Projet d'établissement, elle doit s'ouvrir à l'ensemble des professionnels. La confrontation de nos représentations influencées par une culture professionnelle parfois corporatiste, avec celle des autres professionnels du soin, médical ou paramédical, est une démarche qui va dans le sens de la qualité du PSSI et de sa cohérence avec le projet d'établissement et le projet médical.

C'est une phase conceptuelle, et la possibilité, pour un service infirmier structuré d'offrir aux autres professionnels plus isolés de participer à la réflexion, est une étape fondatrice, qui engage une démarche de qualité.

3.2.2.1.2. Une phase de négociation.

L'IG grâce au PSSI, ouvre une réflexion en profondeur sur le rôle de chacun « au lit du malade ». Le plus difficile sera d'en faire reconnaître la nécessité auprès de professionnels qui traditionnellement défendent leurs intérêts et ont peur de perdre les certitudes qui les servent. Sans perdre de vue l'objectif, consciente des relations de pouvoir qui vont se négocier dans cette phase, l'IG aura un rôle stratégique important : promoteur du service infirmier mais également médiateur et coordonnateur.

3.2.2.2. Le diagnostic : les forces et les faiblesses.

Cette phase est essentielle. Au centre des préoccupations de l'IG, nous retrouverons celle de la recherche de transparence dans un objectif annoncé d'amélioration de la qualité des soins. Cette phase peut être douloureuse ou jubilatoire. Des règles sont énoncées dès le début :

- Un calendrier : la lourdeur des procédures d'enquêtes ne doit pas retarder la mise en œuvre du projet.
- Une réelle transparence : tous les éléments sont pris en compte.
- Une gestion du temps des participants : les enquêtes sont menées pendant le temps de travail.

Nous proposons quatre types d'enquêtes, qui serviront à poser un diagnostic le plus fiable possible, sur lequel le service infirmier s'appuiera pour construire son projet.

3.2.2.2.1. Une enquête au sein du service infirmier.

Ce sont les personnels du service infirmier qui sont interrogés.

Les supports de ces questionnaires sont les différents référentiels : ceux qui ont été élaborés dans l'établissement pas les professionnels eux-mêmes, celui de l'ANAES,

ceux conseillés par la DSSI, ceux qui font référence aux vigilances réglementées etc . L'objectif est de déterminer le niveau de qualité atteint à un moment donné, dans un lieu donné, et de construire, service par service, unité par unité, un programme d'amélioration cohérent avec le PSSI.

Les questionnaires sont élaborés par un échantillon représentatif du service infirmier. Ils sont de préférence remplis en équipe, dans chaque unité de soins, consultation, bloc opératoire etc.

3.2.2.2.2. Une enquête auprès des autres professionnels de l'institution.

Le questionnaire adressé à tous les autres professionnels de l'institution, médicaux, administratifs, techniques et médico-techniques, est ciblé sur les domaines qui se situent à l'interface de leurs actions. Par exemple, les questionnaires adressés aux médecins comportent une partie sur la prescription médicale, ceux adressés aux médico-techniques sur la liaison entre les services, ceux adressés au bureau des entrées sur les informations aux familles etc ...

La construction de ces questionnaires est complexe, et doit être élaborée en petits groupes pluriprofessionnels, dans un temps bien géré.

3.2.2.2.3. Une enquête de satisfaction auprès des usagers.

Les questionnaires traditionnels peuvent être complétés par des questionnaires plus précis, ciblés sur les soins infirmiers. Les questions doivent être ouvertes, centrés sur le ressenti des personnes, sur la qualité de l'information, sur l'accueil, la perception de l'organisation des soins etc ...

3.2.2.2.4. Une enquête auprès des professionnels de ville.

Les professionnels infirmiers, sociaux, médicaux et médico-sociaux sont interrogés sur leurs attentes vis à vis du service infirmier, dans l'objectif d'assurer une meilleure continuité des soins entre l'hôpital et le domicile du patient.

Les informations recueillies par ces questionnaires sont communiquées, analysées, croisées. Une synthèse des points forts et des points faibles est faite et sert de support aux axes d'amélioration propres au service infirmier dans le PSSI. Parfois ces axes d'amélioration sont corrélés à ceux du projet d'établissement et du projet médical.

3.2.2.3. Le choix des options stratégiques.

3.2.2.3.1. Une phase d'insertion dans les orientations institutionnelles.

Dans la construction du PSSI, l'IG tient compte des orientations stratégiques décidées dans le projet d'établissement. Elle s'y réfère, en déclinant les objectifs et les résultats attendus dans le champ des soins infirmiers.

Par exemple, si l'une des grandes orientations stratégiques du projet d'établissement est de s'inscrire dans les priorités de lutte contre l'exclusion, le PSSI s'y inscrit également et expose ses plans d'actions pour y participer.

3.2.2.3.2. Une phase d'ouverture et de négociation.

La négociation avec les autres professionnels sur l'implication des groupes dans les orientations stratégiques se situe lors de la phase de réflexion collective sur le projet d'établissement. Lors de cette phase se négocient de façon informelle des territoires et des zones de pouvoir.

Au moment de cette phase stratégique du PSSI, à laquelle participent des représentants de tous les corps professionnels, voire des représentants du personnel et des usagers, ces territoires sont renégociés. Un des résultats de ces négociations sera une mise en évidence des marges de manœuvre et des champs de compétence de chacun et des zones de collaboration obligées.

3.2.2.3.3. Une phase de management.

L'intérêt stratégique pour le service infirmier est évident : il s'agit pour l'IG à la fois de recentrer les préoccupations de son groupe professionnel sur le sens qu'il donne à son métier, de délimiter clairement le champ de ses interventions mais également de le faire connaître aux autres.

Mais ils existe dans le PSSI d'autres options stratégiques, qui se démarquent du projet d'établissement : ce sont celles qui sont propres aux soins infirmiers. L'IG et son équipe ont à faire des priorités parmi les grands axes qui émergent des enquêtes. Ce peut être par exemple d'améliorer l'utilisation du dossier de soins, ou bien de développer la qualité de la gestion des ressources humaines au sein du service infirmier etc . Ces priorités sont choisies non seulement en raison de leur importance dans la gestion des soins mais également pour les enjeux managériaux qu'elles évoquent.

3.2.2.4. La phase opérationnelle :

3.2.2.4.1. La programmation des actions.

La programmation des actions d'amélioration dans le PSSI est une phase qui au cours de l'étude qui a été menée apparaît rarement. Elle est un engagement, le gage d'un certain réalisme : les actions proposées aboutiront, dans un temps déterminé. Dans cette programmation sont prises en compte les priorités du PSSI et du projet d'établissement. L'articulation est réfléchi avec les professionnels du service infirmier et les autres collaborateurs participant au PSSI. Le Directeur d'établissement doit valider ces propositions.

