



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Filière Directeurs des Soins

Jury : 5 et 6 Novembre 2002

**LA PROMOTION DE LA PRÉVENTION A
L'HÔPITAL ,
LE RÔLE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS
SON APPROPRIATION PAR LES
PROFESSIONNELS SOIGNANTS**

Agnès PEYRACHE

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE	4
1 - La réhabilitation de la santé publique	5
1.1 De l'émergence au renouveau de la Santé Publique en France.....	5
1.1.1 Du Moyen - Age au 20 ^{ème} siècle, la santé publique une histoire de salubrité centrée sur la société et son environnement	5
1.1.2 Depuis le début du 20 ^{ème} siècle, la performance médicale au risque d'une appréhension restrictive de la santé	8
1.2 La sante publique revisitée, la prévention au cœur des préoccupations	8
1.2.1 Le champ de la santé publique, la place de la prévention.....	8
1.2.2 Aujourd'hui, la réhabilitation de la dimension collective de la santé	14
2 - La prévention au cœur du travail de soins.....	18
2.1 La prévention et l'exercice professionnel	18
2.1.1 La prévention, une obligation professionnelle.....	18
2.1.2 La prévention et la prise en charge de l'hospitalisé.....	20
2.2 Le soin dans toutes ses dimensions, un concept à faire vivre.....	22
2.2.1 Les différentes dimensions du soin.....	23
2.2.2 La difficile intégration des différentes dimensions du soins dans la pratique hospitalière.....	26
3 - Promouvoir la prévention, développer de la globalité, une responsabilité du Directeur des soins.	29
3.1 Promouvoir la prévention, promouvoir une prise en charge articulée du patient, une organisation a faire évoluer	29
3.1.1 L'hôpital est une bureaucratie professionnelle propice au travail de soins compartimenté.....	31
3.1.2 L'hôpital, une organisation qui se caractérise par une dynamique de coopération difficile.....	34
3.2 Le Directeur des soins, un acteur clef de la dynamique institutionnelle	41
3.2.1 L'implication du Directeur des soins dans l'organisation	41
3.2.2 Le Directeur des soins, un manager de la complexité et de l'innovation	43

DEUXIÈME PARTIE : CADRE OPÉRATOIRE.....	52
4 - La méthodologie de la recherche	53
4.1 Les axes de prévention supports de l'étude.....	54
4.1.1 La prévention de la douleur, la prévention du tabagisme.....	54
4.1.2 L'étude de terrain.....	61
4.2 La conduite des entretiens et l'exploitation des données	63
4.2.1 La conduite des entretiens	63
4.2.2 La méthode d'exploitation des données et les limites de l'étude	66
5 - La prévention, des réalisations à géométrie variable	69
5.1 Une culture de la prévention sur le chemin de l'appropriation.....	69
5.1.1 La lutte contre la douleur, des caractéristiques partagées par des réalisations nuancées	69
5.1.2 La lutte contre le tabagisme, une déclinaison hospitalière à investir	74
5.2 Trois établissements, trois niveaux d'intégration de la prévention	77
5.2.1 L'expression des différents niveaux d'intégration de la prévention, la singularité de chaque établissement	78
5.2.2 La dynamique d'intégration de la prévention, le constat d'une contingence au rôle du Directeur des soins.	90
6 - La contingence et le pragmatisme, un socle pour l'action du Directeur des soins dans la promotion de la prévention à l'hôpital	97
6.1 Manager avec cohérence un rôle essentiel du Directeur des soins	99
6.1.1 Le Directeur des soins adapte son mode de management à la contingence environnementale.....	99
6.1.2 Le Directeur des soins exploite tous les espaces susceptibles de conditionner et promouvoir des productions à visées collectives	101
6.2 Promouvoir la dimension collective de la prise en charge de l'hospitalisé, une mission du Directeur des soins	105
6.2.1 Le Directeur des soins facilite et stimule l'implication du plus grand nombre dans les objectifs et finalités de l'établissement.....	105
6.2.2 Le Directeur des soins incite au professionnalisme des soignants.....	110
CONCLUSION	114

Liste des sigles utilisés

A.N.A.E.S : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

A.R.H : Agence Régionale de l'Hospitalisation

C.L.U.D : Comité de Lutte contre la Douleur

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

H.C.S.P : Haut Comité de la Santé Publique

M.N.H : Mutuelle Nationale des Hospitaliers

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National d'évolution des Dépenses d'Assurance Maladie

S.I.D.A : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

S.R.O.S : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

U.C.T : Unité de Coordination en Tabacologie

INTRODUCTION

Depuis quelques décennies l'hôpital ne cesse de se transformer. Successivement, le contrôle du volume des dépenses hospitalières, la fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie¹, la recherche d'efficacité puis d'efficience des prestations de soins, la mise en place d'outils d'évaluation et le développement des modes de communication, ont induit l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur.

La performance de la dimension curative des soins dispensés à l'hôpital a fait ses preuves, l'OMS selon ses critères permet de faire état de la très bonne qualité de notre système de soins et le classe le premier du monde. Pour autant si le constat général d'une bonne santé des français ne fait pas de doute, nombreuses sont les lacunes, les faiblesses, les inégalités selon les régions et les groupes de populations. Les écarts d'espérance de vie entre les catégories socioprofessionnelles se creusent.

De plus les récents problèmes sanitaires tels que le SIDA, la maladie de Creutzfeld-Jacob, mais aussi la iatrogénie démontrée des prestations de soins et les infections nosocomiales ont contribué à alimenter une interrogation sur la place et la contribution des soins médicaux à la santé.

Aujourd'hui la remise en cause de l'équation « santé=soins » n'apparaît plus discutable, le programme de Santé 2001 présenté par Bernard Kouchner le 27 mars 2001 à Strasbourg nous en fournit la preuve. La fonction d'analyse de la santé publique met en évidence les territoires de non performances en santé, elle nous laisse aussi à voir la prégnance croissante des paramètres « société » et « dimension collective » dans l'histoire de la santé. L'approche santé publique constitue à présent un fil conducteur incontournable et impératif dans l'élaboration et la déclinaison de la politique de santé. L'hôpital est concerné au premier chef par l'évolution croissante de la santé publique dans le système de soins, il occupe une place importante parce qu'il mobilise un conséquent volume de moyens.

L'accélération des développements législatifs et des réglementations est manifeste d'une volonté politique de maillage structurant pour un fonctionnement efficient du système de santé. Elle a contraint l'hôpital à s'inscrire très concrètement dans le mouvement de santé publique. Se sont mis en place les ARH, les SROS, les COM avec des objectifs de santé publique, les conférences régionales de santé. A l'intérieur des établissements de santé des commissions et comités tels que la commission de conciliation, le comité de lutte contre les infections nosocomiales, le comité de lutte contre la douleur, sont autant de supports qui contribuent à la déclinaison d'activités de santé publique

¹ ONDAM

Les hôpitaux ont reçus de nombreuses sollicitations et incitations pour intégrer des axes prioritaires de prévention au travers de programmes de plans nationaux et régionaux.

Notre connaissance du milieu hospitalier et notre expérience professionnelle nous permettent d'établir que depuis quatre à cinq ans l'émergence et la déclinaison d'actions de santé publique deviennent une réalité institutionnelle. Néanmoins les développements d'axes de prévention classiques imprègnent de manières très parcellaires et inégales les équipes de soins. La lutte contre la douleur par exemple est assez facilement intégrée dans les services de chirurgie, dans les services de cancérologie, elle est moins présente dans les services de médecine pourtant il s'agit d'un axe très soutenu par les pouvoirs publics.

Fréquemment, la mise en place d'activités de prévention initiées par le projet d'établissement, ou par le contrat d'objectifs et de moyens, ou encore le développement d'actions dans le cadre d'un programme régional reste affaire d'individus ou de petits groupes d'experts. La diffusion au cœur des services de soins des axes de prévention retenus par l'hôpital se fait difficilement, voire pas du tout. La conviction collective mais surtout partagée ne semble pas aisée à obtenir pour ce qui est une mission de l'hôpital et une obligation pour les professionnels.

Dans un contexte de raccourcissement de durées de séjours, de réduction hebdomadaire du temps de travail la disponibilité des professionnels se concentre sur l'activité curative. L'hypertrophie de la dimension curative du soin reste une réalité toujours très présente dans la prise en charge de la personne hospitalisée. Les infirmières qui ont bénéficié d'une formation intégrant largement les dimensions de prévention, d'éducation de réhabilitation du soin adoptent le plus souvent la logique de spécialisation organique qui domine dans le service. Et lorsque ces professionnelles tendent à la mise en œuvre d'une prise en charge globale de la personne soignée il n'est pas rare que celles-ci abandonnent les soins de prévention par déficit d'accès aux compétences professionnelles requises. Une infirmière qui a pu repérer la nécessité de soins préventifs chez un patient est souvent démunie pour y répondre, parce qu'elle ne sait pas faire et qu'elle ne sait pas accéder au professionnel de l'hôpital médical ou paramédical en charge des prestations du champ requis. On a encore pu constater une méconnaissance de l'existence des relais externes possibles acteurs de soins de santé publique.

Notre fonction de Directeur de Soins est concernée à plusieurs titres par la problématique de la prévention dans la prise en charge des hospitalisés.

Notre statut de professionnel de santé positionné dans la fonction publique nous implique naturellement dans la promotion de la santé publique. Aujourd'hui nous nous interrogeons

sur la manière efficace d'animer notre fonction pour faciliter la prévention dans les soins à l'hôpital.

Nos intentions dans ce travail vont être de repérer comment dans l'exercice de sa fonction le Directeur des soins peut faciliter la diffusion à l'intérieur des unités de soins des axes de prévention retenus par l'institution pour que ceux-ci soient plus largement intégrés à l'hôpital.

PREMIÈRE PARTIE : CADRE THÉORIQUE

1 - LA REHABILITATION DE LA SANTE PUBLIQUE

L'histoire de la santé avec ses crises sanitaires récentes et l'exigence de la population pour une meilleure prise en compte des enjeux de santé ont revivifiées la démarche dite de « santé publique ».

La santé publique représente comme le dit Jean-François Girard² « le vecteur privilégié pour insuffler à l'ensemble du monde du soin et à tous ceux qui interviennent, cette manière particulière de voir cette approche globale de la santé adaptée à l'époque moderne ».

1.1 DE L'EMERGENCE AU RENOUVEAU DE LA SANTE PUBLIQUE EN FRANCE

Si Hippocrate établit il y a 2500 ans la causalité entre facteurs de l'environnement et maladie et s'il invente l'épidémiologie, l'histoire nous enseigne néanmoins du long et difficile essor de la santé publique.

1.1.1 Du Moyen - Age au 20^{ème} siècle, la santé publique une histoire de salubrité centrée sur la société et son environnement

Dès le Moyen Âge la lutte contre la lèpre et la peste apparaît comme une mesure de protection de la population. Pour enrayer la propagation des maladies contagieuses les autorités mettent en place un système fondé sur la contrainte. Les malades infectés ou suspects de l'être sont mis en quarantaine à domicile ou isolés dans un lazaret. En Europe le 18^{ème} siècle, siècle des lumières est marqué par l'harmonie recherchée entre l'individu et l'environnement. Les conditions de vie de la population deviennent un centre d'intérêt public. La considération pour l'hygiène évolue. L'hygiène qui se limitait à la sphère privée dans la conception chrétienne acquiert le statut de publique avec la laïcisation progressive. Le passage au domaine public s'inscrit dans un courant de pensée qui confère une importance capitale à la santé et ce pour des raisons de productivité. En France dès la fin du 18^{ème} siècle, dans un contexte révolutionnaire se développe un intérêt particulier pour les pauvres, les malades et leurs conditions de vie. C'est aussi sous la Révolution qu'une forme de législation sociale appelée assistance publique est née en France. En 1794 une chaire d'hygiène est créée à l'Ecole de Médecine de Paris, les manuels d'enseignements accordent une place conséquente à l'hygiène publique, la France est avant-gardiste dans ce domaine.

² Directeur des hôpitaux.

La première vaccination contre la variole apparaît avec Edward Jenner en 1796, c'est seulement en 1902 qu'elle devient obligatoire avec la promulgation de la première loi d'hygiène publique.

La naissance de la santé publique est couramment située au 19^{ème} siècle. Les pays se développent de manière accélérée, l'industrialisation, l'exode rural et l'intensification de l'urbanisation engendrent de lourdes conséquences sanitaires qui se manifestent par une forte morbidité et une surmortalité. Les préoccupations sanitaires sont plus en plus pressantes, les conditions d'hygiène sont déplorables³. L'expérience acquise par les médecins militaires lors des campagnes napoléoniennes a contribué au rôle primordial de la France dans l'émergence du concept de santé publique à cette époque. Le courant des philosophies sociales en présence permet l'intégration des aspects sociaux dans l'étude des problèmes sanitaires. Progressivement les enquêtes médico-sociales obéissent à une structuration scientifique qui conjugue volets médicaux et sociaux. En 1802 Paris sert de modèle de référence pour la création de conseils d'hygiène et de salubrité dans les grandes villes. Des réseaux de surveillance sanitaire des épidémies sont assurés par les médecins cantonaux. L'hygiène publique devient une science en France dans la première moitié du 19^{ème} siècle, elle atteint une ampleur qui confère au pays un leadership mondial. En 1858 un inspecteur général des services sanitaires du gouvernement français organise à Paris à la suite d'une épidémie de choléra la première conférence sanitaire internationale.

L'exercice de la médecine qui s'organise dès le tout début du 19^{ème} siècle introduit cependant dans la seconde moitié du siècle une vision très médicalisée des problèmes de santé publique et laisse progressivement peu de place à la dimension sociale de la santé. Cette situation éloigne la France du rayonnement international qu'elle exerçait au début du siècle, l'administration de l'hygiène publique se préoccupant plus de l'hôpital et de la pratique libérale de la médecine que d'une approche de la santé médico-sociale.

En Grande-Bretagne en 1842 la publication d'un rapport rédigé par Edwin Chadwick⁴ sur les conditions sanitaires de la population ouvrière constituera l'amorce du mouvement de la santé publique dans ce pays. Le constat de gravité de l'état sanitaire des pauvres aussi présent dans ce rapport identifie des causes physiques et sociales environnementales pour lesquelles des actions préventives pourraient s'avérer efficaces. C'est dans le contexte d'une épidémie de choléra en 1848 que les autorités publiques de Grande-Bretagne

³ Guerrand Roger.Henri ., « Les lieux – Histoire des commodités ».Paris : La Découverte, 1991, p.17.in HESBEEN Walter – Santé Publique et Soins Infirmiers – Editions Lamarre 1996

⁴ HESBEEN Walter – Santé Publique et Soins Infirmiers – Editions Lamarre 1996 p. 50.

promulgueront une première grande loi de santé publique. La même année en Allemagne le concept de « médecine sociale » voit le jour, il se développera surtout au 20^{ème} siècle. Ce concept est retrouvé en France à la même époque, mais les expressions « santé publique », « hygiène sociale » et « médecine sociale » sont fréquemment utilisées sans distinction.

La protection de l'enfance est aussi un repère historique de la santé publique. Les premières initiatives pour réduire les mortalités infantile et maternelle ont été prises en France. En 1874 Théophile Roussel promulgue une loi sur la protection des enfants, elle s'accompagne notamment de la consultation du nourrisson et de recommandations médicales pour une jeunesse saine et robuste. Si une activité intense concerne la santé des enfants à la fin du 19^{ème} siècle et au début du 20^{ème} siècle il existe une dissociation marquée entre santé publique et mesures de protection sociale. Un extrait du premier congrès international de la protection de l'enfance qui a lieu en 1883 à Paris manifeste cet état de fait « tous les pays sont alarmés par les taux élevés de mortalité infantile...les moyens de lutte relèvent alors soit de mesures de santé publique : assainissement, vaccination et quarantaine, soit de mesures de protection sociale des groupes vulnérables comme les enfants illégitimes ou les orphelins. »⁵.