3.2.2.4.2. L'évaluation des moyens humains, techniques, financiers.

Cette évaluation est menée par l'IG en collaboration avec les cadres infirmiers. Les moyens nécessaires influencent souvent les choix qui sont faits. La question de l'importance de l'action dans la recherche de la qualité doit être confrontée à son

coût. L'argument du coût est un argument important, sinon essentiel, dans le choix d'une priorité. Les professionnels de la santé en général, et les infirmières en particulier, se trouvent parfois confrontées à des conflits de valeurs lors de la prise de décisions de ce type.

C'est à un travail rigoureux et réaliste qu'est confrontée l'IG dans cette phase. Il s'appuie sur les informations recueillies dans la phase de diagnostic.

3.2.2.4.3. La coordination.

3.2.2.4.3.1. Une coordination interne

Elle concerne les actions programmées dans le PSSI. Elle est menée par l'IG mais peut être confiée, en fonction de la position transversale des actions concernées, à des cadres supérieurs.

3.2.2.4.3.2. Une coordination externe

Elle concerne l'articulation des actions programmées dans le PSSI avec les actions du projet médical, projet social ou autre. L'IG participe alors, avec les autres groupes professionnels à un comité de coordination.

3.2.2.5. La phase de suivi des résultats et de contrôle.

Après l'affectation des moyens négociée par l'IG auprès du directeur d'établissement, il existe un engagement et une responsabilisation du service infirmier. C'est un engagement quant à des résultats. Le PSSI peut donc se construire soit comme un référentiel, avec des normes de qualité, des critères, soit de façon plus classique avec des objectifs opérationnels.

Le contrôle de l'avancée des plans d'actions se fait régulièrement, un échéancier est élaboré par les groupes de travail. Chaque étape donne lieu à une information collective ainsi qu'auprès du groupe de coordination, qui est chargé de proposer si besoin un réajustement.

3.2.3. LA COOPERATION DES PROFESSIONNELS DANS LES DIFFERENTES PHASES DU PROJET MEDICAL.

Cette phase ne peut qu'être une proposition faite par l'IG, qui peut être refusée ou acceptée avec prudence par le corps médical n'y voyant pas d'intérêt mais au contraire une menace.

Le succès des coopérations précédemment exposées sont un argument favorisant celle-ci.

Nous ne développerons pas comme précédemment les différentes phases, car elles ne sont pas centrales dans notre problématique. Mais comme cette coopération, fut abordée dans les entretiens, nous pouvons l'évoquer.

La participation du service infirmier dans la conception du projet médical nous semble profitable pour celui-ci, mais également pour le service infirmier dans chacune de ses phases.

3.2.4. LA COOPERATION AVEC LES USAGERS.

Cette coopération a été abordée au cours de différentes phases décrites dans le projet d'établissement et le projet du service de soins infirmiers. Elle nous paraît une porte d'entrée incontournable pour l'avenir. La question de la participation des usagers doit être récurrente. Il reste à déterminer quels usagers, quel type de représentation. Nous voyons plusieurs bénéfices dans la participation des usagers à une réflexion fondatrice telle que celle qui est menée dans la conception des projets :

3.2.4.1.1. Des bénéfices pour les professionnels :

Le positionnement des professionnels dans la prise en charge de la maladie au sein d'une institution hospitalière, se trouve forcément modifié si les usagers participent à une réflexion sur la vocation et les missions des professionnels, sur les attentes des clients etc. Des négociations, des relations de client-fournisseur plus égalitaires, émergent. L'expertise des professionnels demeure, et s'engage dans une démarche

d'amélioration réclamée par les usagers. Ce dynamisme professionnel qui succède à une certaine tradition conservatrice est gage de progrès.

3.2.4.1.2. Des bénéfices pour les usagers :

Nous pensons à deux types de bénéfices :

- des bénéfices directs : ceux qui sont en rapport avec la qualité du service rendu, correspondant mieux à la demande exprimée par les usagers.
- les bénéfices indirects : les usagers connaissant mieux les problématiques professionnelles ont un jugement plus adapté, une demande plus rationnelle.

Nous n'évoquons pas les risques liés à la présence des usagers au cours des réflexions sur les projets. Ce sont des risques à court terme, que nous ne devons pas ignorer, qui peuvent compliquer la coopération mais ne doivent pas en être des freins. A ce stade de la réflexion, nous pensons que pour la communauté toute entière, le bénéfice est plus grand que le risque.

CONCLUSION .

L'objectif de la réflexion menée dans ce mémoire était de fournir un éclairage à une situation jugée complexe, à laquelle nous serons confrontée en tant qu'infirmière générale. Les études et les lectures n'ont pas rendu plus simple le problème posé, mais elles l'ont enrichi de points de vue théoriques et empiriques qui nous aident à construire notre propre pensée, et nous conduiront dans un avenir proche à répondre aux exigences de notre fonction.

Les premiers projets de service de soins infirmiers ont été considérés et utilisés comme des outils, des outils de management, des outils de reconnaissance professionnelle. Ils comblaient les manques ressentis par les IG. Cette profession encore jeune a saisi là une opportunité de construire son identité ainsi que celle du service infirmier.

Les projets médicaux n'ont pas répondu aux mêmes questionnements : perçus comme des projets de développement qui permettraient aux médecins de promouvoir leur science, sous la pression d'un public toujours plus demandeur, ils ont manqué du réalisme nécessaire à leur opérationnalité.

Les premier projets d'établissement ont été soit réduits au seul projet des médecins, soit constitués de la juxtaposition des projets catégoriels imprégnés des attentes et des idéologies des professionnels.

Cinq ans et quelques « affaires » plus tard, les préoccupations liées à la prise en charge de la santé sont au centre des questions sociales, politiques et économiques. Les hôpitaux et les professionnels qui composent, mais également tous les professionnels de santé, sont convaincus de la nécessité de collaborer.

Le projet d'établissement est le fruit de la collaboration entre les différents groupes d'acteurs : le projet médical en est un élément de cohésion, de même que le projet de service de soins infirmiers, car les choix stratégiques qui les portent sont issus d'une réflexion dans laquelle toutes les compétences et toutes les sensibilités sont exprimées.

Il semble à l'issue de ce travail, que les représentants des corps professionnels qui participent à l'élaboration des projets sont tout à fait prêts, intellectuellement et

affectivement, à collaborer. Ils en reconnaissent la nécessité pour conduire une action collective telle qu'un projet d'établissement

Les cinq ans de réflexion, de maturation du concept de projet, et l'expérience des précédents a porté ses fruits.

Mais ne nous leurrions pas, ce constat a des limites : nous pouvons en effet affirmer que les professionnels interviewés, des décideurs, ne sont pas totalement représentatifs. Ils ont choisi des fonctions au sein de l'institution hospitalière qui les engagent personnellement et professionnellement, leur réflexion sur l'intérêt collectif est certainement plus aboutie que celle de la plupart des professionnels hospitaliers. Mais ils sont porteurs du changement : leur connaissance approfondie de l'environnement, leur capacité à mettre en perspective les programmes d'aujourd'hui, à faire des choix stratégiques sont autant d'arguments qui nous ont poussée à les interviewer eux, en priorité.

Ce travail mériterait que soient mesuré l'écart entre ce que nous avons perçu, les informations que nous avons recueillies auprès de ces acteurs là, et les perceptions d'autres acteurs participant à l'élaboration et la mise en œuvre des projets. Nous avons l'intention au début de notre recherche d'interviewer des infirmières et des cadres de proximité. Nous n'avons pas pu le faire. Nous ne pouvons donc affirmer que tous les acteurs sont prêts à coopérer, à négocier, mais seulement que les personnes référentes dans l'institution, le sont.

Mais l'émancipation des patients et leur ascension au statut d'acteur, l'acceptation actuelle de l'économie comme élément incontournable de la prise en charge de la santé, sont des arguments d'évolution culturelle en faveur de ce changement dont nous nous sommes fait le promoteur au long de ce mémoire.

« Le pessimisme est humeur, l'optimisme est volonté. »

Alain.

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LÉGISLATIFS ET/OU DE RÉFÉRENCE :

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

Décret n°94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière.

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996, portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale.

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Ordonnance du 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Manuel d'accréditation des établissements de santé. Version février 1999.

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

OUVRAGES :

Bartoli A., « *Le management dans les organisations publiques* », éditions Dunod Paris 1997 290 p.

Boutinet J.P. « *Anthropologie du projet* », éditions PUF, Paris 1990

Crémadez M., Grateau F., « *Le management stratégique hospitalier* », InterEditions. Masson. 2e édition, 1997.

Crozier M., et Friedberg E. « *L'acteur et le système,* » éditions du Seuil, coll. politique, 1977, 500 p.

Godet M. « *Prospective et planification stratégique* » Editions Economica, Paris 1991

Mintzberg H. « *Structure et dynamique des organisations* » éditions de l'organisation, Paris 1982.

Strauss A., Textes réunis et présentés par **Baszanger I.**, « *La trame de la négociation, sociologie qualitative et interactionnisme* », éditions L'Harmattan, coll. Logiques sociales, Paris 1992, 319 p.

OUVRAGES MÉTHODOLOGIQUES :

Bardin L. : « *L'analyse de contenu* », éditions PUF, collection Le Psychologue, Paris, 1977, 288 p.

Kaufman J.C., « *L'entretien compréhensif* » éditions Nathan, Paris 1996.

Mace G. : « *Guide d'élaboration d'un projet de recherche* », éditions De Boek Université, Bruxelles 1993, 118 p.

Quivy R. et Van Campenhoudt L., « *Manuel de recherche en sciences sociales* », éditions Dunod, Paris 1988.

ARTICLES :

« *Bâtir un projet d'établissement* » in Informations Hospitalières, n°38, novembre 1992, ed Ministère de la Santé et de l'action humanitaire, p19.

Bernoux P., « *A quoi sert la sociologie* », Sciences Humaines hors série n°20, mars/Avril 1998, p12 à15.

Crémadez M., « *Les clés de l'évolution du mande hospitalier* », les cahiers de gestions hospitalières n°59, in Gestions Hospitalières n° 266, mai 1987, p285 à 306.

Guillou M. et Duprat P., « *Le projet d'établissement : un instrument de transformation des mode de management hospitalier* », texte de la communication au congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS). 30 septembre - 2 octobre 98.

Legourd B., Cours ENSP Janvier 2000. « *Présentation de l'hôpital et de la Direction du service de soins infirmiers, dans le cadre d'une analyse rapprochée du concept de Bureaucratie professionnelle et d'une enquête dans un contexte de fusions hospitalières* »

Schweyer F.X. Cours de sociologie de l'organisation hospitalière, promotion des infirmiers généraux 2000.

MÉMOIRES :

Bellet B. « Et si l'Infirmier Général devenait directeur des soins ? »Mémoire Infirmier Général 1999.

Garron D., « *De l'obligation légale à une référence pour le personnel : stratégie opérationnelle pour rendre opératoire un projet de soins infirmiers*» , Mémoire Infirmier Général 1998.

Loizic M.P. « Le projet de soins infirmiers dans sa contribution au projet d'établissement. Evolutions, enjeux et perspectives.

ANNEXES.

ANNEXE 1 :

Les grilles d'entretien

ANNEXE 2 :

La grille d'analyse des Projets de service de soins infirmiers.

ANNEXE 3 :

Les grilles d'analyse des entretiens.

Grille d'entretien : Infirmières Générales

PREMIERE PARTIE : La référence aux projets de 1e génération (Projet de soins et projet d'établissement)

1°) Pouvez-vous me dire comment vous avez conçu et construit votre premier Projet de Soins Infirmiers ?

Pouvez-vous me décrire rapidement la démarche que vous aviez choisie ?

Quelles ont été vos difficultés ou ressources ?

2°) Pouvez-vous aujourd'hui me dire comment aujourd'hui, vous jugez cette démarche, quels y étaient les points positifs et les points à améliorer ?

Pouvez-vous faire un bilan des objectifs atteints ou pas

Pourquoi selon vous ?

3°) Comment et à quel moment avez-vous articulé le PSSI⁴⁰ avec les autres projets participant à la construction du Projet d'Etablissement : en particulier le Projet Médical, le Projet social etc.

DEUXIÈME PARTIE : La référence aux projets de 2e génération, terminés ou en cours. Comparaison des démarches. Étude des nouveaux positionnements des acteurs.

4°) Lors de la conception du PSSI de 2^{ème} génération, avez vous utilisé (ou pensez vous utiliser) la même méthodologie ?

Pourquoi ?

5°) Quels sont les enseignements que vous a apportés l'expérience du premier projet ? Comment les avez-vous réinvestis (ou allez vous les réinvestir) dans l'élaboration du 2e ?

6°) Selon vous le projet de soins infirmiers peut-il s'enrichir de la participation des autres professionnels? Des médecins, des médico-techniques ou autres professionnels de santé ? En quoi ?

Le service de soins infirmiers peut-il enrichir de ses compétences les autres professionnels dans la conception de leur projet ? En quoi ?

ANNEXE 1

⁴⁰ PSSI : Projet du service de soins infirmiers

Grille d'entretien : médecins présidents de CME

1°) Pouvez-vous me dire comment vous avez conçu et construit votre premier Projet Médical ?

Pouvez-vous me décrire rapidement la démarche que vous aviez choisie ?

Quelles ont été vos difficultés ou ressources ?

2°) Pouvez-vous aujourd'hui me dire comment vous jugez cette démarche, quels y étaient les points positifs et les points à améliorer ?

Pouvez-vous faire un bilan des objectifs atteints ou pas

Pourquoi selon vous ?