Dans les années 1880 les découvertes de Pasteur (1822-1895) sur les microbes et les modes de contamination seront capitales pour le développement de la santé publique. Celles-ci ont permis « de bâtir une nouvelle santé publique basée sur la conquête des maladies transmises par l'eau, le lait, les aliments et les insectes. »⁶, mais ces découvertes ont aussi induit une orientation plus biologique de la santé au détriment des aspects sociaux. Ce phénomène va s'aggraver au 20^{ème} siècle avec l'ascension biotechnologique de la médecine.

L'histoire jusqu'au début du 20^{ème} siècle met en lumière les préoccupations d'hygiène publique, de médecine sociale ou de santé publique ainsi que les améliorations effectives des conditions de vie des populations et ce grâce aux combats du mouvement hygiéniste de la fin du 19^{ème} siècle. En effet les pouvoirs publics, sous l'influence de médecins pour la plupart marginaux, ont progressivement développés les systèmes d'adduction d'eau contrôlés, les systèmes d'égouts pour l'évacuation des eaux usées, ainsi que la collecte et le traitement des déchets. Il est néanmoins important de rappeler que la motivation la plus forte pour les actions entreprises, était en lien étroit avec la recherche de la puissance économique et militaire du pays.

⁵ Gaumer B., « Evolution du concept de santé publique dans quelques pays industrialisés du bloc occidental de la fin du XVIII^{ème} siècle aux années 1970 » in : HESBEEN Walter – Santé Publique et Soins Infirmiers – Editions Lamarre 1996

⁶ Ibid 5

1.1.2 Depuis le début du 20^{ème} siècle, la performance médicale au risque d'une appréhension restrictive de la santé

La première moitié du 20^{ème} siècle est marquée par les progrès considérables de l'état de santé des populations, et ce en lien avec l'élévation du niveau de vie et d'instruction de la population et l'amélioration généralisée de l'hygiène de l'environnement. Mais aussi, dans les années 1930 la mortalité d'origine infectieuse est largement jugulée par les sulfamides. Après 1945 avec les antibiotiques les décès par tuberculose diminuent considérablement. Après la seconde guerre mondiale la médecine devient réellement efficace et prend rapidement le pas sur la santé publique.

La médecine qui permet de guérir les maladies et de réparer écarte la préoccupation pour la prévention et l'attention aux facteurs environnementaux qui influent sur la santé des populations. L'action concertée du droit médical et du droit de l'environnement, qui a favorisée l'augmentation sensible de l'espérance de vie dès le début du 20^{ème} siècle, a été rompue dès le début des « Trente Glorieuses » avec le triomphe de la médecine curative. « Les médecins et les hôpitaux définissent les objectifs de la politique de santé, l'Etat se contente de contrôler la répartition des moyens. La prévention, l'hygiène, la santé publique comme disciplines techniques sont un peu des laissés pour compte »⁷...La politique de santé notablement influencée par les progrès exponentiels de la médecine curative et l'hyper spécialisation a laissée dans l'oubli pendant une trentaine d'années la prévention, aspect fondamental de la santé publique. De la même façon le développement de la médecine dont l'exercice se fonde sur la prise en charge singulière de la personne façonne la dimension individuelle de la santé, au détriment d'une recherche de fond sur la santé publique et la prévention. La notion santé publique rattachée a celle d'épidémie et d'hygiène sociale conserve pour vocation presque exclusive la prévention collective des maladies infectieuses.

1.2 LA SANTE PUBLIQUE REVISITEE, LA PREVENTION AU CŒUR DES PREOCCUPATIONS

1.2.1 Le champ de la santé publique, la place de la prévention

Telle que l'histoire nous l'a rappelée, traditionnellement, la santé publique recouvrait essentiellement l'hygiène du milieu et la lutte contre les maladies transmissibles.

⁷ Henrad J.Cl., « La santé publique, hier aujourd'hui et demain », in : HESBEEN Walter – Santé Publique et Soins Infirmiers – Editions Lamarre 1996 p.54

Progressivement son champ de préoccupations s'est étendu, comme le traduisent les définitions qui se sont historiquement succédées. A partir de 1900 la notion de santé publique s'est élargie et englobe les soins médicaux individuels aux membres de certains groupes de population. Mais la France n'a pas disposé comme les pays anglo-saxons d'une culture de santé publique suffisamment solide pour progresser du contrôle des maladies infectieuses à celui des autres problèmes de santé, accidents et maladies chroniques.

- Les supports fondamentaux de la Santé Publique
 - Le point de départ de l'institutionnalisation.
La constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé⁸ qui date du 22 juillet 1946 est une référence fondamentale de la structuration et l'évolution de la Santé Publique.
L'OMS a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible sur la base de sa définition volontariste de la santé :
« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité »
 - Un mouvement nouveau.
La déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires avec « les buts de la santé pour tous en l'an 2000 » relayée par la Charte D'Ottawa le 21 novembre 1986.
La santé est définie comme une ressource de la vie et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif qui valorise les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève pas exclusivement du secteur sanitaire, elle dépasse les modes de vie sains et vise le bien-être.
- L'évolution du champ de la santé publique à travers les définitions chronologiques.

La définition la plus célèbre de la santé publique est celle que Winslow⁹ a rédigée en 1923 et qui a été reprise en 1952 par l'OMS :

- « La science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action concertée

⁸ Organisation Mondiale de la Santé : OMS

⁹ in HESBEEN Walter - Santé Publique et Soins Infirmiers – Editions Lamarre 1996 p 54

visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objectif final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité »

En juillet 1988 un rapport de la Commission de santé publique qui rassemble les conclusions d'un groupe de travail mis en place par Pierre-Paul Valli et Jean-François Girard¹⁰ au ministère de la santé en France marque un tournant dans l'approche de la santé publique.

❖ **Une nouvelle santé publique est en émergence :**

« La santé publique ou plutôt la santé des populations est cette démarche qui vise à améliorer l'état santé des populations par la prévention, la planification du système de soins, l'évaluation des pratiques, des techniques et des institutions, à surveiller et prévenir les risques majeurs par l'observation et l'intervention épidémiologiques »¹¹.

Cette définition est intéressante parce qu'elle ne se limite pas comme la médecine à l'individuel, au face à face soignant soigné, elle dépasse la dimension curative. La santé publique aborde alors la santé de façon collective et globale, il s'agit de dépasser la seule dimension médicale et d'intégrer les causes et conséquences de la maladie y compris celles relevant d'aspects non médicaux.

Le Haut Comité de la Santé Publique en 1994 définit la santé publique ainsi : « un domaine d'actions dont l'objet est l'amélioration de la santé de la population. Elle est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui se situent entre l'administration de la santé et l'exercice de la profession médicale. Sa finalité est aussi la connaissance par la recherche ».

- L'évolution du champ de la santé publique à travers les structures

A partir de 1991 la santé publique devient progressivement un cadre formel pour définir et orienter la politique de santé en France.

En France la discipline Santé Publique s'est concrétisée par une structuration fondée sur le concept tel que décliné par l'OMS en 1973

¹⁰ Ibid 9

¹¹ Ibid 9

« La Santé publique est devenue historiquement une discipline autonome qui s'occupe de la santé globale et de la maladie des populations sous tous les aspects concernés ; **son objectif est la mise en place de systèmes de services de santé en incluant les activités planifiées de promotion et protection de la santé, de prévention de la maladie, de traitement et réadaptation des malades, d'éducation pour la santé, de recherche, d'administration, etc. La Santé publique est donc une discipline multi- et interdisciplinaire bien plus vaste que la médecine.** »¹²

En **1991** le gouvernement de la France se dote d'une instance technique et d'expertise pour éclairer la stratégie d'évolution du système de santé en créant le **Haut Comité de la Santé Publique**¹³. La présidence du comité est assurée par le ministre chargé de la santé.

Le Comité a une mission d'expertise, il est chargé d'apporter des éléments de réponse ou d'information susceptibles d'éclairer ou d'aider aux décisions en Santé Publique.

En décembre **1994** la volonté politique de décliner au niveau des régions la politique nationale de santé publique se concrétise par la mise en place de **conférences régionales** sur l'état de santé et les priorités de santé publique. Ces conférences sont un lieu de débats et de propositions.

L'ordonnance du **24 avril 1996** portant sur la réforme du système de protection sociale a institué la **Conférence nationale de santé**. Elle a été créée par décret le 16 août 1996, elle réunit tous les ans des représentants de professionnels, institutions et établissements de santé et des représentants des conférences régionales de santé. La mission de cette conférence est de présenter dans un rapport au gouvernement son analyse des données concernant la situation sanitaire de la population et l'évolution de ses besoins de santé. La Conférence nationale alimente ses travaux des contributions du Haut Comité de la santé publique qui portent sur l'analyse de l'état de santé de la population et des priorités et, sur les conclusions des conférences régionales de santé. La Conférence nationale de santé propose au gouvernement des priorités pour une politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins en se référant à l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

¹² SAN MARTIN Hernan – Santé publique et médecine préventive. Masson. Paris, New York, Milan, Mexico, Sao Paulo 1983 p 7

¹³ Haut Comité de la Santé Publique , HCSP

- La Santé publique, une histoire de sémantiques.

Intégrer et faire vivre la santé publique c'est inscrire sa démarche dans l'histoire avoir pris connaissance et avoir dépassé les multiples débats sémantiques et polysémiques portant sur les termes « médecine », « soins » et sur le qualificatif « public ». La santé publique intègre tous ces vocables, c'est un immense champ de complexité.

L'opposition ancienne entre les termes santé et soins fondés sur les aspects respectifs de collectivité et d'individualité pose encore problème aujourd'hui dans le sens ou l'ambiguïté de perception et de représentation qui perdure ne facilitent pas une vision commune, globale et transversale de la santé publique.

De la même façon la dimension de service public de l'hôpital a contribué à assimiler « service public hospitalier » et « santé publique ». Ce phénomène a été conforté par le développement continu de la technicité qui a évincé les actions concourant à la santé publique. L'offre de soins hospitalière parce que s'inscrivant dans une logique de service public a longtemps été perçue comme contribuant nécessairement à la santé publique.

La santé publique est une discipline à part entière dont le but est la santé de la population et non celle de l'individu pris isolément. Cette situation relevant alors du domaine de la médecine. La santé se caractérise par un état d'équilibre qui intègre la relation de l'individu à son milieu, ce n'est pas l'exclusive absence de maladie.

La santé publique se situe au carrefour de multiples disciplines et se fonde du concept même de santé qui s'articule sur une pluralité d'enjeux humains. En effet les enjeux de la santé sont d'ordres démographique, économique, social, politique, éthique, individuel, collectif.

La santé publique est au collectif ce que la médecine est à l'individu et bien au delà

- **La prévention un volet de la santé publique**

En 2001 en présentant les grandes lignes du programme de santé Bernard Kouchner ministre¹⁴ de la santé positionne la prévention dans le système de santé en précisant « Chez nous tout est fait pour opposer médecine de soins et santé publique. Ce sont pourtant des

¹⁴ Conférence nationale de santé 2001. Programme de santé 2001 présenté par Bernard Kouchner – 27 mars 2001 Strasbourg.

disciplines infiniment complémentaires... **La santé publique apporte l'analyse critique et la prévention à la pratique médicale...** »

Nombreux sont les auteurs qui s'accordent à dire que la prévention et la promotion de la santé représentent les deux facettes de l'objectif essentiel de la Santé publique. Elles visent la santé optimale des populations par une action d'anticipation en amont de la maladie.

En santé publique l'objectif premier de la recherche sur les déterminants est, et doit rester, l'efficacité de la prévention¹⁵.

« La prévention a pour objet d'éviter ou de réduire le nombre et la gravité des maladies ou accidents et fait essentiellement appel à des moyens techniques individuels ou collectifs. »¹⁶

Classiquement on distingue selon l'OMS trois niveaux de prévention :

- **La prévention primaire** : développe des actions destinées à réduire le nombre de cas nouveaux d'une pathologie. Elle s'exerce avant la survenue de la maladie. Son objectif est d'empêcher l'apparition de la pathologie. Les actions portent sur l'environnement par exemple sur l'eau, sur l'air, mais aussi sur les comportements (campagnes d'éducation pour la santé, prévention du tabagisme, de l'alcoolisme.
- **La prévention secondaire** : développe des actions destinées à réduire l'évolution et la durée de la pathologie. Elle a pour objectif de dépister la maladie le plus précocement possible pour mieux la traiter et protéger l'entourage. C'est par exemple le cas du dépistage du cancer.
- **La prévention tertiaire** : développe des actions qui visent à réduire les incapacités liées à la maladie. Elle a pour objectif d'éviter les récives, les complications et les séquelles. Elle consiste en une démarche d'accompagnement de personnes en difficulté sociales de pathologies chroniques lourdes en échec thérapeutique.

Les trois niveaux de prévention se complètent, fréquemment les actions relèvent de deux voire même des trois types de prévention. **La prévention est un concept global, même s'il est possible de catégoriser les actions le tout domine les parties.**

¹⁵ Haut comité de la santé publique – La santé des Français – 3^e bilan – Editions La Découverte 2002

¹⁶ CAZABAN M., DUFOUR J., FABBRO-PERRAY P., JOURDAN R., LEVY A. – Santé publique. Connaissance et pratique. Masson 1989, 2001 p 54.

1.2.2 Aujourd'hui, la réhabilitation de la dimension collective de la santé

- **Les limites de la médecine curative**

Depuis une quinzaine d'années et ce initialement pour des préoccupations économiques la politique sanitaire de la France centrée sur la force curative de la médecine va être entraînée dans un courant de remise en question et de réexamen. En premier lieu si ce sont des contraintes liées à la maîtrise des dépenses de santé qui ont imposées des stratégies de rationalisation de l'offre de soins et d'optimisation des ressources consacrées à la santé, aujourd'hui la prise de conscience de la dimension collective de la santé va croissant et ce sur fond de récentes crises sanitaires (épidémie de sida, maladies à prions, exposition à l'amiante...). La qualité de l'environnement, de l'alimentation, fait l'objet de préoccupations grandissantes. Les limites de la médecine scientifiques sont de plus en plus argumentées par des données objectives concernant la santé de la population. Celles-ci incitent les pouvoirs publics et les professionnels à repositionner, réorienter leurs actions.

La performance de la dimension curative des soins dispensés à l'hôpital a fait ses preuves. L'OMS selon ses critères permet de faire état de la très bonne qualité de notre système de soins et le classe le premier du monde. Pour autant si le constat général d'une bonne santé des français ne fait pas de doute, nombreuses sont les lacunes et les faiblesses. Les écarts d'espérance de vie entre sexes, entre régions et entre catégories socioprofessionnelles se creusent et demeurent supérieurs à ceux observés dans les pays voisins ou comparables à la France¹⁷. Les territoires de non performances repérés dans notre paysage sanitaire par les bilans de 1995, 1998 et 2002 du Haut Comité de la Santé Publique sont traducteurs du paradoxe français.

Concrètement les récents problèmes sanitaires tels que le SIDA, la maladie de Creutzfeld-Jacob, mais aussi la iatrogénie démontrée des prestations de soins et les infections nosocomiales ont contribué à alimenter une interrogation sur la place et la contribution des soins médicaux à la santé. Les nouvelles pathologies ont nécessité la mise en œuvre de stratégies alternatives aux soins.

Depuis les années 1990, la remise en cause de l'exclusive dimension curative des soins n'apparaît plus discutable, il s'agit d'un constat retenu par la politique nationale de santé. Monsieur le ministre délégué à la Santé, Bernard Kouchner a présenté le 27 mars 2001 à Strasbourg le programme de santé 2001 qui développe « une nouvelle santé publique ».

¹⁷ Haut comité de la santé publique, « La santé des Français, 3^{ème} bilan » - Editions La Découverte et Syros, Paris, 2002.