3°) Comment et à quel moment avez-vous articulé le Projet Médical avec les autres projets participant à la construction du Projet d'établissement ? :en particulier le Projet de soins infirmiers, le projet social ?

4°) Aujourd'hui (ou demain) lors de la conception du PM de 2^e génération, pensez vous utiliser la même méthodologie ?

Pourquoi ?

5°) Pensez vous que les autres professionnels de santé, infirmiers en particulier, peuvent-ils aider à l'enrichissement de la réflexion sur le projet médical ? En quoi ?

Le corps médical peut-il enrichir de ses connaissances les autres professionnels dans la conception de leur projet ? En quoi ?

ANNEXE 1

Grille d'entretien : Directeurs établissement ou directeurs responsables de Projet d'établissement

1°) Pouvez-vous me dire comment vous avez conçu et construit votre premier Projet d'établissement ?

Pouvez-vous me décrire rapidement la démarche que vous aviez choisie ?

Quelles ont été vos difficultés ou ressources ?

2°) Pouvez-vous aujourd'hui me dire comment vous jugez cette démarche, quels y étaient les points positifs et les points à améliorer ?

Pouvez-vous faire un bilan des objectifs atteints ou pas

Pourquoi selon vous ?

3°) Comment et à quel moment avez-vous articulé les différents projets participant à la construction du Projet d'établissement ?

4°) Aujourd'hui (ou demain) lors de la conception du PE de 2^{ème} génération, pensez vous utiliser la même méthodologie ?

Pourquoi ?

5°) Pensez vous que les professionnels de santé, infirmiers en particulier, peuvent aider à l'enrichissement de la réflexion sur le projet médical dès son origine ? Si oui en quoi ? Sinon pourquoi ?

Selon vous le Projet de soins infirmiers peut-il s'enrichir de la participation des autres professionnels , y compris médical et administratif dès sa conception ?

ANNEXE 1

GRILLE D'ANALYSE DES PROJETS DE SOINS INFIRMIERS

HÔPITAL	M. 93/97	N.E. M. 96/2000	L. M. V. 95/2000	S. G. 97/2002
Région	Bourgogne	Ile de France	Ile de France	Midi Pyrénées
Nombre de lits	1100	750	700	600 lits
Références réglementaires	Évocation Loi 91	Évocation Loi 91 Décrets professionnels Charte du patient	Évocation Loi 91 Carte sanitaire SROSS	Non
Référence projet d'établissement	Évoqué dans l'introduction	Non	Évoqué dans l'introduction	Non
Référence projet médical	Évoqué dans l'introduction	Non	Évoqué dans l'introduction	Évoqué dans l'introduction
Référence politique de santé régionale	Non	Non	Non	Oui, mais non évoqué : Hémovigilance, sécurité anesthésique, douleur, exclusion sociale, réseau gérontologique etc ...
Valeurs ou principes professionnels	L'équipe est une entité avec un projet commun Professionnalisme, Soins personnalisés	Confraternité, collaboration, concertation, participation,	Professionnel : éducateur de santé, compétent et Motivé Patient partenaire	Soins de qualité centrés sur le patient Professionnels compétents, adaptables
Définitions ou concepts	Homme, santé, maladie, soin, soignant Qualité	Non	Santé Soin Personne soignée Fonction du soin Acteurs du soin	Non
Description de la démarche	Non	Non Liste de projets d'unités.	Non	Non
Composition des groupes de travail	Non	Non Affectation nominative de rôles dans les projets d'unités.	Non	Non

Diagnostic ou état des lieux	Non	Non	Non	Non
Thèmes, objectifs généraux ou axes forts	Accueil de la personne soignée, Hygiène hospitalière Organisation du travail de l'équipe de soins	Promouvoir des soins personnalisés Valoriser les compétences professionnelles Développer approche pluridisciplinaire	Développer les compétences des soignants au bénéfice du patient partenaire Restructurer la DSSI avec IG et CSI.	Centrer activités sur besoins du patient Développer compétences/population cible (PA, jeunes, exclus, détenus) Mise en œuvre vigilances Prise en charge douleur
objectifs opérationnels.	Objectifs opérationnels, critères.	Objectifs opérationnels institutionnels, déclinés par unité.	Formulés sous forme de Recommandations adressées au personnel/principes	Objectifs opérationnels institutionnels
Plans d'action	Non	3 catégories d'actions spécifiques, communes, transversales)	Formulation de normes de qualité	Non
Moyens nécessaires	Liste de moyens nécessaires pour répondre à un critère	Non	Non	Non
Évaluation	Évaluation par critère	Évoquée, mais comment ? non planifiée.	Non	Non
Échéancier	Non	Oui, en partie	Oui, en partie	Non
Plan de communication interne.	Présentation aux équipes et aux médecins par les CI., à l'IFSI. Présentation aux instances	Non	Non	Non
Plan de communication externe.	Présentation CRTSI, IG région.	Non	Non	Non
Particularité	Charte des cadres infirmiers (engagement moral)	Toutes les unités de soins apparaissent à travers la déclinaison des plans d'actions. Mélange d'actions et d'objectifs opérationnels (confusion)	Une étude sur la fonction de surveillant-chef (questionnaire), et fiche de fonction.	Des données quantitatives sur la composition du service infirmier et la pyramide des âges Très général

ANNEXE 2

HÔPITAL	D. 98/2003	P. 94/99	L. 96/2000	J. 97/2001
Région	Haute Normandie	Franche Comté	Ile de France	Bourgogne
Nombre de lits	800	450	500	400
Références réglementaires	Ordonnances 96 évoquées	<u>Jointes en annexe</u> Loi de 91 Charte du malade hospitalisé Circulaire de 1958 (humanisation des hôpitaux). Droits et libertés des personnes âgées Circulaire 1986 (accompagnement des malades en phase terminale.) Décret 93 Code déontologie des SF Statuts AS et ASH	Non	Citée Loi 91, décrets de compétence, Déclaration des droits de l'homme Charte du malade hospit
Référence projet d'établissement	Évoqué	Non	Non	Non
Référence projet médical	Évoqué	Non	Oui. Souhait d'une cohérence avec le PM exprimée	Evoqué
Référence politique de santé régionale	Évoquée	Non	Non	Non
Valeurs ou principes professionnels	Charte de fonctionnement service infirmier	Promouvoir la santé Rendre service Favoriser éducation Développer information Améliorer qualité de vie Développer collaboration	Professionnels compétents Accueil personnalisé Processus d'accompagnement	Respect dignité Éthique Soins individualisés Accompagnement Prise en charge globale
Définitions ou concepts	Non	L'être humain La vie et la santé La maladie et la mort Les soins infirmiers	Concept de soins	Concept de soins
Description de la démarche	Ateliers animés par cadres « experts » ?	Non	Oui. Démarche participative . Cadres, CSSI, questionnaires	Non
Composition des groupes de travail	Non	Non	Liste nominative : CSI, CI,IDE, AS(CSSI) Medecin CME « invité » à participe	Non

Diagnostic ou état des lieux préalables	Non	Non	Réflexion points forts /faibles par unité	Non
Thèmes, objectifs généraux ou axes forts	Démarche qualité : accueil, dossier de soins, satisfaction des usagers. Infections nosocomiales Soins palliatifs Prise en charge douleur Chimiothérapie antiK Formation continue Dossier informatisé ATT AES	Accueil personnalisé Développer politique d'éducation pour la santé Donner soins d'entretien personnalisés Favoriser information Mettre en place politique de soins palliatifs Favoriser échanges entre les personnels (intra et extra hospitaliers) Améliorer gestion des soins	Accueil Dossier de soins et transmissions ciblées Douleur Développement compétences spécifiques Information Conditions de travail Accompagnement PSSI (procédure) Accompagnement PM(id)	Qualité des soins Recherche Prévention Évaluation Personnel Organisation
objectifs opérationnels.	Objectifs opérationnels par thème + Liste d'OO par UA	Objectifs généraux qui sont une reformulation des axes.	Oui clairs	Oui
Plans d'action	Non	Sous forme de recommandations	Oui clairs, par fonctions	Oui.
Moyens nécessaires	Non	Non	Cités en terme de formation. Non chiffrée	Formation Recrutement Achat de matériel, travaux etc... non chiffré
Évaluation/résultats	Non évoquée	Non évoquée	Oui Planifiée par objectifs	Oui sous forme de normes (résultats attendus)
Échéancier	Non	Non	Oui	Oui
Plan de communication interne.	Communication aux instances. CME, CSSI, CTE, CA	Non	Journée d'échanges	Non
Plan de communication externe.	Non	Non	Non	Non
Particularité	Charte de fonctionnement du service infirmier	En annexe : les « profils de postes » de tous les métiers du service infirmier(sauf IG et avec SF)	Rigueur dans la démarche. Participation de tous les soignants. Aucune référence aux textes	Les moyens nécessaires à chaque action sont cités. Ils ne sont jamais évoqués /coût.

ANNEXE 2

HÔPITAL	E.P. 97/2002	S.M.E. NON DATÉ	CH. 95/2000	M. 97/2001
Région	Centre	Poitou-Charente	Rhône Alpes	Ile de France
Nombre de lits	500	400	1200	450
Références réglementaires	Cités Loi 91, Décrets professionnels de l'IG à l'AS	Cités : Loi 91, Décrets prof de 93 circulaire 96 rôle et missions des AS	Loi 91 article L. 714.26 en introduction Décret 93 cité	Décrets professionnels de 1980 à 1996. Cités Décrets de 93 détaillés Ordonnances de 96 Charte du malade hospit et de la PA dépendante
Référence projet d'établissement	Non	Oui, évoqué	Oui	Non
Référence projet médical	Non	Oui, évoqué.	Oui joint en annexe	Non
Référence politique de santé régionale	Non	Non	Oui orientations SROSS jointes en annexes	Non
Valeurs ou principes professionnels	Respect, tolérance Compétence Responsabilité Soins personnalisés Satisfaction usager	Respect, dignité Compétence Responsabilité	Accessibilité des soins Continuité des soins Soins personnalisés, de qualité.	Respect, dignité Compétence et responsabilité Service public
Définitions ou concepts	Non	Projet du service de soins infirmiers Mission du service infirmier Qualité des soins	Non	Non
Description de la démarche	Oui	Oui, participative, détaillée	<u>4 étapes</u> : Recueil d'informations Comité de pilotage Choix objectifs et axes de développement Diffusion et validation PSI	Oui réflexions sur le service infirmier animées par cadres
Composition des groupes de travail	Non	Oui, listes nominatives.	Cadres SSI, CSSI, tous les autres professionnels représentés dans comité de pilotage. Nominatif	Oui. Non nominative
Diagnostic ou état des lieux préalables	Oui. Questionnaires patients, professionnels	Oui par groupe de travail, points forts/faibles	Non	Non

Thèmes, objectifs généraux ou axes forts	Améliorer accueil, information, communication Douleur Infections nosocomiales Organisation des soins	Accueil, Soins individualisés, de qualité Information, Soins efficace et de sécurité Réhabilitation à l'autonomie, Douleur Développement professionnel	Promouvoir qualité des soins Promouvoir compétence et motivation du personnel Favoriser la communication	Qualité des soins
objectifs opérationnels.	Objectifs généraux	Oui, sous forme de normes	Non. « Orientations permettant de répondre aux objectifs » Axes de développement	Oui
Plans d'action	En terme d'objectifs opérationnels	Oui, dans certains thèmes propres aux IDE.	Non	Oui
Moyens nécessaires	Outils(protocoles, fiches)	Outils(protocoles, fiches)	Non	Non
Évaluation/résultats	Non	Oui, en terme de résultats attendus	Évoquée	Non
Échéancier	Oui	non	Non	Oui
Plan de com interne.	Oui.DG, équipe dir, président CME, Cadres par l'IG, CSSI, CTE	Non évoqué	Validation CSSI	Non
Plan de communication externe.	Non	non	Non	Non
Particularité	Tous les textes en intégralité en annexe	Le PSI n'est pas daté. Comme si il était le premier et le dernier. Développement des missions du service infirmier	De nombreuses annexes Très général	Très orienté sur la profession d'IDE.Historique

ANNEXE 2

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS PREMIÈRE PARTIE :

L'HISTOIRE DES PREMIERS PROJETS.

Fonctions	Construction des PSSI	Difficultés	Ressources	Articulation avec les autres projets	Bilan de ces projets
IG	Diagnostic points forts/faibles 2 Groupes de travail Consultant pour synthèse et élaboration du PE 95 : Elaboration PSSI 3 ans après Consultant et formateur PSSI élaboré par IG et 1 CSI= synthèse des PSI des unités de soins.	Membre du groupe de travail désignés d'office Diagnostic non validé par les personnels, trop critique. Pas de formation des non cadres. Peu d'implication en dehors des projets de service Pas de participation médicale à la réflexion Dans le PSSI l'infirmière est très médicalisée	Aide méthodo .du GRIEPS. Formation de tous les cadres	Le PSSI a été élaboré seul, 3 ans après le PE et le PM	Le PSSI s'appuie trop sur le PM.Ce n'est pas aux SI de se couler dans le PM. Importance du consultant : neutralité, apport méthodo Difficile de donner l'impulsion pour l'IG sans un consultant.
IG	Volonté que le PE ne soit pas une juxtaposition. Passerelle. PSSI : 10 thèmes imposés par DG, groupes de travail désignés/thèmes. Inscription des médecins à la demande de la direction. Production d'un document par thème.	Obligation ressentie par tous. Pas d'implication, contrainte Participation médicale très artificielle. Absentéisme important.	Construit le service infirmier Mobilisation des cadres, même si contrainte. Ecoute du corps médical vis à vis des IDE.	Le PM n'est pas la juxtaposition des Pde service. Stratégie collective	Le PSSI n'a pas été validé par la CME. Trop conceptuel, ne traduit pas la réalité. Obligation de coopération : intérêts et risques