Les propositions des bilans du Haut comité de la santé publique, pour adapter notre système de santé aux enjeux actuels, nous laissent aussi à voir l'inclusion incontournable des paramètres « société » et « dimension collective ». L'approche santé publique s'impose à présent en fil conducteur impératif dans l'élaboration et la déclinaison de la politique de santé.

- **L'hôpital à l'heure de la prévention, une incitation croissante et guidée des pouvoirs publics.**

❖ La prévention à l'hôpital, une politique récemment déployée.

La loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 précise les missions du service public hospitalier dans les domaines du soin, de l'enseignement, de la recherche, et de la prévention. Néanmoins l'hôpital pendant quelques années encore ne cessera de voir se développer ses équipements technologiques et sa fonction curative. C'est sous la pression économique liée à l'augmentation croissante des dépenses de santé, mais aussi sur le constat des limites de la consommation médicale en terme de bénéfices pour la santé que le législateur a réaffirmé le rôle de prévention de l'hôpital. En effet, la loi portant réforme hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 qualifie l'hôpital **d'établissement de santé** et lui confère d'autre part en sus de sa mission traditionnelle et pour l'essentiel curative de l'hôpital une vocation « à des **actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention** ».

Depuis, les ordonnances de 1996 ont impulsé des développements opérationnels de santé publique. Avec la mise en place des conférences nationales et régionales de santé la politique de santé publique a été traduite en programmes et en actions prioritaires. Les actions de prévention prioritaires sont nombreuses dans le programme de santé 2001. La prévention cible notamment les comportements à risques vis à vis du VIH, les pratiques addictives en direction de toutes les populations mais plus spécifiquement en direction des jeunes et des femmes. L'accès à la prévention des populations précaires doit aussi être prioritaire. Des actions d'intérêt plus général sont aussi rappelées, parmi lesquelles on retrouve la lutte contre la douleur, les soins palliatifs, l'éducation pour la santé mais encore un programme national nutrition.

La conférence nationale de santé en 2001 insiste par ailleurs à l'appui de données financières chiffrées sur la négligence encore trop importante de l'effort de prévention du système de santé français.

Les hôpitaux soumis, par l'ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, à l'obligation de contractualisation avec l'agence régionale d'hospitalisation doivent intégrer dans leurs contrats d'objectifs et de moyens des actions de prévention et d'éducation en lien avec les programmes prioritaires déclinés au niveau de la région. Les préconisations d'orientations sont plus précisément formulées à partir des programmes et de l'offre de soins régionale dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. On peut par exemple citer le SROS 1999-2004 de Rhône-Alpes :

- « ... le document comporte un ensemble de préconisations dans des domaines porteurs d'enjeux qualitatifs pour l'offre de soins dans son ensemble. **Est priorisé**, pour les 5 ans qui viennent **l'engagement dans les voies de la qualité, de l'innovation et de la prévention.** »

Le SROS propose de construire avec les établissements des **outils d'une évolution stratégique de l'offre et pour cela de créer les conditions de la prévention.** Pour cela il est proposé aux établissements de dresser un bilan de ses activités de prévention, de déterminer les mesures qu'il prendra pour faciliter l'éducation pour la santé dans les domaines du tabagisme et de l'alcoolisme et d'indiquer les actions de prévention auxquelles il est associé dans le champ de ses missions de soins. **Le SROS insiste sur l'importance d'une dynamique collective.**

❖ L'hôpital décline la prévention dans plusieurs domaines

- L'environnement hospitalier : l'hygiène, la lutte contre les agents transmissibles non conventionnels, la lutte contre les infections nosocomiales
- La sécurité sanitaire : les vigilances
- Les soins aux exclus, la prévention des dépendances, des conduites addictives (alcool, tabac, drogues.)
- Education chez les patients porteurs de pathologies chroniques tels que les diabétiques : éducation du mode de vie, de l'alimentation,
- Activités de prévention secondaire et tertiaire, prévention des escarres, des chutes, activités de prévention liées aux conduites à risques suicide, dépistage du VIH.

Dans le cadre d'un colloque récent « Hôpital et missions de santé publique »¹⁸ présidé par Edouard Couty¹⁹ le rôle de l'hôpital dans la prévention a été largement confirmé dans les débats.

L'hôpital est un lieu de soins, l'éducation en santé et la prévention sont des actions de soins au même titre que la prescription médicale.

❖ La prévention et la qualité à l'hôpital

La prévention est une mission de l'hôpital inscrite dans l'accréditation des hôpitaux. Les établissements de santé sont depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 soumis à une procédure d'évaluation qui a pour objectif de s'assurer que ceux-ci développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients.

Le manuel d'accréditation des établissements de santé²⁰ témoigne de l'incitation croissante des pouvoirs publics pour une prise en charge élargie du patient. L'ANAES a élaboré avec les acteurs de santé des référentiels pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient.

- La prévention occupe une place conséquente, elle est largement présente dans le référentiel « Organisation de la prise en charge des patients », et fait l'objet de trois références dans le référentiel « Qualité et Prévention ». On retrouve aussi la prévention dans de nombreuses références portant plus spécifiquement sur la dimension « organisation ».
- **Depuis le 4 mars 2002, une politique de prévention est formalisée²¹, elle fait l'objet d'un nouveau chapitre dans le code de la santé publique.**

¹⁸ Bulletin signalétique de la Direction des Hôpitaux N° 121 Mars 2000

¹⁹ Directeur des hôpitaux

²⁰ Manuel d'accréditation des établissements de santé – Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé – Février 1999

²¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

2 - LA PREVENTION AU CŒUR DU TRAVAIL DE SOINS

2.1 LA PREVENTION ET L'EXERCICE PROFESSIONNEL

2.1.1 La prévention, une obligation professionnelle

- **Les médecins ont un devoir de prévention qui est retrouvé dans plusieurs articles du code de déontologie médicale**

« L'acte médical consiste à appliquer toutes les connaissances scientifiques et les moyens techniques adaptés afin de prévenir la maladie, de prodiguer des soins et de soulager la souffrance », « Les pouvoirs publics doivent pouvoir compter sur les médecins pour appliquer des mesures sanitaires à l'ensemble de la population telles que les vaccinations, le dépistage, les actions éducatives pour la santé, ainsi que (...) ». ²²

« Le médecin conseille plus qu'il ne décide ou n'impose. Il oriente vers des mesures préventives, recommande des mesures d'hygiène, donne des avis (...) ». ²³

« Le rôle et les responsabilités du médecin ne se limitent pas aux actes accomplis dans l'intérêt de personnes considérées individuellement. Celles-ci appartiennent à une collectivité pour laquelle les responsables de la santé publique peuvent proposer des mesures générales en vue de protéger ou de promouvoir la santé (...) » « Il peut s'agir : de mesures préventives générales (...), d'éducation sanitaire (...), de campagnes de dépistage (...) ». ²⁴

C'est seulement depuis un arrêté du 18 mars 1992 que la Santé publique a été rendue obligatoire dans les études médicales et ce à partir de la rentrée universitaire 1993-1994. ²⁵

- **La responsabilité de l'infirmière en matière de prévention est réaffirmée**

La première mention réglementaire de la participation de l'infirmière à des actions en matière de prévention et d'éducation pour la santé de prévention date du décret n° 81-539 du 12 mai 1981 qui réglementait l'exercice professionnel. Ce décret a été abrogé par **le décret n°2002 du 11 février 2002** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier la prévention s'y trouve renforcée.

²² Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, Article 2

²³ Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, Article 7

²⁴ Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, Article 12

²⁵ Introduction à la santé publique- Dossier documentaire – A. Danzou département POLITISS avec le concours de G.Chevallier, L.Bourhis, O.Piquet. Centre de documentation de l'ENSP Janvier 1999.

L'article 1^{er} précise : « L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, (...) recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention »

L'article 2 défini : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, (...) ils ont pour objet (...) : de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur (...) »

L'article 14 identifie des activités infirmières en santé publique : « (...) Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ; Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective (..) ; Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ; Education à la sexualité ; Participation à des actions de santé publique ; (...) Il participe également (..) ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes »

Le programme des études qui conduit au diplôme d'état d'infirmier comprend un module de 80 heures de santé publique étalé sur trois années de formation²⁶. Un enseignement en éducation et prévention sanitaire est aussi prévu au programme.

- **Les autres professionnels de santé sont aussi impliqués dans la prévention**

Les diététiciennes sont concernées par la fonction éducative de leur mission, elles sont largement sollicitées dans le cadre du programme national nutrition²⁷ concrétisé par la mise en place de consultations diététiques dans les hôpitaux.

Les masseurs kinésithérapeutes ont dans leur programme de formation 30 heures d'enseignement sur la prévention, la promotion de la santé et l'ergonomie²⁸.

Les manipulateurs d'électroradiologie bénéficient par leur programme de formation de 25 heures d'enseignement sur la santé publique.

Néanmoins pour ces professionnels, à la différence des infirmières, les décrets de compétences sont relativement pauvres, ils n'ont pas d'autonomie propre, ils agissent exclusivement sur prescription médicale.

²⁶ Décret n° 81- 306 du 2 avril 1981 relatif aux études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier et d'infirmière et décret n° 92- 264 du 23 mars 1992

²⁷ Conférence nationale de santé 2001. Programme de santé 2001 présenté par Bernard Kouchner. 27 mars 2001 Strasbourg.

²⁸ Décret du 05/09/89

- **Le Directeur des soins est chargé** : de « coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers », et pour le Directeur coordonnateur général des soins se rajoutent « l'organisation et la mise en œuvre des activités de rééducation et médico techniques »²⁹. A ce titre le Directeur des soins doit s'assurer que les infirmières intègrent la dimension préventive du soin conformément au décret de compétences. Le statut du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière³⁰ précise aussi dans son article 4 que le Directeur de soins « élabore le projet de soins et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité » et qu'il « participe, en liaison (.) à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ». Ces précisions sous tendent la responsabilité du Directeur de soins dans l'application des directives incitatives en matière de prévention.

2.1.2 La prévention et la prise en charge de l'hospitalisé.

A l'hôpital le malade doit être mieux positionné au centre d'un ensemble construit. Aujourd'hui les établissements de santé ont amorcé l'abandon de leur fonctionnement autarcique pour s'intégrer dans un large système de santé. Jusqu'alors le monde cloisonné de l'hôpital ne laissait que trop peu de place au passage entre le curatif et le préventif, le malade était enfermé dans le système.

- **La prévention, une étape intégrée à la prise en charge de l'hospitalisé**

Les nouvelles sollicitations socio environnementales législatives et réglementaires qui ont conduit à réinvestir le champ de la prévention ont introduit de nouvelles données pour la prise en charge des hospitalisés.

L'hôpital évolue vers l'élargissement des modalités de prise en charge, des activités transversales voient progressivement le jour.

On peut par exemple citer en terme d'actions de prévention très directement centrés sur le patient : la lutte contre la douleur, l'accompagnement de la fin de vie, l'éducation pour la santé, le programme national nutrition.

Mais aussi, la prévention dans le champ de l'évaluation des hôpitaux se fonde notamment sur la place centrale du patient.

L'accréditation porte sur le parcours du patient et la coordination des soins au sein de l'établissement et plus largement avec le réseau de soins.

²⁹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

- **La prévention déclinée par la conférence nationale de santé³¹, une dynamique de continuité de la prise en charge**

La prévention est positionnée en tant qu'étape de la prise en charge du patient dans une dynamique de continuité et de transversalité.

Sous chaque thème de santé abordé, la prévention est inscrite sur un continuum.

Parmi les nombreux points du programme on peut citer :

- la lutte contre le cancer : « ...en février 2000, a permis le lancement d'un plan national qui fixe les axes prioritaires sur cinq ans. Il s'agit de permettre à tous l'accès aux meilleurs soins disponibles, des soins de qualité, **à chaque étape de la prise en charge : prévention**, dépistage, soins, conditions de vie.... ».

Certains axes de prévention font l'objet d'un plan ou d'un programme spécifiques avec des recommandations de déclinaisons opérationnelles de même teneur.

Ceci est vrai pour :

- la lutte contre les maladies cardiovasculaires « la prévention des maladies cardiovasculaires ...réclame aussi une amélioration de la prise en charge des facteurs de risques. La mise en place et le développement de réseaux de soins doivent permettre (...) d'assurer la continuité de la prise en charge et de créer, (...), une dynamique d'amélioration des soins : (...), accès à l'éducation thérapeutique pour les patients et mise en place d'un système d'information transversal entre les différents soignants »

- **La prévention et la politique de sécurité sanitaire**

A côté des actions en relations très directes avec le patient, dans le champ de la prévention, la naissance de la politique de sécurité sanitaire depuis une dizaine d'années vient aussi influencer sur la dimension de la prise en charge de la personne hospitalisée. Le concept prise en charge s'est élargi, il inscrit pour l'exercice hospitalier l'obligation de prévenir les risques potentiels liés à la dispensation des soins. La lutte contre les infections nosocomiales, le développement des vigilances sanitaires, imposent dès lors aux professionnels de lire l'efficacité de leurs actions curatives en y intégrant les potentielles influences négatives. La prévention du risque iatrogène dépasse désormais l'exclusive expertise du médecin acteur sur un territoire limité, il s'agit d'une activité qui nécessite le concours de multiples professionnels.

³⁰ Ibid 29

³¹ Conférence nationale de santé 2001. 27 mars 2001 Strasbourg.

La sécurité sanitaire vient traverser de manière transversale tous les territoires de l'organisation, il ne s'agit pas d'une discipline qui peut être positionnée verticalement. La prévention concerne tous les secteurs, services, unités de l'hôpital, elle n'est pas le fait de quelques uns seulement.

- **La prévention : une prise en charge plus près des besoins des patients**

La prévention oblige les professionnels de l'hôpital à appréhender l'hospitalisé au delà de la maladie qui l'a conduit à l'hôpital. A présent le patient doit bénéficier d'une approche santé large celle-ci imposant le recueil de ses besoins. L'hôpital doit se préoccuper de connaître l'ensemble des carences physiologiques, sanitaires, sociales de la personne accueillie qui font appel à des mesures préventives. Cette attention, doit être celle des soignants, mais aussi celle de tous les acteurs hospitaliers dans le sens ou la problématique de la prévention nécessite la coopération et la collaboration d'acteurs de santé de professions et d'horizons différents³².

Dans le même état d'esprit, **les hospitaliers doivent, pour conduire leurs actions, intégrer qu'ils opèrent sur le parcours de santé et de vie de la personne. En terme de prise en charge cela signifie une obligation de coopération pluri professionnelle et transversale.**

L'activité hospitalière plutôt déclinée par pathologies d'organes parce qu'ainsi structurée, ne peut aujourd'hui rester dans une approche réductrice de la prise en charge de la personne, on observe l'installation d'une transversalité croissante conjointement à la pyramide hiérarchique existante.

La prévention redimensionne la prise en charge à l'hôpital.

2.2 LE SOIN DANS TOUTES SES DIMENSIONS, UN CONCEPT A FAIRE VIVRE

Le soin fait l'objet de débats sémantiques encore d'actualité. La lecture dominante du soin par le monde des professionnels de santé a longtemps considérée essentiellement la dimension curative. Aujourd'hui encore nombreux sont les professionnels médicaux en premier lieu, mais aussi soignants non médicaux qui évoquent le soin uniquement en terme de réponse médicale, thérapeutique. Très récemment dans le cadre de la session inter-

³² Lire ensemble des personnes et /ou groupes de personnes, professionnels de santé ou non, impliqués dans le recouvrement de la santé (travailleurs sociaux, enseignants, associations..)

écoles organisé par le réseau des grandes écoles de la fonction publique nous avons rencontré un acteur médical clef du système de prévention des conduites addictives qui nous a rétorqué à l'occasion d'un débat sur la place des professionnels hospitaliers dans la prévention « que l'hôpital **soigne**..... la prévention n'est pas son problème ! ». Le fondement de ce type de réponse est l'assimilation du soin à l'action exclusive de traiter et la mission exclusivement curative attribuée à l'hôpital.

Ce fait divers récent n'est pas isolé, il corrobore ce que Bernard Kouchner dénonçait en présentant le programme de santé 2001³³ :

« Chez nous tout est fait pour opposer médecine de soins et santé publique. Ce sont pourtant des disciplines infiniment complémentaires. Pour la France, les agents de santé publique apparaissent comme des novices, des rabat-joie, des ayatollahs de la prohibition du tabac, les empêcheurs de boire un verre lors d'une fête de famille. Les Français se trompent d'ennemis : médecine de soins et santé publique sont toutes deux nécessaire et complémentaires »

2.2.1 Les différentes dimensions du soin

Le cœur du métier de l'hôpital est de soigner. Les professionnels qui font vivre le cœur du métier sont originellement et principalement les médecins et les infirmières.

Aujourd'hui si la production de soins repose bien pour l'essentiel sur ces professionnels, d'autres acteurs soignants sont venus compléter le dispositif au fur et à mesure de l'évolution des technologies médicales. Plus récemment dans le contexte d'un intérêt porté plus largement à la santé de la population, et avec des préoccupations plus centrées sur les besoins fondamentaux de l'homme, l'hôpital s'est doté de compétences professionnelles du champ médico-social.

La production hospitalière est un ensemble de soins délivrés par un ensemble de professionnels qui exercent des métiers différents et qui sont rassemblés sous le vocable de soignants.

Selon le dictionnaire des soins infirmiers³⁴ :

- Le soignant, est une expression qui date du milieu du XXème siècle, qui qualifie le professionnel de santé qui dispense des soins en fonction du diplôme qui l'y habilite.

³³ Conférence nationale de santé 2001. 27 mars 2001 Strasbourg.

- **Soigner signifie** « agir pour soi-même ou pour autrui afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé ». Pour les professionnels de santé il s'agit d'offrir à une personne ou à un groupe un service pour compléter ou suppléer sa propre action.

Les composantes habituelles de l'ensemble des soignants à l'hôpital³⁵ sont :

- les médecins, les infirmières, les aides soignantes, les agents de service hospitaliers,
- les sages-femmes,
- l'ensemble des personnels médico techniques dont les activités s'exercent directement auprès de la personne, les diététiciennes, les manipulateurs d'électroradiologie, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes etc.,
- les assistantes sociales.

Ce sont tous les professionnels de la santé qui, de près ou de loin, ont une part dans l'acte de soin.

L'acte de soin est précisément défini³⁶ pour les acteurs de « l'équipe de soins » c'est à dire ceux de l'équipe soignante limitée aux infirmières, aides-soignantes, et élèves infirmières.

L'acte de soin relève des soins infirmiers qui sont « une activité fondamentalement humaine et procèdent à la fois d'un art et d'une science. Ils font appel aux connaissances et aux techniques tant des sciences physiques, médicales et biologiques que des sciences humaines »

Les soins infirmiers se définissent comme « une discipline visant à offrir à une personne et/ou à une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à leurs besoins de santé ».

Ces définitions illustrent la non dissociation entre besoins de santé et acte de soin. C'est pourquoi la population infirmière hospitalière est de fait complètement concernée et adaptée

³⁴ MAGNON René, DECHANOZ Geneviève - Dictionnaire des soins infirmiers par un ensemble d'Infirmières et Infirmiers AMIEC 1995 367 pages

³⁵ Guide du service infirmier. Terminologie des soins infirmiers N°3 Série Soins Infirmiers Bulletin Officiel N° 86/21 bis 1986

³⁶ Guide du service infirmier. Terminologie des soins infirmiers N°3 Série Soins Infirmiers Bulletin Officiel N° 86/21 bis 1986

pour une mission de soins de l'hôpital qui tend vers plus de globalisation en se centrant progressivement plus sur l'homme malade que sur sa maladie.

Par ailleurs la nature et l'objet des soins infirmiers qui sont spécifiés dans le décret de compétences du 11 février 2002³⁷ traduisent la teneur pluridimensionnelle du soin.

- **Les soins infirmiers sont préventifs, curatifs ou palliatifs.**

- **Ils ont pour objet :**
 - o de protéger, **restaurer et promouvoir la santé** physique et mentale ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes,
 - o de concourir à la mise en place de méthodes et au **recueil des informations utiles** aux autres professionnels et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions,
 - o de participer à **l'évaluation du degré de dépendance des personnes**,
 - o de contribuer à la mise en œuvre des traitements,
 - o **de participer à la prévention**, à l'évaluation et au **soulagement de la douleur et de la détresse des personnes en fin de vie au moyen des soins palliatifs.**

Pour la réalisation du soin dans toutes ses dimensions l'infirmière dispose d'un rôle propre qui lui confère la compétence d'initiatives pour identifier les besoins de la personne, poser un diagnostic infirmier, formuler des objectifs de soins, mettre en œuvre les actions appropriées et les évaluer. C'est le seul professionnel soignant non médicale qui a une autonomie dans le champ du soin.

Les différentes dimensions du soin concernent aussi les médecins. En effet même si le code de déontologie médicale³⁸ ne qualifie pas aussi précisément les soins, on retrouve néanmoins de manière très explicite à côté des actes médicaux et thérapeutiques, les dimensions éducative, préventive et palliative.

³⁷ Décret n° 2002- 194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

³⁸ Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

2.2.2 La difficile intégration des différentes dimensions du soins dans la pratique hospitalière

Les infirmiers sont formés à la démarche de soins, et parce qu'il s'agit du même mécanisme de raisonnement que celui de la santé publique ils n'ont à priori aucune difficulté pour adopter le raisonnement de santé publique et intégrer la dimension préventive du soin dans leur exercice quotidien. Néanmoins, les infirmières exercent un métier pratique ancré dans l'action, à l'hôpital notamment on peut observer un attachement important au « faire ».

- **Le soin infirmier est encore peu appréhendé dans toutes ses dimensions**

La plus grande partie des professionnels infirmiers donnent la priorité aux soins qui relèvent de la prescription médicale, peu de place et peu de temps sont consacrés aux soins de prévention et d'éducation.

Ce n'est que très récemment que l'exploitation des données concernant les besoins de la personne occupe une place essentielle dans la prise en charge hospitalière. Jusqu'alors l'infirmière même convaincue de l'intérêt à se centrer sur les besoins du patient, ne pouvait être très motivée pour cela compte tenu du désintérêt ambiant. L'inexploitation des données recueillies et de l'analyse produite par d'autres professionnels qu'elle même, interrogeaient le bien fondé de sa démarche. La question se posait surtout en terme de partage pour une continuité de la prise en charge, l'objet du recensement du recueil des besoins des personnes avait un intérêt très local et ponctuel.

- **La fonction réparatrice de l'hôpital prédomine largement**

Régulièrement depuis les années quatre-vingt il est rappelé à l'hôpital public qu'il doit passer d'une focalisation sur la pathologie à une prise en charge pluridisciplinaire de la personne malade. Les observations qui expriment que les équipes hospitalières sont plus intéressées par la connaissance des pathologies que par celle des patients sont fréquentes. L'hôpital en réduisant sa mission à l'hypothèse que la guérison est le destin courant de tous les malades qui y sont envoyés, néglige les autres missions toutes aussi importantes qui font partie intégrante de sa vocation.

- **Aujourd'hui la dynamique d'intégration des besoins pour des soins appropriés s'avère plus que nécessaire**

En 1995 Bernard Devulder³⁹ dans le rapport du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière⁴⁰ évoque le recentrage nécessaire de l'hôpital « **autour du malade dont les besoins doivent être mieux connus et pris en compte** ». L'hôpital doit orienter et fonder son développement sur les attentes et besoins de santé de la population. Nombreux sont les observateurs qui s'accordent à dire que l'orientation de plus en plus technique des établissements hospitaliers ne peut seule constituer l'avenir de l'hôpital, les priorités doivent désormais s'établir en référence aux attentes et besoins de santé des usagers de l'hôpital.

Une approche de type santé publique a toute sa place à l'hôpital à partir du recueil de données du dossier de soins centré sur la personne. C'est à partir de l'analyse des informations concernant l'histoire récente de la personne, son profil sociologique et culturel, son mode de vie, sa situation professionnelle que pourront être prises les mesures les plus propices pour soigner la personne, mais aussi pour intervenir sur ses causes par des actions d'information, de dépistage, et de prévention.

- **Les repères des professionnels doivent changer, le soin doit s'élargir**

La mise en œuvre des soins est soumise à évolution pour répondre au mieux aux exigences de l'intégration de la prévention à l'hôpital. Les soignants doivent acquérir de nouvelles postures pour prendre en compte l'individu et son environnement dans leurs interactions.

La volonté d'appréhender la personne comme sujet d'une intervention et non comme objet est une affirmation récente même si on évoque depuis longtemps dans l'environnement soignant la prise en compte de la « globalité » des personnes. Les termes de parcours, de projet individuel, prennent depuis peu mais sûrement le pas sur la seule logique de prise en charge ou de traitement. C'est de tout cela que les professionnels hospitaliers doivent se saisir pour promouvoir des actions de prévention, les prestations de soins nécessitent de se distancier de « l'organe ».

³⁹ Président du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière

⁴⁰ ARBUZ Georges, DEBROSSE Denis – Réussir le changement de l'hôpital InterEditions Paris 1996 248 pages

- **Les personnes, dont la santé ne nécessite pas uniquement des soins curatifs, sont mal prises en charge**

Parce que l'hôpital ne prend pas suffisamment en compte l'histoire des patients, leur origine sociale et professionnelle, les circonstances de leur affectation, il ne réalise pas ses obligations de prévention, d'information susceptibles d'être mise en place.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière fait état de ces observations. En effet le législateur en demandant aux établissements de santé d'élaborer des projets a été influencé par de nombreux facteurs conjoncturels, mais a aussi été guidé par la prise de conscience que l'hôpital devait dépasser le mode de gestion presque exclusivement médical pour englober toutes les composantes de l'activité hospitalière.

- **L'approche globale de la personne malade : un objectif reconnu de tous mais pourtant peu lisible.**

« Le changement attendu de la démarche projet se voulait être une nouvelle manière de penser l'avenir. Mais ce changement semble s'être avéré insuffisant, en effet une place trop modeste a été accordée aux professionnels autres que médicaux lors de la rédaction des premiers projets »⁴¹.

L'importance du rôle des professionnels paramédicaux dans cette démarche auprès de la personne malade n'est pas traduite dans les écrits. Dans « Réussir le changement à l'hôpital »⁴² les auteurs établissent le constat d'inefficacité des méthodes de concertation et de consensus utilisées dans la mise en œuvre de la démarche projet. Par ailleurs il est précisé que le nombre de projets transversaux s'est avéré particulièrement faible alors que la loi y était favorable et l'existence de barrières entre services difficiles à lever.

Globalement les projets élaborés négligent l'approche compréhensive de la personne malade au profit de la focalisation sur la maladie. Les autres aspects de la réalité de la personne malade sont laissés à l'écart. Les médecins expriment leurs difficultés à développer une démarche de type santé publique. Pour eux l'objet essentiel : le diagnostic de la maladie, la thérapeutique à mettre en œuvre, ses chances de succès, restent le mode habituel d'appréhension du patient il s'agit d'un automatisme difficile à remettre en cause.

⁴¹ ARBUZ Georges, DEBROSSE Denis – Réussir le changement de l'hôpital InterEditions Paris 1996
248 pages

⁴² Ibid 41

La réflexion d'ensemble sur les axes à privilégier dans le domaine des soins implique la mise en place de nouvelles modalités de concertation pour permettre la rencontre des membres de différents services, et produire la définition de priorités à développer.

3 - PROMOUVOIR LA PREVENTION, DEVELOPPER DE LA GLOBALITE, UNE RESPONSABILITE DU DIRECTEUR DES SOINS.

La commande des pouvoirs publics en direction de l'hôpital, pour que s'inscrive la prévention dans sa mission, et les directives précisant les axes à développer, renforcent le phénomène de bouleversement qui affecte cette institution depuis une quinzaine d'années. La nécessité de faire évoluer l'organisation s'en trouve renforcée. La segmentation actuelle de l'hôpital en services correspondant aux différentes disciplines médicales ne permet plus de satisfaire les besoins de prise en charge pluridisciplinaire des patients.

Les directeurs d'établissements et leurs collaborateurs sont en recherche d'évolution structurelles et organisationnelles pour répondre au mieux aux nouvelles attentes de la population et aux évolutions environnementales de tous ordres qui inscrivent l'hôpital dans un courant croissant d'injonctions. Le renouveau du service hospitalier, son ouverture, impliquent la modernisation des modes de gestion et des techniques managériales, notamment dans le sens d'une approche transversale des problématiques.

Jean-François Girard⁴³ en 1998 cite : **« l'avenir est à une véritable communauté professionnelle au service de la santé, fédératrice de toutes les compétences et de toutes les énergies »**

3.1 PROMOUVOIR LA PREVENTION, PROMOUVOIR UNE PRISE EN CHARGE ARTICULEE DU PATIENT, UNE ORGANISATION A FAIRE EVOLUER

Le développement de la prévention à l'hôpital ne peut être réalisé naturellement eu égard aux caractères fondamentaux de pluridisciplinarité, transversalité et de globalité qui s'imposent, et qui entrent en contradiction avec les modes de fonctionnement de l'organisation hospitalière produisant encore pour l'essentiel du travail de soins compartimenté.

⁴³GIRARD Jean-François – Quand la santé devient publique – Editions Hachette, Littératures 1998

- **Un fonctionnement professionnel plutôt autarcique, une globalité et une continuité, insatisfaisantes**

Notre vécu professionnel nous a permis de constater une relative confusion entre « dispensation de soins globaux » et « approche globale de la personne ».

Les soignants conservent une vision sectorielle de leurs activités, ils restent encore beaucoup fixés sur la réalisation des activités au sein de leur propre service. L'exercice soignant est beaucoup plus animé par l'action de soin centré sur le patient « statique », c'est à dire « le patient immobilisé sur un lieu géographique ». Il existe une lecture simplificatrice de l'hospitalisé, la dimension de parcours du patient est peu appréhendée. Chaque acteur décide pour l'action locale sans trop intégrer la nécessité de fonctionner sur, une dynamique de trajectoire, de parcours du patient. Nous avons pu observer que même s'il existe au sein d'un service de soins une conception holistique de la personne avec une déclinaison des soins en cohérence, cette situation reste géographiquement localisée. La démarche de l'équipe de soins pour une prise en charge selon une vision globale vient très vite se heurter à l'histoire et la culture du cloisonnement disciplinaire de l'hôpital. Ce phénomène très prégnant a été accentué par la multiplicité des logiques professionnelles, liées à la professionnalisation et l'hyper spécialisation croissantes à l'hôpital.

Récemment, notre vécu de cadre expert infirmier situé en position transversale, nous a aussi largement enseigné qu'introduire dans l'organisation des acteurs sur un tel type de positionnement bien que cohérent avec sur la nature même de l'activité à faire se développer et diffuser, ne suffit pas à faire se concrétiser un fonctionnement qui tend vers plus de globalité.

Les constats d'un cloisonnement encore vivace de l'organisation et de l'individualisme persistant des acteurs hospitaliers fondent notre préoccupation managériale pour l'intégration et l'animation de la prévention à l'hôpital.

Nous avons choisi de prendre appui sur la sociologie des organisations pour éclairer la problématique de cloisonnement qui officie à l'hôpital et appréhender les solutions pour les résoudre.