<p>IG/DSSI</p>	<p>Ecriture d'une charte des soignants auparavant (code de conduite). Travail fédérateur Construction d'un guide méthodo(IG et CSI). Réflexions animés par CSI et CI. Recensement des travaux dans les unités. Initiative de la DSSI et des cadres Evaluation du projet par questionnaires</p>	<p>Difficultés liées à la méthodologie. Travail très important 12 réunions, 420 heures de réunions Difficultés aussi quand il y a trop de projets qui se télescopent. Faire abstention de certaines rancœurs</p>	<p>Grosse participation du groupe des cadres. Valorisation des travaux effectués dans les unités de soins</p>	<p>Aucun échange avec le projet médical. 2 projets dans 2 documents différents. Pas d'articulation.</p>	<p>Dysfonctionnement, projet très corporatiste. Démarche décousue</p>
-----------------------	--	--	---	---	---

Fonctions	Construction des PSSI	Difficultés	Ressources	Articulation avec les autres projets	Bilan de ces projets
IG/DSSI	97. Aide méthodologique de 2 jours(consultant) Utilisation de 4 travaux faits pas la CSSI (étude de clientèle, réflexion valeurs, accueil, missions de chacun) PSSI fait en 48 heures par 2 IG Pas de réflexion préalable sur le PE.. Chacun son petit projet. Un comité de validation pour tous les projets.	Il y a un certain nombre de soignants qui n'avait jamais entendu parler de la démarche de projet. Attente de la diffusion du PM, qui n'a pas été validé par tutelle. Peu de participation des autres professionnels non CSSI. Séances en PM très dures pour l'IG. Concurrence ressentie entre PM et PSSI : Coté médical c'était de l'abattage pour le plaisir, ils ont fait changer des virgules, ils ont été odieux. Difficultés de communication Manque de collaboration, on travaille à coté. Contexte environnemental très difficile. Pas de visibilité.	Encadrement supérieur La CSSI très impliquée dans les études mais elle est entièrement FO Le consultant sert de médiateur	Elaboration simultanée avec PM. Mais le PM a avorté. L'IG a été associée à toutes les séquences de travail, sans avoir droit au chapitre. Le PM est une juxtaposition de projets de chefs de service. L'articulation du PSSI avec le PPS s'est fait après. Il y a eu un mélange des deux. Le projet de management, c'est le consultant qui l'a fait. inapplicable Aucune concertation pour les autres.	Ce projet est écrit, donc il existe. Avec du recul, c'était nul. Absolument pas participatif. Projet d'une toute petite équipe. La base ne sait toujours pas ce qu'est le PSI.. La diffusion s'est arrêtée à l'encadrement Trop conceptuel, pas assez opérationnel C'était écrit, on l'a fait.Le PSSI est un projet FO Intérêt de la démarche : on écrit où on va pour avoir une chance d'y aller. Ça relève de l'exercice de style.
IG/DSSI	Le PSSI a été construit à partir d'une méthode de résolution de problèmes. 3 ateliers construits sur la communication, et les outils du service infirmier	Il n' ya eu peu d' échange en dehors des cadres		Aucune articulation avec les autres professionnels	Aucune réflexion de fond, mais un moment pour réfléchir sur ce qui posait problème au service infirmier. Dans une réflexion globale On ne s'est pas appuyé sur le PE ou les COM qui n'existait pas.
IG/DSSI	Travail sur les concepts de soins avec un formateur Détermination des priorités : les IG Questionnaires individuels à tous les agents sur leurs priorités/ 1er tri des IG Groupes de travail sur les thèmes retenus (accueil, hygiène) Volontariat Ecriture de la synthèse par les IG=PSSI	La négociation sur les concepts au sein du groupe des IG. Beaucoup de travail d'écriture L'hôpital multisite : orientations différentes par sites. Le PSSI ne doit pas être fait pour résoudre des problèmes	La participation large a permis que les soignants s'approprient le PSSI. On ne le leur a pas collé.	Le PSSI a précédé largement le PM . Il a été inclus au PM rapidement. Il n'était pas incohérent car c'était du soin infirmier pur. C'est mieux de ne pas attendre le PM. ça permet aux IDE de se positionner dans les soins, pas toujours raccrocher le wagon médical. Le PSSI était présenté au chef de service.	Un manque de cohérence entre les différents sites. On a voulu rendre aux équipes ce qui leur appartenait, et c'est parti tous azimuts. Mais la nomination d'experts a dépossédé tout le monde. Il faut limiter le nombre de participants.

ANNEXE 3

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS
PREMIÈRE PARTIE :
L'HISTOIRE DES PREMIERS PROJETS.

Fonctions	Construction des Projets d'établissement ou Projets médicaux	Difficultés	Ressources	Articulation avec les autres projets	Bilan des premiers projets
Directeur adjoint.	Embauche d'un directeur adjoint avec pour mission d'élaborer le PE. Phase diagnostic très importante., animée par le dir adj. où on peut faire participer le maximum de gens. Un consultant pour aider à élaborer le PM.	Problème de cohérence et de priorisation Problème financier Peu de culture de l'écrit. Difficultés pour assurer la convergence des intérêts des uns et des autres La période était très troublée pour l'établissement. Phase diagnostic remise en question, non exploitée finalement. Les médecins étaient désabusés, indifférents, ils n'arrivaient pas à produire. La culture de l'établissement : alliances, tensions Les exigences de la tutelle La création d'un 3ème pouvoir dans le service de soins inf	Etude préalable de l'environnement très intéressante faite par un consultant. La phase diagnostic a créé une dynamique au niveau du PSSI. Ce qui a le plus fait bouger, c'est le PSSI. L'arrivée 'une IG a permis d'entrer dans le concret.	Difficulté d'articuler les différentes logiques parfois contraires. La structure du PE telle qu'elle est prévue pousse encore à cette logique , elle accentue les clivages, les corporatismes. Le PSSI doit s'articuler sur les axes stratégiques et le PM., il vient après. Mais il influence les autres projets, hôtelier, Informatique, PPS. Le PSSI, fait un an avant le PM est totalement autonome. Il n' y a aucun mien	Pas approuvé, pas de priorisation des besoins, somme des projets de service. Intérêt de partir des projets de service c'est d'impliquer la communauté médicale, mais ça laisse sur l e bord du chemin beaucoup de monde, une bonne partie de l'établissement. Un projet est fait pour fédérer. On a tout fait à l'envers Les médecins ne se sont pas retrouvés dans un projet élaboré par des directeurs et un consultant. C'est pas leur chose On a un document
Directeur d'Etablissement	Projets de service et projets de développement d'activité. A la demande de la tutelle, nouveau projet. D'abord projet informatique Recrutement d'un directeur, sans lien avec histoire de l'établissement Diagnostic interne, autoévaluation..Projet de management à l'initiative du Directeur	La motivation du corps médical. Rejet du cabinet de consultant, rejet de l'enquête d'image. Perte de temps. Seule une minorité se sont impliqués. La tutelle nous tenait le bec dans l'eau sur la subvention des travaux Les médecins ont du mal à sortir de la logique de service Un défaut de communication autour d'un document culturel, fondateur. Beaucoup de réunions, beaucoup de papiers	Les 8 médecins impliqués l'ont été de façon très positive Forte mobilisation du personnel pour le diagnostic et l'autoévaluation. Il y a eu débat	Je regrette que le PM ait été fait en dernier, alors qu'il sous tend tous les autres. Il n' y a pas eu d'articulation entre les projets doncMais le PE vit dans les groupes du PSSI, du P. hotelier sur les thèmes centraux(accueil, qualité)	Les mentalités ont évolué fortement vers la coopération sur des projets communs.. les idées ont cheminé. Excellent diagnostic, trop de temps. Mauvaise gestion du temps, Investissement qui permet aux gens de débattre sur leurs structures, facteur de cohésion. Le PE a été le support de la démarche du COM .