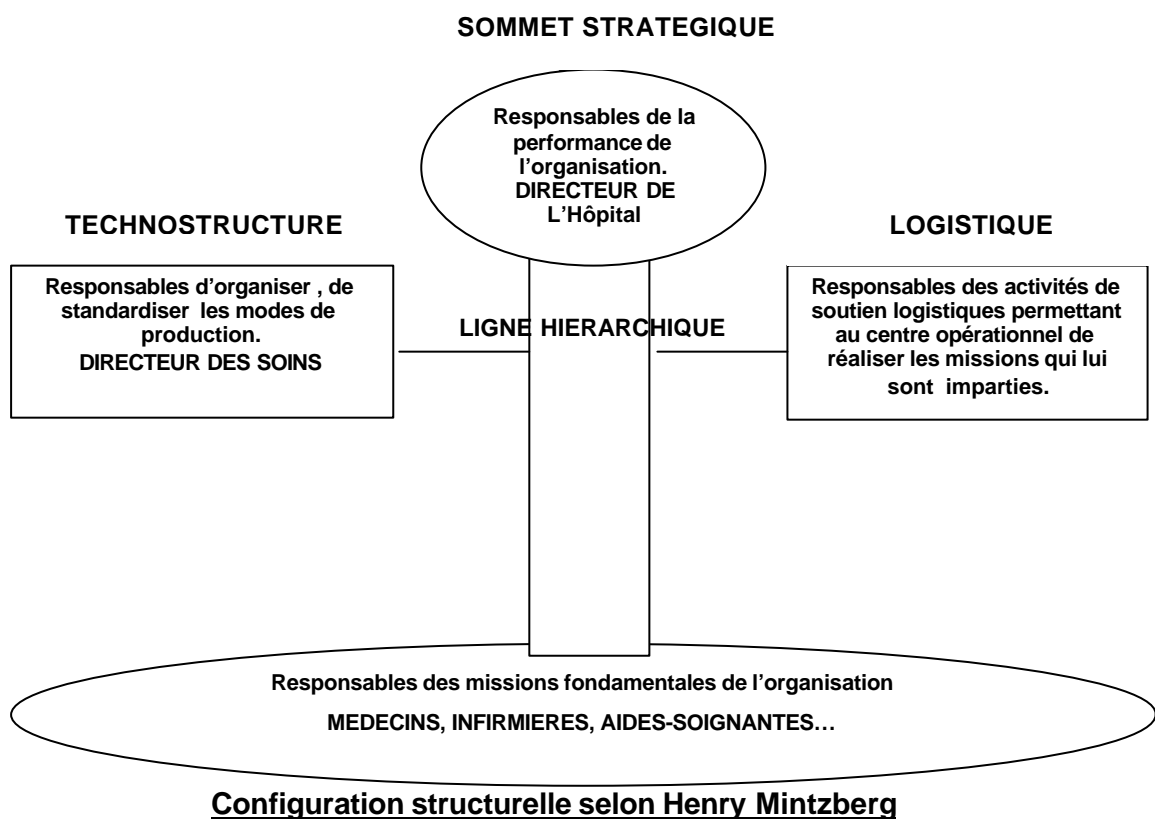
Les approches théoriques de la sociologie des organisations nous enseignent que l'organisation du travail à l'hôpital ne favorise pas la dynamique transversale de l'action de Santé publique.

3.1.1 L'hôpital est une bureaucratie professionnelle propice au travail de soins compartimenté

- H. Mintzberg⁴⁴ décrit comment la structure de l'organisation cloisonne l'hôpital.

La « configuration structurelle » de l'organisation de l'hôpital selon Mintzberg : une bureaucratie professionnelle

Elle identifie les quatre grands rôles que doit assurer l'organisation et la nature des relations entre les acteurs internes qui occupent ces rôles. Les quatre rôles identifiés sont : le sommet stratégique, technostructure logistique et centre opérationnel.



Ainsi l'hôpital se caractérise par :

- ❖ La primauté de son centre opérationnel constitué d'un grand nombre de services relativement indépendants les uns des autres. Bien que les développements technologiques avec l'acquisition d'équipements hyper sophistiqués aient créés la nécessité d'interdépendances, l'hôpital reste très spécialisé. Chaque service

⁴⁴ NIZET Jean, PICHAULT François - Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits - Editeur Gaëtan Morin 1995 309 pages

fonctionne pour lui-même, même s'il fait face de manière interdépendante aux missions qui lui sont imparties.

- ❖ **La prépondérance de l'ajustement mutuel.** Les mécanismes de coordination formels sont peu nombreux. La coordination du travail s'effectue par simple communication informelle, de fait elle dépend largement de la qualité des relations entre les différents responsables. La standardisation des qualifications complète et renforce les phénomènes organisationnels liés à la prépondérance de l'ajustement mutuel. La standardisation de la qualification est produite par la formation et la socialisation. Les médecins, infirmières, aides-soignantes qui composent le centre opérationnel possèdent de par la formation qu'ils reçoivent un patrimoine commun de savoirs et techniques de travail. Ceci est renforcé par l'existence d'un processus de socialisation spécifique à chaque groupe professionnel. Si le phénomène d'ajustement mutuel peut se réaliser efficacement grâce à la standardisation des qualifications, celle-ci est par contre un obstacle à la mobilisation des professionnels pour la réalisation d'objectifs institutionnels. La latitude de liberté des professionnels qui facilite l'ajustement mutuel et favorise le travail à très court terme au niveau de l'unité élémentaire de soins est un frein à l'appréhension de la dimension collective institutionnelle. L'ajustement mutuel reste un mode de coordination fragile, un changement d'interlocuteur peut modifier complètement l'efficacité de la collaboration.
- ❖ **Une technostructure relativement faible.** L'hôpital reste largement articulé sur la dimension économique de l'organisation. La dimension technique de l'organisation du cœur de métier de l'hôpital est uniquement représentée par le Directeur de Soins.
- ❖ **Une logistique conséquente.** Cette composante inscrit des fonctions traditionnelles diversifiées qui font l'objet de formes de coordination essentiellement hiérarchiques du fait d'une faible interdépendance entre les services. Mais l'accroissement de la complexité des technologies qui a généré de nouvelles fonctions telles que l'imagerie médicale, les plateaux techniques, la maintenance bio médicale, l'informatique , a aussi engendré un nouveau terrain de dissensions au sein de l'institution.
- ❖ **Un sommet stratégique qui cristallise les ambiguïtés de l'organisation.** La légitimité et le pouvoir du Directeur d'hôpital sont liés dans sa capacité à préserver le centre opérationnel des perturbations produites par les changements d'orientations politiques et les incohérences qui en découlent.

- ❖ **Une ligne hiérarchique inopérante.** Le Directeur ne dispose pas de pouvoir pour diriger les chefs de service, l'architecture institutionnelle ne lui permet pas cela. Le Directeur peut agir sur les services par l'administration directe des services fonctionnels et de la technostructure et à travers la commission médicale d'établissement qui est une instance de concertation.

- **Une organisation morcelée... des passerelles à inventer.**

Ainsi les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital selon Mintzberg nous permettent d'appréhender où il y a nécessité et possibilité d'agir pour faciliter l'appropriation de la prévention par les professionnels soignants.

- L'hôpital est un lieu structurellement cloisonné, d'où la difficulté d'obtenir des acteurs une dynamique de fonctionnement collectif. Chaque service s'inscrit isolément dans la mission qu'il reconnaît pour son propre compte. La coordination des acteurs est moins fondée sur un objectif commun et partagé que sur la reconnaissance mutuelle de ce qu'ils sont en tant que personnes et professionnels.

- Le Directeur de soins est l'acteur positionné pour conduire l'organisation de l'activité soins, il constitue le lien entre le sommet stratégique et le centre opérationnel.

- Le Directeur de l'établissement a pour fonction de maintenir la cohérence institutionnelle en préservant le centre opérationnel des aléas politiques environnementaux et ce sans possibilité d'action directe.

Quoique cette vision de l'hôpital soit une vision un peu statique et figée elle nous enseigne d'une part, que **la structure même de l'organisation est peu propice au développement d'activités nécessitant une approche collective et partagée**, et d'autre part que **le Directeur de Soins est du fait de la place qu'il occupe l'acteur privilégié pour faire évoluer cette organisation.**

Après avoir mesuré comment le cloisonnement structurel de l'hôpital influe sur l'action collective, nous avons recherché la nature de la dynamique de l'organisation en nous

centrant sur le fonctionnement des acteurs et ensuite sur la dynamique de l'organisation appréhendée par le concept de « différenciation-intégration ».

3.1.2 L'hôpital, une organisation qui se caractérise par une dynamique de coopération difficile

A. Le fonctionnement des acteurs

La « sociologie de l'action organisée » de M. Crozier, E Friedberg⁴⁵ appliquée à l'hôpital par F. Gonnet⁴⁶ permet de comprendre comment les hommes coopèrent entre eux au sein d'une organisation.

La lecture systémique et stratégique de l'organisation intègre la réalité mouvante, complexe et interactive à l'intérieur de laquelle évoluent les acteurs hospitaliers.

L'intérêt de ce regard porte sur l'ouverture de pistes de résolution potentielles des questions d'intégration dans les ensembles complexes et sur les modes de régulation de ces ensembles.

F. Gonnet dans « L'hôpital en question »⁴⁷ a étudié les relations de travail, les interdépendances et les interactions des acteurs à l'hôpital. Elle a mis en évidence comment l'action collective y est contingente et parcellaire.

- **L'hôpital : une organisation systémique fondée sur deux concepts fondamentaux l'acteur et le système**

- **L'acteur**, est un sujet unique et original qui modèle la situation selon sa personnalité. La notion d'acteur implique l'action permanente de l'individu dans le sens de son influence sur la situation dans laquelle il se trouve. En cela l'acteur est censé toujours posséder une marge de manoeuvre, donc une part de liberté même réduite, il n'est jamais totalement contraint par l'organisation. La passivité absolue étant une forme d'action.

⁴⁵ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard – L'acteur et le système – Editions du Seuil 1977 480 Pages

⁴⁶ GONNET Françoise – L'hôpital en question. Un diagnostic pour améliorer les relations de travail – Editions Lamarre 1992

⁴⁷ Ibid 46

Ce concept permet d'apprécier les contraintes, et les ressources des acteurs avec les finalités potentielles d'utilisation

- ❖ L'acteur est toujours appréhendé comme étant rationnel, sa logique est la bonne logique. La pertinence de cet aspect de rationalité oblige à une démarche approfondie des attitudes et des comportements pour un diagnostic fiable de la situation. L'accent mis sur la compréhension de l'acteur assure la crédibilité de celui qui traite de la situation.
- ❖ L'acteur est un stratège, il adopte un ensemble de conduites d'actions et d'attitudes relativement permanentes pour atteindre ses buts et ce dans le contexte des ressources et contraintes de la situation.

La rationalité et la stratégie expliquent que les conduites adoptées ne sont pas exclusivement d'origines personnelles, elles sont guidées par la place et la position de l'acteur dans le système. Pour atteindre ses objectifs ou accomplir au mieux sa mission les acteurs adoptent des conduites pertinentes avec leurs positions dans le système.

La complexité et la spécialisation importantes de l'organisation, ce qui est le cas de l'hôpital, induisent la multiplication des rationalités et la différenciation accrue des stratégies.

Les acteurs agissent toujours selon des logiques induites par le contexte, mais ils conservent toujours une liberté et des marges de manoeuvre.

- **Le système** est une notion qui implique une vision d'ensemble à l'intérieur de laquelle les différentes parties sont en interaction. Les relations entre les différents éléments de l'ensemble sont d'une importance égale aux qualités propres des éléments. Le système est défini par l'interdépendance de ses parties, le tout est supérieur à la somme des parties.

Le système est toujours un « construit » humain collectif et contingent dans lequel la liberté relative de chacun intervient à tout moment.

- ❖ La zone d'incertitude est un concept clef du système qui confère un pouvoir réel dans l'organisation. Il s'agit d'un espace non occupé, d'une situation non anticipée, imprévue. La maîtrise de cette zone par le savoir ou les ressources pertinentes de certains acteurs est une source de pouvoir réel dans l'organisation, superposable ou non au pouvoir formel.

- ❖ Le jeu est aussi un concept important du système, il sert à comprendre ce qui lie les acteurs entre eux dans une situation, malgré leurs rationalités et stratégies différentes et leurs ressources inégales. Le jeu permet de comprendre le mécanisme d'intégration entre deux orientations contradictoires.

- **Les caractéristiques dominantes de fonctionnement du système hôpital**

- Contingence constante, grande diversité et différences multiples,
- Des stratégies d'acteurs caractéristiques qui correspondent aux grands groupes d'acteurs :
 - ❖ Au sommet de la hiérarchie, les stratégies sont le plus souvent individuelles.
 - ❖ En bas de la hiérarchie les stratégies sont habituellement plutôt collectives.
 - ❖ Les infirmières et les cadres adoptent des stratégies plus spécifiques, qui peuvent être la soumission, la démission, ou la protestation avec engagement dans le changement organisationnel.
 - ❖ Les Cadres adoptent rarement des stratégies de groupes.

- Une conception du pouvoir qui se fonde sur une vision très hiérarchique et découpée ce qui renforce le cloisonnement.

Ceux qui travaillent à l'hôpital partagent la conception selon laquelle le pouvoir est limitativement réparti. Trois parts sont habituellement reconnues, une pour les médecins, une pour le sommet de la hiérarchie c'est à dire les gestionnaires et une pour les soignants non médicaux et plus particulièrement le service infirmier.

- **Les caractéristiques de la dynamique de coopération**

La coopération entre les différentes catégories soignantes est fondamentale pour l'efficacité des soins et l'ambiance de travail.

- **La coopération est inhérente à la structure et la conjoncture organisationnelles**
 - ❖ Elle est largement conditionnée par le rôle protecteur du cloisonnement structurel parce qu'il divise l'incertitude cruciale que personne ne peut maîtriser entre les différentes fonctions et catégories professionnelles.

- ❖ La complexité et la multiplicité des tâches qui introduisent des logiques très différentes favorisent le repli sur son domaine.
- ❖ La coupure liée aux rationalités différentes est une limite à la coopération. L'ignorance, le refus de cette coupure aggravent la situation et rendent sa gestion difficile.
- ❖ L'éclatement des lieux et des temps entre les différentes catégories et les différents groupes d'un même ensemble est un obstacle à la coopération.
- ❖ De la même façon l'insécurité affective, en lien avec l'état des malades et la menace de mort qui accroît le besoin de protection et la recherche de sécurité des professionnels, est un obstacle par défaut de souplesse.

➤ **La coopération est plutôt limitée**

- ❖ Elle s'opère pour l'essentiel sur un territoire géographique circonscrit, celui de l'unité de soins.
- ❖ Son objet est restreint, il se limite à la régulation de dysfonctionnements pour permettre le fonctionnement des services cliniques. Le constat général est que la coopération s'exerce et devient effective dans le but essentiel de résoudre ensemble un problème inopiné et /ou localisé.
- ❖ La bonne volonté est le moteur de la coopération. La coopération ne s'établit pas dans une dynamique d'objectifs communs à atteindre, mais est plutôt dépendante de la bonne volonté des personnes.

➤ **La coopération est dépendante des modèles d'identification des professionnels**

- ❖ L'identification des infirmières au modèle médical est défavorable au rapprochement entre les groupes professionnels médicaux et infirmiers et ce par le fait de l'attitude défensive et protectrice adoptée par les infirmières.
- ❖ La coopération est favorisée par l'affirmation du rôle global de l'infirmière, le patient étant la référence professionnelle. Cela est vrai quand l'identité infirmière est fondée sur la globalité de ses fonctions et sur son rôle négocié avec le médecin.
- ❖ La coopération est de qualité quand il existe une identité professionnelle large autour d'une fonction soignante, c'est à dire qui dépasse le cadre exclusif du métier, très directement liée à la référence malade.

➤ **Les déficits de coopération à l'hôpital influencent l'efficacité de l'organisation**

L'organisation est en difficulté, au niveau des relations des unités de soins avec l'environnement, et avec la capacité de synergie des différents systèmes entre eux.