Fonctions	Construction des Projets d'établissement ou Projets médicaux	Difficultés	Ressources	Articulation avec les autres projets	Bilan des premiers projets
Directeur d'établissement	Un consultant.. le PE a été fait dans une optique défensive face aux menaces de supprimer le MCO. Démarche impulsée par la direction	Segmentation, cloisonnement de l'établissement. Contexte politique défavorable Conflit avec la tutelle Un appui politique dans le maire de la ville un ancien ministre Ce projet n'a pas été validé par la tutelle et démobilité de l'ensemble des acteurs autour de cette notion de projet.	Importante mobilisation des services médicaux Participation de l'encadrement paramédical. Démarche participative	Il n'y a pas eu d'articulation. Les cadres ont participé à la réflexion générale sur des axes généraux : l'accueil, la communication, pas au PM	C'était une juxtaposition des projets de services, pas un document fédérateur avec des axes transversaux Ce PE a été ignoré par la tutelle t est ressorti des cartons avec un autre DDASS
Directeur adjoint	Pas d'autodiagnostic, pas d'étude sur les points forts/faibles et environnement. Constitué d'un PM, un PSSI, un volet managérial. Pas de consultant	Le premier PE n'a pas été approuvé par la tutelle Défaut méthodologique En décalage avec objectifs régionaux	Pas de ressources extérieures, tout a été fait en interne	Il n'y avait pas d'articulation entre les projets, ils étaient très sommaires	Ces premiers projets ont été en partie réalisés car les éléments qu'ils contenaient étaient incontournables
Médecin président.CME	Organisme conseil pour nous aider. Insertion des médecins de ville dans la réflexion. Relations amicales On a fait un projet qui nous plaisait.	Contexte local très difficile avec la tutelle Après les médecins se sont démobilités, ont manqué de dynamisme pour continuer Manque de têtes qui dynamisent. Manque de communication interne	Soutien politique du maire, ancien ministre Mobilisation importante de tous	Pas d'articulation chronologique avec les autres P.Le PSI s'est raccroché, il y a eu plus d'un an de décalage. Pas de cellule de coordination. On nous les a présentés, c'est tout. Mais on ne les connaît pas. On reçoit un document sur table en CME, on n'a pas le temps de le lire	Le projet est resté dans les tiroirs de la DDASS Une fois que le PM est écrit on considère que c'est fait. Il manque un dynamisme institutionnel, tout vient du directeur
Médecin président.CME	Addition de projets de services, de spécialisation médicale, travaillé dans chaque service, par groupes.	On a du mal à faire des choix, chacun On est aveugle par rapport aux problèmes financiers, on ne nous explique pas. Il manque des règles claires et compréhensibles On est tous très corporatistes Difficultés à réfléchir ensemble. Le message de responsabilité économique ne passe pas Choix éthique ou financier ?		Il n'y a eu aucun échange interne. Le PM est axé « spécialité », le PSSI est axé prise en charge globale	L'objectif de la rédaction du document n'était pas clairement défini> lettre au Père Noël. Projet Idéal

ANNEXE 3

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

DEUXIEME PARTIE : LES PROJETS À VENIR

Fonction	Choix de la démarche	Choix stratégiques	Opinions sur la collaboration proposée	Opinions sur la négociation.	
IG/DSSI	Je ferai des groupes de travail tous azimuts et multiprofessionnels	Il faut intégrer les électrons libres. Il y a des gens complètement exclus des projets(SF) Il faut intégrer tous les syndicats	Il faudrait associer les autres soignants, ce serait logique, mais ce n'est pas mûr. Il faudrait intégrer les médecins, recentrer les activités sur le patient...tout le monde s'y retrouve.	On a à négocier avec les syndicats sur le sens des mots. « Adaptable » est insupportable pour eux. On a à négocier l'implication des médecins dans les projets. Ils ne viennent jamais en CSSI.	
IG	j'essayerai d'impliquer tous les soignants, pas seulement les cadres. Réactualiser le PSSI	Il faut s'appuyer sur les orientations du SROS, connaître les budgets.	Il faut que chaque groupe de travail valide ce qu'a fait les autres. Faire alliance avec les médecins	Il faut négocier autour de thèmes communs, proposés par les orientations ministérielles.	
IG	Il faut faire un diagnostic sur l'extra hospitalier. Faire des priorités. Il faut utiliser les rapports d'activité	Stratégiquement, gros travail de communication à faire préalable. Choisir des animateurs reconnus pour leurs compétence. Le volontariat est obligatoire.	Il faut collaborer, mais un gros travail d'échange et de communication doit être fait. La réflexion préalable doit être profonde.	La négociation, sur le choix des animateurs, le choix des thèmes communs, c'est possible.	
IG/DSSI	Utilisation de la CSSI comme force de travail et de proposition Travail sur du concret : réflexion sur les concepts mais surtout pratique, sur le métier, sur les vigilances.	Prise en compte du PE et de ses grands axes et du PM. Travailler directement l'articulation avec le PM.	Intégration dans la réflexion des autres soignants voire des médecins : échange de culture, meilleure compréhension.	Négocier notre participation au PM et au PE ? on serait mal accueillis. On ne peut pas tout défendre. Le PM est l'intérêt des médecins. Une infirmière peut les aider à réfléchir ? c'est trop tôt. Il y aura blocage, non.	
IG/DSSI	Il faut s'appuyer sur les COM. Sur les orientations du PE. Retenir les grands thèmes et travailler dessus.	On doit faire un projet de soins, pas de soins infirmiers. Il y en a qui sont exclus de tous les projets.	Cette collaboration est nécessaire parce que les thèmes sont communs	Pas de problème	