- ❖ La relative fermeture des unités et leurs différences posent problème parce que leurs interdépendances nécessaires au bon fonctionnement ne peut avoir lieu eu égard à l'absence d'échanges à caractère professionnel finalisé. Ensuite réside aussi la difficulté à gérer en cohérence un grand ensemble tel qu'un établissement du fait de la disparité des mini systèmes qui le composent.
- ❖ La capacité de synergie des différentes parties du système entre elles est aussi un point sensible. Les interactions efficaces attendues au titre d'une mission institutionnelle collective sont déficientes à tous les niveaux.

Il est important pour les dirigeants de rechercher et comprendre la position des plates-formes nécessaires à la coopération.

➤ **La performance de la coopération est soumise à conditions**

- ❖ Une véritable coopération existe quand un certain nombre de conditions sont réunies :
 - La coopération doit s'avérer plus efficace que le cloisonnement en terme d'intérêts communs.
 - La coopération est beaucoup plus aisée dans les domaines valorisés, qui sont différents d'une unité à l'autre. Ils correspondent chaque fois à l'histoire, à l'organisation, aux contraintes, à l'environnement et au fonctionnement du système tout entier.
- ❖ La coopération n'apparaît jamais comme un phénomène spontané et naturel entre les différents groupes, il s'agit d'un construit limité et contingent.

Les modes de régulation des différences s'exercent à l'interface entre intérieur et extérieur du système. C'est la réflexion sur l'articulation entre micro système et macro système qui permet d'appréhender les problèmes de gouvernement d'un grand ensemble sans nier les différences.

b) La dynamique de l'organisation

M.Cremadez⁴⁸ traite de la dynamique de fonctionnement de l'hôpital en développant le « management stratégique ». L'auteur qui fait référence au concept de « différenciation-intégration » nous enseigne sur la difficulté à obtenir des collaborations au sein de l'hôpital.

➤ La différenciation, un frein à l'action collective

Il s'agit d'une notion qui prend appui sur la relation environnement/hôpital et elle provient de la partition de l'hôpital en un certain nombre d'unités créant ainsi autant de sous environnements distincts. Les relations privilégiées que chaque service entretient avec son environnement c'est à dire, avec une fraction de l'environnement institutionnel constitue le phénomène qualifié de différenciation. Les caractéristiques de sous environnement propre d'un service sont les déterminants des modes d'organisation du travail, des comportements individuels et des formes de relations interpersonnelles qui distinguent ce service des autres. Cette situation est présente à plusieurs niveaux de l'organisation. Par exemple le sous environnement du centre opérationnel se compose des médecins, des soignants non médicaux et des patients, tandis que celui de la technostucture est plus déterminé par les organismes de tutelles.

Cette approche située au niveau structurel large peut tout à fait être transposée au niveau plus local d'un sous « sous environnement » représenté par l'unité de soins. La différenciation naît aussi des caractéristiques des individus inscrits dans la structure, avec leurs origines, leurs formations, les valeurs auxquelles ils souscrivent.

❖ La différenciation est dynamique

La distance préexistante entre deux parties de l'organisation s'accroît habituellement sous l'effet conjugué des différences culturelles et de son sous environnement. La différenciation est une source d'efficience par son adéquation aux spécificités de son sous environnement. Cette situation a pour conséquence l'importance de préserver un certain degré de différenciation sous réserve qu'il soit compatible avec les exigences diverses de l'environnement auquel les unités sont confrontées. Les différences entre les unités en tant que supports d'efficience doivent plutôt être valorisées pour intégrer le dynamisme bénéfique.

⁴⁸CREMADEZ Michel, GRATEAU François - Le management stratégique hospitalier InterEditions 1992. 317 pages

❖ **Les différenciations qui caractérisent l'hôpital**

La différenciation principale qui caractérise l'hôpital français s'exerce entre les services du centre opérationnel et les autres services de l'établissement. Elle oppose le monde professionnel et le monde administratif. Elle produit deux dimensions fortement antagonistes dans la dynamique de l'hôpital en dissociant le « technique » et l' « administratif »

Néanmoins pour ce qui nous préoccupe à savoir l'intégration de la prévention, la différenciation qui existe au sein du centre opérationnel nous paraît aussi être importante.

Aux cloisonnements du centre opérationnel liés à la forte spécialisation horizontale, à la taille des unités, à des considérations humaines de multiples natures, viennent se superposer la différenciation entre le corps médical et le paramédical. Ce phénomène joue de manière relativement faible dans le cadre de chaque service compte tenu des nécessaires interactions entre ces catégories de professionnels pour répondre aux besoins des patients.

Néanmoins la différenciation se renforce et s'avère très difficile à manier dans le contexte d'élaboration de lignes politiques, de projets plus larges à dimension institutionnelle.

➤ **Le principe d'intégration comme moyen de coordination**

L'intégration consiste en la mise en place de mécanismes pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs, en réponse aux barrières érigées par la différenciation.

La différenciation qui engendre une dynamique centrifuge rend difficile la collaboration des différentes unités entre elles. Plus une organisation est différenciée moins elle a de facultés à collaborer avec les autres.

M. Cremadez⁴⁹ souligne que l'intégration a pour objet de compenser la différenciation, par une égalité de force, sans pour autant chercher à la réduire.

Face à une différenciation conséquente, la hiérarchie avec ses procédures, ses supports de planification, ses supports de contrôle s'avère insuffisante pour une intégration performante et ce du fait de l'écart conséquent entre le centre opérationnel et le sommet hiérarchique.

Plusieurs modes d'intégration viennent compléter ou se substituer à la voie hiérarchique :

- l'ajustement mutuel, à savoir les liaisons directes entre individus,

⁴⁹ CREMADEZ Michel, GRATEAU François - Le management stratégique hospitalier InterEditions 1992. 317 pages

- l'homme de liaison, il met en communication les différents responsables des unités différentes pour provoquer une réflexion commune,
- le groupe d'intégration de type comité institué pour répondre à un problème de coordination permanent,
- le processus complexe d'intégration, il met en jeu plusieurs modes d'intégration de manière coordonnée. Il a pour objet la résolution de potentiels changements de fonctionnement importants liés à l'introduction d'innovations majeures.

3.2 LE DIRECTEUR DES SOINS, UN ACTEUR CLEF DE LA DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE

3.2.1 L'implication du Directeur des soins dans l'organisation

Le Directeur des soins, membre de l'équipe de Direction est depuis le 23 avril 2002 chargé de la coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques ou, s'il se trouve en seconde position son champ d'action est limité à la direction du service de soins infirmiers en référence à sa filière professionnelle d'origine.

Sa mission est complexe, avec la connaissance et la compréhension qu'il a acquises de l'exercice soignant et managérial et de la formation qu'il a suivie à l'ENSP elle se résume en l'articulation des logiques soignantes, médicales, mais aussi administratives.

La fonction de coordination qui qualifie le Directeur des soins élargie son territoire et renforce la place fondamentale et singulière qu'il occupait originellement dans l'institution.

- **Le Directeur des soins, un acteur de synthèse et de liens⁵⁰ :**

La fonction du Directeur de soins développe des activités dans trois champs de l'organisation hospitalière reliés entre eux par « **l'animation d'un espace de synthèse, d'articulation, de positionnement et d'actions** ».

➤ **Les champs d'actions du Directeur des soins**

- ❖ Le champ de la politique institutionnelle : il est membre de l'équipe de direction,
- ❖ Le champ de la gestion du service infirmier, au delà pour le coordonnateur : il dirige et gère le service infirmier,

⁵⁰ Projet de formation initiale des Infirmiers Généraux 2002. ENSP

- ❖ Le champ du métier de dirigeant,
- Les axes forces du rôle du Directeur de soin dans
- ❖ Intégré à l'équipe de direction d'un centre hospitalier le Directeur de soins contribue à la promotion de l'établissement en répondant aux missions qui lui sont assignées. Impliqué dans tous les projets et animé par tous les projets de l'institution au titre de sa situation de dirigeant, le Directeur des soins au titre de la mission de gestion qui lui incombe est l'acteur de liaison entre la politique institutionnelle et sa déclinaison opérationnelle. Pour cela il a un rôle essentiel à jouer dans la déclinaison des axes politiques institutionnels.
 - ❖ Concepteur de la politique de soins, le Directeur de soins est naturellement interrogé sur la qualité de la prestation de soins au plus près du patient. A ce titre il lui appartient de mobiliser les professionnels pour la réalisation de la mission qui leur incombe, de leur donner les moyens de dispenser des soins les plus adaptés aux besoins des patients. L'introduction et l'intégration de la prévention à l'hôpital nécessitent tel que nous avons pu le mettre précédemment en évidence une revisite de l'organisation du travail pour que les prestations de soins soient plus conformes aux missions nouvellement assignées.
 - ❖ Le Directeur des soins doit veiller à ce que le service de soins infirmiers soit effectivement porteur de la qualité du soin dont il a la responsabilité, à savoir des soins complets déclinés dans toutes les dimensions.
 - ❖ **Le rôle fondamental du Directeur de soins dans la mission de prévention conférée à l'hôpital est porté par la dynamique de liaison qui anime sa fonction.** Cette dynamique est dépendante de la capacité du Directeur de soins à mobiliser les professionnels dans le sens d'une lecture plus collective de la santé et plus en cohérence avec l'environnement.
En fait il s'agit d'ouvrir les esprits, d'élargir les regards sur les pratiques professionnelles par une politique managériale propice à la synergie des acteurs.
- Le Directeur de soins doit adopter une posture managériale cohérente avec l'évolution environnementale pour honorer l'élargissement et l'ouverture attendues de la mission hospitalière. Le Directeur des soins a pour responsabilité de coordonner, d'intégrer les multiples logiques à chaque niveau et entre les différents niveaux institutionnels pour le développement d'une politique de soins adaptée au service à rendre aux patients.**

Pour exercer son rôle, le Directeur des soins recherche l'optimisation de l'ensemble des ressources de l'hôpital qui lui sont accessibles, il conduit ses actions dans tous les espaces d'interdépendances qui appartiennent à sa fonction.

3.2.2 Le Directeur des soins, un manager de la complexité et de l'innovation

Les soins infirmiers, l'organisation du travail, l'organisation hospitalière sont des composantes du système de santé qui ont été longtemps considérés et abordés de manière fragmentée et éclatée.

Depuis quelques années l'organisation des établissements de santé est au cœur des préoccupations des politiques et des dirigeants institutionnels. Les mouvances environnementales, politiques, économiques, sociales, technologiques, ambiantes produisent des courants d'idées nouvelles, d'évolutions managériales qui viennent rompre avec la culture historique de gestion bureaucratique.

A travers différentes approches théoriques nous avons initialement tenté d'expliquer comment l'organisation à l'hôpital limitait la globalité et l'ouverture indispensables à l'intégration de la prévention. A présent, sur la base de ces constats, nous choisissons d'évoluer dans une dynamique prospective en prenant appui sur la compréhension de la complexité⁵¹ dans les organisations.

Notre préoccupation à cette étape du travail étant d'animer la fonction managériale du Directeur de soins dans la mouvance institutionnelle ambiante.

Une approche de la complexité des systèmes nous paraît opportune en ce qu'elle offre de nouveaux modèles de lecture de la réalité en termes d'interaction et d'innovation.

La complexité est aussi un défi pour le dirigeant, c'est pourquoi il nous est apparu important qu'il dispose de quelques repères pour s'y référer.

Nous empruntons les travaux issus de l'entreprise dans ce qu'ils peuvent être transposables aux établissements de santé. Notre ambition n'est pas de posséder parfaitement le champ de la complexité, mais plutôt de nous saisir des éléments qui puissent donner du sens, qui soient producteurs de cohérence entre la problématique de notre recherche et la dynamique de management à développer. Mais aussi, le processus d'innovation en tant que moteur des systèmes complexes nous intéresse tout particulièrement pour répondre à la question de

⁵¹MORIN Edgar, LE MOIGNE Jean-Louis – Comprendre la complexité dans les organisations de soins – ASPEPS Edition 1997. 85 Pages

l'évolution sous tendue par la mission de prévention nouvellement confiée aux professionnels hospitaliers.

- **La complexité, une nouvelle vision du monde**

L'hôpital est inscrit depuis une dizaine d'années dans un processus de complexité croissant.

- Il est influencé et soumis aux turbulences environnementales et doit « quitter le havre des certitudes scientifiques »⁵². Aujourd'hui la pensée ou l'action ne peuvent se résumer à des éléments simples. Les raisonnements duels qui se limitent aux oppositions entre le bien et le mal, le normal et le pathologique, le vrai et le faux sont réducteurs par l'exclusion de toute la dynamique relationnelle et inter relationnelle.

La science classique qui nous a guidé sur le chemin de la séparation nous met aujourd'hui en difficulté pour répondre à la plupart des problèmes que nous avons à résoudre parce qu'ils sont transversaux et globaux. La création des disciplines scientifiques est reconnue pour les progrès que la fragmentation a permis, mais elle est aussi très discutée pour de grandes occultations tels que E Morin et J.L Le Moigne nous en témoigne⁵³.

Ces auteurs nous expliquent que l'hôpital est conditionné par une connaissance scientifique qui s'est fondée sur trois piliers de certitudes qui sont aujourd'hui en crise. Ce sont l'ordre, la séparation, et la logique classique. Ce phénomène pose problème dans l'approche du malade qui est par essence un être complexe en ce qu'il est humain, et complexe en ce que ses maux ont une entrée socio psycho somatique.

La complexité issue du latin « complexus » c'est à dire « qui est tissé ensemble », se manifeste en permanence sous les traits de l'incertitude, du multiple, de l'enchevêtré, de l'instable. Elle se présente pour le dirigeant comme un ensemble de phénomènes difficilement compréhensibles et maîtrisables.

A l'hôpital comme dans l'entreprise la complexité se matérialise de multiples manières :

- l'explosion des modèles de management,
- la recherche de nouvelles valeurs,
- l'évolution du rapport au travail,
- l'incertitude des organisations et l'amplification des interdépendances.

⁵² DHUME Fabrice – Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales – Editions ASH 2001 page 33.

⁵³ Ibid 52

L'entreprise selon Genelot⁵⁴ peut être représentée comme un « système complexe organisant et finalisant » constitué de multiples combinaisons d'énergie, de dynamisme, de créativité et de ressources favorables à la prospérité.

➤ **Les caractéristiques de la complexité**

- ❖ La réalité est toujours inachevée et incomplète. **La solution d'un problème nous ouvre toujours d'autres problématiques. Pour un dirigeant l'intégration de ce phénomène est une attitude d'ouverture** intéressante pour une ouverture à une intelligibilité toujours plus importante.
- ❖ Le tout et les parties sont liés dans une dialectique dynamique. Le produit global du système est supérieur à la simple addition de ses éléments. Le tout impose aux parties des finalités qui conditionnent leurs comportements. **Pour ce qui nous importe en position de manager est que l'intelligibilité de l'organisation passe par l'intelligibilité à partir de la totalité, mais aussi à partir du singulier des parties.** C'est le principe d'universalité.
- ❖ Les interactions sont inextricablement enchevêtrées. Il existe trois niveaux d'interactions qui s'enchevêtrent.
 - **La causalité linéaire** est un faisceau de causes qui se combinent pour produire un effet.
 - **La rétroaction** est une circularité entre des événements. Un événement intervient dans le phénomène, produit un effet qui à son tour rétroagit sur le phénomène.
 - **La récursivité** est un processus où les effets produits sont nécessaires au processus qui les génère.
- ❖ **Les systèmes complexes s'auto organisent. Il s'agit d'un processus d'autonomisation.** Ce phénomène est important pour le management des hommes, le sens qu'il prendra n'est pas sans conséquence pour l'avenir de l'organisation. **Si le terreau sur lequel vivent les hommes les pousse à développer leurs facultés d'adaptation, si l'organisation des responsabilités les sensibilise aux réalités**

⁵⁴ GENELOT Dominique – Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants – INSEP Editions, Paris, 1998.

de l'environnement alors l'entreprise aura en elle même les ressources pour s'adapter, sinon elle se figera.

Certains spécialistes ont constaté en ce qui concerne les systèmes sociaux que l'auto organisation se développait en référence à un point fixe pouvant être, un chef, une idée, une mission.

- ❖ Le complexe est une conjonction d'ordre et de désordre.
 - L'ordre est de la régularité, de la répétition, de la constance, de l'invariance, et de la prévisibilité.
 - **Le désordre est de l'irrégularité, de la nouveauté, de la déviation et ce par rapport à une structure cloisonnée. Le désordre est un, des moteur de l'évolution**
 - Le désordre et les antagonismes sont inhérents à la vie même.
 - « **La prise en compte du hasard, de la différence et de la marginalité est une des clefs du succès des entreprises de demain** »⁵⁵.

- ❖ L'incertitude et l'indécidabilité sont le fait des situations complexes
 - **L'incertitude est un élément permanent** de la réalité, un manager doit adopter cette attitude d'esprit pour traiter les événements imprévus comme autant **d'opportunités à exploiter**.
 - De la même façon la réalité ne peut être enfermée dans un modèle.
 - L'indécidabilité, elle n'est pas de l'ignorance, mais elle tient à l'absence de critères de décision.

- ❖ Les systèmes complexes sont instables et évoluent par bifurcations
 - Dans un système instable un infime mouvement peut conduire à un comportement tout différent du système voire à un complet changement d'état. Pour le dirigeant la vigilance doit être de mise. La stabilité du système est fonction de la rapidité de communication à l'intérieur.
 - Le système est cohérent dans son tout, **la stabilité qui existe s'accompagne d'une instabilité liée à la possibilité pour des comportements individuels de jouer un rôle décisif en saisissant l'opportunité ouverte par une fluctuation. Ce phénomène peut être utilisé pour susciter des changements volontaires ou innovations souhaitées.**

⁵⁵ GENELOT Dominique – Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants – INSEP Editions, Paris, 1998.

- **Des systèmes loin de l'équilibre ont une grande faculté à créer des ordres nouveaux à partir des zones de désordre. L'instabilité régulée est source d'invention et d'évolution.**

- ❖ Des logiques différentes coexistent de façon dialogique
 - La coexistence de logiques de nature très différentes caractérise la complexité, la réduction, la recherche de simplification dénature la situation.
 - Edgar Morin⁵⁶ exprime la complexité de cette situation par le terme « dialogique ». « Le principe dialogique signifie que deux ou plusieurs logiques différentes sont liées en un unité, de façon complexe (complémentaire, concurrente et antagoniste) sans que la dualité se perde dans l'unité ».

- **L'organisation en univers complexe : distinguer et articuler les logiques différentes**

- ❖ Le processus « distinction-conjonction » proposé par E. Morin qui consiste à conserver les logiques distinctes avec leurs différences sans les séparer de la problématique globale d'appartenance, est créateur de richesse.
De nombreux problèmes de l'organisation peuvent être traités selon ce principe dialogique par exemple : l'arbitrage entre centralisation et décentralisation, le choix entre différents styles de management, le maintien d'une cohérence dans la diversité.

- ❖ Le méta système est un concept qui permet aussi l'articulation de logiques différentes en les hiérarchisant. Un méta système est un système qui en englobe un autre et lui donne du sens. Les systèmes s'emboîtent comme des poupées russes sur plusieurs niveaux. Le niveau supérieur contrôle et oriente le niveau inférieur qui renvoie au niveau supérieur ce dont il a besoin pour agir.

- L'organisation est un méta système en quatre niveaux de logiques d'action. Les personnes pour piloter de manière performante doivent penser à plusieurs niveaux et articuler leurs différentes visions.
 - 1^{er} niveau : exploitation. Agit en temps réel et coordonne les opérations.

⁵⁶ In GENELOT Dominique – Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants – INSEP Editions, Paris, 1998.

- 2^{ème} niveau : gestion. Logique de prévision, d'objectifs et de planification à court terme
 - 3^{ème} niveau : évolution. Niveau de la stratégie, il travaille dans le long terme et veille à la co-évolution de l'organisation avec son environnement.
 - 4^{ème} niveau : mutation. Vision prospective.
- **L'information, la communication et la connaissance sont les clefs du pilotage de l'organisation complexe**
- ❖ **La communication gagne à être conçue comme un réseau aux voies multiples et redondantes et non comme un ensemble rationnel de relais. Les récepteurs sont actifs dans la communication et doivent donc pouvoir trouver du sens aux informations qu'ils reçoivent et à leur niveau de logique. Il est essentiel qu'ils trouvent une cohérence entre les messages de l'institution et ceux du management.**
- **La complexité du management des hommes doit être source d'enrichissement et d'innovation**
- ❖ **L'organisation doit être un lieu de construction de sens, de finalités partagées ou chacun peut à la fois développer son autonomie personnelle et contribuer au projet collectif. Les collaborateurs doivent pouvoir enrichir leur contexte d'interprétation, combiner différents niveaux de compréhension et disposer d'espaces de questionnement pour innover et signer leur travail.**
- ❖ La « culture de l'organisation » doit s'ouvrir sur la « culture de son environnement, la culture de la société ».
- ❖ Chaque instance a ses responsabilités dans la dynamique de sens :
- Les dirigeants incarnent le sens, ils portent les valeurs des professionnels,
 - L'encadrement est médiateur et animateur pour relayer le sens,
 - Les professionnels de terrain concrétisent le sens et alertent sur les possibles pertes de sens.
- ❖ Les différences et les conflits sont des sources d'innovations à valoriser.

➤ **La complexité modifie la conception de l'organisation**

- ❖ L'organisation est contingente, elle nécessite des processus de transformation permanente.
- ❖ Les structures doivent rester ouvertes et évolutives au service du projet de l'institution.
- ❖ L'organisation se pilote par son projet, ses finalités et non par sa structure.
- ❖ Les acteurs de l'organisation sont des nœuds de réseau capables d'intelligence réactive, ce ne sont plus les rouages d'une mécanique organisationnelle.
- ❖ Pour articuler les logiques différentes de l'organisation celle-ci doit adopter une méta-vision qui hiérarchise les fonctions et non les hommes.
- ❖ Les enjeux de l'organisation se situent dans sa capacité à traiter l'imprévu et l'instabilité. C'est la logique de l'invention qui doit dominer au détriment de celle de la conformité.
- ❖ La conception de systèmes ouverts, autonomes et en constante évolution est le défi à relever.
- ❖ Le système doit s'adapter en conservant son caractère.

Une telle capacité d'organisation repose sa capacité d'intelligibilité collective.

➤ **Quelques méthodes d'organisation pertinentes en univers complexe**

Quelques dirigeants hospitaliers en développant le management stratégique à l'hôpital, utilisent des méthodes d'organisation adaptées à la complexité⁵⁷.

- ❖ L'organisation par projet : il s'agit d'une organisation récemment introduite à l'hôpital, mais encore mal intégrée. Ce type d'organisation relève d'une logique d'invention, de conception ensemble.
- ❖ L'organisation par processus : le processus le plus intégré à l'hôpital est celui de prise en charge du patient. Le développement d'une organisation par pôles se veut être conçu selon ce type processus qui est en général transversal. Exemple : pôle « mère enfant ».
- ❖ Le fonctionnement en réseau : il est beaucoup évoqué dans le système de santé mais encore balbutiant en pratique.
- ❖ L'approche globale de la qualité : avec l'arrivée de l'accréditation, le développement des systèmes de vigilances, l'hôpital s'inscrit dans la dynamique de cette méthode.

➤ **La complexité et la stratégie**

Sous la pression des incertitudes et des turbulences multiples, la stratégie ne relève plus d'un travail d'expert, il s'agit de **l'engagement de toute la collectivité de l'organisation dans un processus global d'adaptation et de réactivité aux évènements**. Ceci suppose une conscience stratégique partagée en référence à des buts d'ordre supérieur.

➤ **Le management de l'innovation est un processus complexe**

- ❖ **L'innovation est vitale pour toutes les institutions qui doivent s'adapter à l'évolution de l'environnement**
- ❖ **L'innovation échappe aux méthodes d'organisation classiques.** C'est un processus qui ne se décrète pas qui est interactif et complexe.
- ❖ L'innovation est une interaction à trois niveaux : celui des produits et des services, celui des technologies et des méthodes et celui des découvertes scientifiques et des évolutions de pensée.
- ❖ Les principales caractéristiques de l'innovation sont la transgression d'un ordre établi et donc la création du désordre, l'incertitude et l'instabilité, la création et l'adaptation, le croisement de logiques différentes, la recherche de points de convergence avec l'organisation.
- ❖ L'organisation doit savoir créer un climat propice aux idées novatrices, les responsables doivent savoir les susciter en organisant le croisement des idées, le décloisonnement, l'ouverture sur l'extérieur et la réflexion prospective.
- ❖ Les idées nouvelles doivent être accueillies, encouragées, accompagnées pour leur utilité dans l'environnement.

- ❖ **La réussite de l'innovation repose sur la capacité à produire des idées et à leur donner du succès.**
 - **Deux conditions doivent être réunies pour cela :**
 - Créer un climat de mobilité mentale : permettre les rencontres de personnes et d'idées, faciliter les communications, tolérer la transgression créatrice.
 - Adopter des méthodes de management variées et souples

⁵⁷GENELOT Dominique – Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants – INSEP

➤ **Genelot⁵⁸ propose dix conseils pour manager dans la complexité**

- ① Rechercher si votre système de représentation est en adéquation avec votre projet.
- ② Pilotez par les finalités. Mettez en question les structures. Centrez vous sur le projet poursuivi, sur les raisons d'être de l'activité.
- ③ Pensez et organisez l'entreprise comme un système ouvert, comme un tissu d'interactions.
- ④ Multipliez les connexions, créez des réseaux d'intelligence
- ⑤ Intégrez l'incertitude dans le processus de pilotage.
- ⑥ Développez l'autonomie. Ouvrez des espaces à l'invention.
- ⑦ Sachez reconnaître et articuler des logiques différentes. Dépassez les antagonismes en vous référant à des logiques d'ordre supérieur.
- ⑧ Donnez du sens, construisez sur la culture.
- ⑨ Placez l'homme au centre. Couplez l'individuel et le collectif.
- ⑩ « Détruisez les idoles qui sont dans vos têtes ». Renoncez à l'optimum mythique, au rêve de tout réunir dans une seule loi.

A l'issue du raisonnement que nous avons décliné nous situons le rôle du Directeur des soins dans la promotion de la prévention à l'hôpital dans sa contribution à la production de plus de globalité et de plus d'ouverture

A partir du cadre théorique proposé nous formulons les hypothèses suivantes :

- Le Directeur des soins en développant une politique qui vise à promouvoir une approche du soin dans toutes ses dimensions contribue à l'appropriation par les professionnels d'une culture de prévention.

- De même le Directeur des soins qui développe une stratégie de coopération facilite l'intégration de la prévention dans les pratiques de soins.

Editions, Paris, 1998.

⁵⁸ GENELOT Dominique – Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants – INSEP Editions, Paris, 1998.

DEUXIÈME PARTIE : CADRE OPÉRATOIRE

4 - LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

- **Une étude de terrain**

Pour confronter nos hypothèses aux faits nous avons fait le choix de faire une étude de terrain en prenant appui sur deux axes de prévention d'actualités, inscrits dans les priorités du gouvernement et ayant fait l'objet de projets et d'injonctions structurés et soumis à évaluation.

Nous avons opté pour :

- **La lutte contre la douleur**
- **La lutte contre le tabagisme**

Notre motivation à choisir la lutte contre la douleur est à relier à l'impact en terme de réalisations qu'a pu avoir le plan triennal instauré en 1998 et à l'ouverture du chemin de la prévention à l'hôpital. Il s'agit d'un axe qui nous intéresse plus particulièrement, il est porteur d'un aspect innovant, il revêt une caractéristique préventive. Nous avons appréhendé « la lutte contre la douleur à l'hôpital » en terme de prévention tertiaire. Cette option ainsi retenue peut être discutable pour le thème de notre étude néanmoins, les supports permettant aujourd'hui de lire les pratiques de prévention à l'hôpital ne sont pas légion.

Notre choix pour la prévention du tabagisme, a été initialement déterminé parce que cet axe de santé publique se situe dans un registre de moindre sensibilité affective que celui de la douleur et de moindre assimilation à une caractéristique pathologique.

Certes, les niveaux de prévention impliqués dans l'un et l'autre des axes étudiés ne sont pas superposables, mais notre préoccupation étant plus liée à une question « d'état d'esprit » ceci ne paraît pas être un réel obstacle à une exploitation pertinente.

Nous avons aussi été incité à retenir la lutte contre le tabagisme parce qu'il s'agit d'une priorité affirmée avec une insistance croissante des pouvoirs publics. Ce champ de la prise en charge hospitalière qui a pris naissance en 1991 avec la loi Evin, est rappelé depuis 1999⁵⁹ et explicitement intégré dans le même temps au plan triennal du 16 juin 1999 de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances. La prévention du tabagisme fait partie des critères d'accréditation. Depuis le 3 avril 2000⁶⁰ une circulaire définit la mission et le rôle

⁵⁹ Circulaire DGS/DH N°330 du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé.

⁶⁰ Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

de l'hôpital en matière de prise en charge du tabagisme, elle précise l'architecture structurelle à mettre en place.

4.1 LES AXES DE PREVENTION SUPPORTS DE L'ETUDE

4.1.1 La prévention de la douleur, la prévention du tabagisme.

- **La lutte contre la douleur**⁶¹

- Un bref rappel historique

La douleur depuis une quinzaine d'années interpelle l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et médico-social qui œuvrent pour une approche globale du phénomène.

Le soulagement de la souffrance est une exigence des patients d'aujourd'hui et un critère d'évaluation de la qualité des soins.

Depuis quelques années les textes législatifs et réglementaires se sont multipliés ils caractérisent l'évolution favorable de la prise en charge de la douleur. Les droits des patients, les devoirs du personnel soignant et l'obligation de prise en charge sont définis de manière successive et de plus en plus finement.

Une circulaire du 7 janvier 1994⁶² rappelle aux médecins le rôle qu'ils ont à jouer dans la prise en charge de la douleur, et établit des recommandations pour prendre en charge la douleur chronique en terme de principes, d'organisation de structures et de modalités à suivre.

Le principe de base est ainsi énoncé : « **Lutter contre la douleur implique sa prévention, son évaluation et son traitement** »⁶³

Les pouvoirs publics en 1998 se positionnent pour un accompagnement efficace du changement, ils dégagent un programme national d'action : « Le plan triennal de lutte contre la douleur »⁶⁴.

⁶¹ Annexe 1

⁶² Circulaire DGS/DH 94 N° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

⁶³ Ibid 62

⁶⁴ Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

➤ Les axes principaux du plan triennal 1998-2001⁶⁵ :

- La prise en compte de la demande de la personne malade
- Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins
- Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur
- L'information du public

A partir du plan triennal, des circulaires viendront préciser les modalités de mise en œuvre de celui-ci. Ces textes portent sur la mise en place de protocoles pour la douleur aiguë⁶⁶, sur la mise en œuvre des ordonnances protégées⁶⁷.

➤ Les structures :

Trois niveaux de structures sont rencontrés, ils s'adressent plus spécifiquement aux douloureux chroniques :

- les consultations pluridisciplinaires, au nombre de 60 en 1999
- les unités pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle, au nombre de 33 en 1999
- les centres d'évaluation et de traitement de la douleur, au nombre de 21 en 1999.

Le Comité de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D) est une structure qui a pour objectif de réfléchir à une meilleure organisation pour une meilleure qualité des soins, d'assurer la formation des soignants et d'évaluer les outils.

C'est un centre de réflexion et de proposition qui est amené à travailler en étroite collaboration avec la direction de l'établissement, la Commission Médicale d'Etablissement, et tous les services de l'hôpital cliniques et non cliniques.