<p>IG/DSSI</p>	<p>Il faut une démarche institutionnelle et participative, avec groupe de pilotage , questionnaire de départ pour état des lieux., un débat institutionnel. On peut s'inspirer du manuel d'accréditation. Il faut que tous les services soient consultés, et sans doute l'extérieur, associations, médecins libéraux, usagers. Mais ça doit être un gros travail.</p>	<p>Il faut une aide par un consultant extérieur qui apporte méthodologie et objectivité. Un des atout c'est le Directeur. Il faut qqn qui a de l'envergure, relayé par un président de CME attentif Il faut informer les DDASS au fur et à mesure de l'avancée des travaux (bulletin mensuel d'information) Il faut travailler en équipe multidisciplinaire, je suis formelle, c'est essentiel.</p>	<p>Les médecins doivent également être consultés, et donner leur avis. Avec certains c'est facile Certains thèmes communs sont porteurs, la douleur, par exemple. Oui, il faut convier les médecins à une réflexion dans la conception du PSSI.Le point de vue des soignants doit être pris en compte également dans le PM. Les maîtres mots dans les pôles sanitaires régionaux, c'est coopération, collaboration. C'est des mots forts, pas une mode.</p>	<p>La démarche d'accréditation, les auto-évaluations nous aident peut être dans cette voie. Mais il y a vraiment un problème de personnes parfois. Une bonne négociation permet peut-être d'harmoniser les démarches, d'éviter les doublons.</p>	
-----------------------	---	---	---	--	--

ANNEXE 3

GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

DEUXIEME PARTIE : LES PROJETS À VENIR

Fonction	Choix de la démarche	Choix stratégiques	Opinions sur la collaboration proposée	Opinions sur la négociation.	
Directeur adjoint.	Plus simple pour que ce soit plus court. Phase de bilan et d'évaluation de ce qui a été fait et qui reste à faire. QQn qui se consacre au PE.	La phase diagnostic doit être plus simple car fait naître de faux espoirs Un seul groupe de travail., pluridisciplinaire, un comité stratégique sur volontariat C'est UN projet, pas une accumulation de grands projets.	Le code de la santé, au lieu de dire il faut que le PE soit composé de telle et telle chose, devrait dire, il faut traiter tels et tels aspects. Il est trop rigide, sclérosant. On pourrait mieux collaborer sur des orientations générales. Il faut une démarche itérative entre PM et PSSI. C'est l'idéal, mais la mise en œuvre !! Je n'y crois pas trop	Négocier ? peut-être par le biais des COM.	
Directeur d'Etablissement	Il sera plus resserré , moins de groupes de travail. Trop de réunions entraine des récupérations...très cher.	Le document est un prétexte. Définition d'un langage commun, il doit déboucher sur des actions. Il faut l'appui du directeur, ou sa neutralité bienveillante et identifier les gens porteurs ou coincés par le projet.	La collaboration est difficile au niveau des médecins.. Le seul médecin qui a accepté de travailler sur le PSSI est le mari de la directrice de l'IFSI. Les mentalités ne sont pas prêtes, même si c'est l'idéal en terme de fonctionnement. On doit avoir une osmose entre tous les acteurs du soin. Ils ont peur de se faire bouffer. Je pense que ce sera mûr pour le prochain. C'était trop tôt.	Certains veulent bien négocier, d'autres non. Les syndicats ne simplifient pas les choses. Il faut conceptualiser la démarche, pas la réflexion sur le fond Et un comportement professionnel, pas affectif.	

Directeur d'Établissement	Je reprendrai un consultant. La méthode était participative.	Le temps nous aide. Des thèmes transversaux comme la douleur, la qualité permettront une interpénétration médicale, soignante et administrative Mais il faut sortir le nez des problèmes quotidiens pour faire de la stratégie Le SI et les usagers sont des piliers incontournables	Sans aucun doute, mais il faut une énergie incroyable. Quand on s'est brûlé les ailes... j'ai failli sauter... Mais c'est vrai qu'on y gagnerait. Il n'y a pas de culture de la coopération, de travail collectif Le service infirmier est porteur de la qualité.. C'est une voie de sécurité pour l'avenir de l'H, c'est un levier de changement.	Cet établissement est toujours en guerre, c'est un combat de tous les jours Il faut de la transparence, ici il y a la loi du silence Il y a une évolution des mentalités, des enjeux importants pour tous, je suis confiant.	
Directeur adjoint	Un comité de pilotage PE et PM.. Un consultant après que les orientations aient été définies par le CP. Un diagnostic interne et externe Une priorisation	avec un représentant de la DDASS désigné par l'ARH Tous les soignants doivent être associés au diagnostic. Le volontariat Ça ne doit pas être une liste d'intentions de chacun	Il faut la collaboration de tous y compris des syndicats. Avec les médecins, c'est dur d'assurer un suivi de façon durable. On doit s'assurer que les gens s'engagent sur la durée. Le représentant de la DDASS n'était jamais le même L'articulation des projets doit se faire au fur et à mesure, engager les projets quand les orientations ont été définies, et communiquer	La négociation se fait sur la durée. Il ne faut pas précipiter les choses. Il faut prendre du temps pour discuter et faire passer la pilule. Le COM est un support de négociation, pour tous les acteurs. Mais on doit aussi négocier avec l'ARH	
Médecin président.CME	On sait mieux maintenant ce que l'on a à faire. La démarche était bonne, mais aujourd'hui, on manque de dynamisme. On n'y croit plus.	Les projets doivent à certain moment être confrontés entre eux, sur des thèmes communs. On doit être cohérent face aux tutelles	Oui les IDE pourraient apporter qqch à la réflexion, tout serait plus cohérent. Ça nous obligerait à rediscuter du PM. Il y a des endroits où ça marche : B, M...	Moi je suis d'accord, je l'ai vu ailleurs. Il y a aussi le COM, on est pressés par les COM. On est débordé. Ça aussi il faudrait en parler...	
Médecin président.CME	Le PM doit être fait, après que soient clarifiées les orientations régionale public/privé.. Pas isolément dans l'établissement. Le PSSI est une étape qualité une fois que les malades sont là	Il faut travailler par spécialités au sein d'un pôle sanitaire sur l'organisation de la prise en charge de telle maladie sur la région. Orientation au sein d'une ville.	Il faut que nous travaillions ensemble, c'est difficile. On sait qu'il faut changer, mais que les autres commencent. Et faire participer les usagers	Il y a des individus moteurs avec qui on peut et on doit négocier, ils sont rares. Et la structure même de nos établissements est trop rigide. Négocier, c'est ajouter de la souplesse. On n'arrive pas à avoir certaines informations, qui ça dérange ?	

ANNEXE 3