Il est placé sous la responsabilité d'un médecin référent, sa composition est multidisciplinaire.

⁶⁵ Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

⁶⁶ Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 Février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.

⁶⁷ Lettre DGS/DH du 8 avril 1999 relative au plan de lutte contre la douleur : mise en œuvre des ordonnances protégées dans les établissements de santé.

Le C.L.U.D coordonne toutes les actions qui visent à mieux organiser la prise en charge de la douleur dans l'établissement.

➤ Des freins à la prise en charge de la douleur ont pu être repérés :

- La non reconnaissance de la douleur comme spécialité, impose une coordination efficace entre les équipes et en leur sein. Or cette approche est un peu nouvelle et difficile à l'hôpital.
- La douleur est encore rarement inscrite dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens (C.O.M.)
- La prégnance du curatif et de l'hyper technologie.

➤ Un modèle organisationnel à faire évoluer :

Le malade non souffrant ou souffrant doit être écouté, considéré comme le sujet des soins ce qui implique **une démarche globale intégrant les dimensions physique, affective, spirituelle, sociale et familiale.**

La douleur est **une affaire de concertation pluridisciplinaire, depuis la prévention jusqu'au traitement curatif et/ou palliatif.**

La douleur s'inscrit par essence dans une problématique transversale. Elle met en jeu une pluralité d'acteurs et fait de la pluridisciplinarité le cœur du débat⁶⁸.

La prise en charge de la douleur oblige à repenser les enjeux organisationnels au sein de l'hôpital, elle oblige aux acteurs à travailler autrement en complémentarité, à l'écoute du patient et de ses attentes. Ceci nécessite de développer une culture où l'hôpital est producteur de services adaptés aux besoins et demandes du patient.

Un plan quadriennal (2002/2005) de lutte contre la douleur est initié, il s'inscrit dans la continuité du plan triennal, il vise la douleur chronique rebelle et se centre sur la douleur provoquée, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

- **La lutte contre tabagisme⁶⁹**

En France, la lutte contre le tabagisme est érigée au rang des priorités nationales, c'est une véritable priorité de santé publique. Le caractère prioritaire de lutte contre le tabagisme à l'hôpital est relativement nouveau.

⁶⁸ Comme le rappelle la circulaire DGS/DH du 7 février 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques dans son annexe 1.

⁶⁹ Annexe 1

Des dispositifs réglementaires de 1976 et 1991 ont marqué la lutte contre le tabagisme mais se sont avérés insuffisants. C'est pourquoi la politique du ministère de la Santé en 1999⁷⁰ et en 2000⁷¹ resitue notamment avec plus de vigueur et de précision la place et le rôle de l'hôpital dans cette lutte.

- Les dispositifs réglementaires et évènements marquants dans la lutte contre le tabagisme

La loi Veil du 9 juillet 1976 et la loi Evin du 10 janvier 1991 qui ont réglementé la publicité pour le tabac dans les lieux publics et la presse ont eu un effet d'inflexion marqué de la consommation du tabac et ont constitué des points d'ancrage essentiels pour la prévention du tabagisme à l'hôpital.

Les raisons qui ont poussé les pouvoirs publics à être plus pressants dans la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'aide au sevrage à l'hôpital sont nombreuses et peu discutées. Celles-ci ont notamment été exploitées et mises en évidence par la conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac des 8 et 9 octobre 1998⁷² qui s'est tenue à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière à Paris. La teneur des débats est sans ambiguïté.

« En 1998, il n'y a plus d'incertitude sur les méfaits de la consommation du tabac et les bénéfices de son arrêt. Dans tous les pays de niveau sanitaire comparable au nôtre la diminution de la consommation de tabac est de loin le plus important de tous les facteurs susceptibles d'agir favorablement sur la morbidité et la mortalité prématurée ». En France 60 000 décès prématurés sont dus au tabac. Aucun facteur de risque n'est aussi lourdement impliqué que le tabac dans l'apparition de maladies et la mort prématurée. D'ici 2030 le tabagisme pourrait être la première cause de mortalité dans le monde.

- Le tabagisme est une conduite addictive, d'où la problématique de prise en charge.

Le tabagisme est un comportement entretenu et renforcé par une dépendance dont la nicotine est responsable.

⁷⁰ Plan triennal du 16 Juin 1999

⁷¹ Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

⁷² « Conférence de consensus sur l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac » réunie à Paris les 8 et 9 octobre 1998

➤ **La prévention, la solution essentielle de lutte contre le tabagisme .**

La prévention du tabagisme se déploie, en fonction des situations des objectifs et des finalités poursuivis, sous la forme de prévention primaire, secondaire et tertiaire.,

La lutte contre le tabagisme intègre deux actions simultanées et complémentaires :

- La prévention de l'initiation au tabagisme et du passage au tabagisme régulier.
- L'incitation et l'aide à l'arrêt pour les sujets déjà installés dans le tabagisme.

➤ L'hôpital dans la lutte contre le tabagisme

Le 8 juin 1999⁷³ le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale incitait par une circulaire à la conduite d'actions de sensibilisation, d'information et de prévention à l'hôpital à destination des soignants, des malades et des visiteurs.

➤ La prévention du tabagisme fait l'objet de critères d'accréditation

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a introduit dans le manuel d'accréditation des critères qui font directement référence au tabac.

➤ La structuration de la lutte contre le tabagisme à l'hôpital

Le tabagisme est une dépendance qui a toute sa place dans le plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances du 16 juin 1999.

L'année 2000⁷⁴ était destinée à la mise en place des compétences en tabacologie et à la création des synergies dans la prise en charge des différentes addictions.

Les souhaits des pouvoirs publics s'énonçaient ainsi :

- renforcement ou création de consultations hospitalières en tabacologie,
- création d'unités de coordination de tabacologie (U.C.T)

Le minimum attendu pour fin 2000 étant une consultation hospitalière de tabacologie pour chaque département français, d'ici 2005 chaque établissement de plus de 500 lits devra disposer d'une telle consultation.

La consultation de tabacologie a des attributions définies en matière de sevrage.

⁷³ Plan triennal de lutte contre le tabagisme

⁷⁴ Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

➤ **L'implication des équipes soignantes**

La structuration recommandée aux hôpitaux, s'appuie sur du **personnel médical formé à la tabacologie inscrit dans une équipe pluridisciplinaire. Infirmières, psychologues, diététiciennes effectuent du travail de liaison** dans le fonctionnement envisagé. **Les équipes soignantes en situation de proximité avec le patient, doivent être complètement impliquées et parties prenantes du dispositif. Pour cela tout soignant est censé être en capacité de délivrer le conseil minimum, une information sur le tabac et intégrer la notion de risques induits par le tabagisme actif et passif dans les soins aux patients.**

Les infirmières doivent pouvoir pour chaque personne hospitalisée s'enquérir de l'usage du tabac, rappeler l'interdiction de fumer à l'hôpital, analyser l'opinion et le comportement de la personne. Il s'agit de faire un éventuel bilan de dépendance par le recours aux outils adaptés et disponibles et de communiquer ensuite les résultats au médecin responsable de la lutte contre le tabagisme pour faciliter l'accès à l'arrêt et au sevrage du patient, mais aussi de son entourage.

Les médecins doivent aussi être mobilisés dans tout le processus de prise en charge et de sevrage du patient avec les liens qu'il entretient avec ses confrères formés à la tabacologie, pour le suivi de la personne.

- Tout un travail d'équipes pluridisciplinaires doit avoir lieu à tous les niveaux de prise en charge du malade, mais aussi de manière transversale.

A l'hôpital la lutte contre le tabagisme est le travail de tous, la coopération et la collaboration sont au cœur de la problématique. Pour parvenir à relever ce qui pourrait être énoncé en terme de défi de santé publique l'hôpital dispose de nombreuses ressources externes par le biais des associations avec lesquelles il peut s'inscrire dans de réels partenariats.

- Des partenaires actifs aux côtés des hôpitaux.

Les associations qui contribuent au développement de la lutte et de la prévention du tabagisme sont nombreuses et sont autant de ressources pour l'action.

Le Réseau Hôpital Sans Tabac est une association qui occupe une large place aux côtés de l'hôpital dans la stratégie de lutte contre le tabagisme à l'hôpital. L'hôpital Sans Tabac est un objectif majeur de santé publique il alimente et corrobore ce que rappelait le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale dans la circulaire du 8 juin 1999 à savoir :

- l'hôpital n'est pas un lieu ordinaire, il a valeur d'exemple, c'est un lieu à usage collectif au statut particulier. « Il est un lieu d'accueil des personnes malades, un lieu de travail et enfin un lieu de visite »⁷⁵.

Le Réseau Hôpital Sans Tabac est une association loi 1901 à l'initiative d'un partenariat entre la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (M.N.H) et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (CHU 1). Aujourd'hui une centaine d'hôpital adhèrent au réseau. Ce Réseau anime les campagnes et journées de prévention, il est un support pédagogique et documentaire. Il diffuse en collaboration avec le Comité Français d'Education pour la Santé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, un guide méthodologique de l'hôpital sans tabac utilisé comme outil central dans le développement de la lutte contre le tabagisme à l'hôpital.

Il est aussi à l'initiative d'une Charte en dix points « Hôpital sans tabac » citée en référence dans la circulaire du 8 juin 1999⁷⁶.

Plus récemment l'utilisation d'un dossier médical tabacologie standardisé a été préconisé par les pouvoirs publics. La mise en place de première intention a eu recours au dossier standardisé élaboré conjointement par le Comité Français d'Education pour la Santé, le Réseau Hôpital sans Tabac et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Ce dossier a été qualifié par les acteurs décisionnels en santé⁷⁷ de support structurant pour permettre une prise en charge de qualité de la personne dépendante.

⁷⁵ Plan triennal de lutte contre le tabagisme

⁷⁶ Ibid 75

⁷⁷ Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie

4.1.2 L'étude de terrain

- **Le choix d'une étude qualitative**

Nous avons opté pour une démarche qualitative pour recueillir les données de l'étude. Pour cela, nous avons conduit des entretiens auprès des professionnels avec la préoccupation d'appréhender au plus près du terrain le vécu des acteurs dans la déclinaison des axes de prévention inscrits dans la politique de leurs établissements respectifs. Il s'est agi pour nous de repérer et d'extraire à travers le discours les éléments récurrents qualifiants la promotion de l'axe de prévention concerné à des fins de réinvestissement dans un prochain exercice de Directeur des soins.

- **Les lieux des enquêtes**

- Notre prospection

Notre idée de départ était de produire une analyse comparative entre les axes douleur et tabac à partir de deux pools d'établissements impliqués pour trois d'entre eux dans la lutte contre la douleur et pour trois autres impliqués dans la prévention du tabagisme.

Hors confrontés à la réalité nous avons eu des difficultés à trouver des terrains d'enquête concernant la prévention du tabagisme et ce malgré un investissement conséquent. Notre prospection ne nous a pas permis de joindre des établissements, avec des réalisations dans la lutte contre le tabagisme qui allaient au delà de la consultation de sevrage. Par ailleurs il s'est avéré que les développements sur ces sites n'étaient absolument pas investis par le Directeur des soins, mais aussi que pour la plupart des établissements il s'agissait d'expériences débutantes.

Néanmoins nous avons fait le choix de nous rendre dans plusieurs établissements pressentis pour conduire des entretiens auprès de professionnels en postes transversaux définis pour développer la lutte contre le tabagisme.

- Les établissements retenus

Les stages effectués dans le cadre de notre formation nous ont permis de nous informer auprès des Directeurs de soins des développements existants en matière de lutte contre la douleur et de prévention du tabagisme. Nous avons recherché des réalisations effectives et suffisamment ancrées dans les établissements. Sans trop de difficultés nous avons pu retenir trois établissements de profils similaires qui s'occupaient de la douleur.

Par contre et nous l'avons explicité précédemment la lutte contre le tabagisme s'est avérée être une réalisation plus proche du discours que de la réalité. Par ailleurs compte tenu du temps imparti il nous a été impossible de passer plus de temps à la prospection.

Nous avons étudié l'axe « prise en charge de la douleur » sur trois établissements de tailles similaires et inscrivant depuis quelques années cet axe dans leur projet.

- **L' établissement A** est un centre hospitalier très actif de médecine, chirurgie et obstétrique de 850 lits appartenant à un Centre Hospitalier Universitaire. La douleur fait partie du projet d'établissement et du projet de soins depuis quatre ans. Un Directeur des soins anime une équipe de 15 Cadres Supérieurs de Santé qui constituent un Service de Soins Infirmiers élargi en ce qu'il inclut depuis deux ans les personnels Infirmiers, Obstétricaux, Médico techniques et de Rééducation. Un médecin anesthésiste référent douleur est reconnu dans tout l'établissement, il est président du C.L.U.D et anime le développement de la prise en charge avec un Cadre Infirmier Supérieur référent institutionnel aussi qui travaille avec de lui en sus de son activité sur un pôle d'unités de chirurgie. Une démultiplication de formations douleur a fait l'objet de réalisations suivies et continues depuis quatre ans, il existe un fort potentiel de correspondants répartis dans toutes les unités de soins.
- **L'établissement B** est un centre hospitalier pédiatrique de 500 lits de soins aigus qui inclut les spécialités de médecine, chirurgie et réanimation. Il appartient à un Centre Hospitalier Universitaire. La douleur fait partie du projet d'établissement et du projet de soins infirmiers depuis deux ans. Un Directeur des soins est assisté d'un Cadre Infirmier Supérieur de Santé référent institutionnel douleur. Un médecin pédiatre anesthésiste est le référent douleur président du C.L.U.D de l'établissement. Les Cadres de santé constituent une équipe en renouvellement eu égard à de nombreux départs en retraite depuis un an. Pratiquement tous les services de soins disposent de professionnels infirmiers et aides-soignants ayant reçus une formation de sensibilisation à la prise en charge de la douleur, ces acteurs constituent un pool de correspondants.
- **L'établissement C** est un centre hospitalier très actif de médecine, chirurgie et obstétrique de 900 lits. Il se rapproche par ses activités du centre hospitalier A, sans la dimension hospitalo-universitaire. Un Directeur des soins anime une équipe de 3 cadres supérieurs de santé. La douleur fait partie du projet d'établissement depuis quatre ans, du projet de soins infirmiers depuis huit ans. Un médecin anesthésiste est

le référent douleur institutionnel, il est président du C.L.U.D. Deux infirmières anesthésistes diplômées d'état sont les référents douleur de l'hôpital elles travaillent chacune à 50% sur cet axe avec le médecin président du C.L.U.D. De la même façon que pour les deux autres établissements un gros investissement en terme de formation à la douleur a été effectué depuis quatre ans , chaque service dispose d'un, voire de deux correspondants.

Pour l'axe de lutte contre le tabagisme nous nous sommes rendu sur les sites de quatre établissements

- **A la direction centrale de deux Centres Hospitaliers Universitaires**, auprès de médecins de santé publique positionnés au sein des directions centrales, dans le département de la stratégie.
- Dans un **centre hospitalier parisien de 800 lits** de soins aigus, inscrit dans une dynamique de développement de lutte contre le tabagisme.
- Dans le **centre hospitalier C**

4.2 LA CONDUITE DES ENTRETIENS ET L'EXPLOITATION DES DONNEES

4.2.1 La conduite des entretiens

Notre recherche ayant pour objectif de repérer les mécanismes qui permettent à la prévention de prendre corps à l'hôpital, nous avons ciblé les professionnels qui exercent au plus près du patient, qui sont impliqués au quotidien dans des actions de prévention et qui assurent une continuité de la prise en charge. L'idée sous jacente à ce type de choix étant d'inscrire dans notre schéma d'enquête les dimensions de transversalité, de lien et de globalité, mais aussi d'approcher au mieux les réalités opérationnelles.

Ainsi nous avons choisi de rencontrer :

- des infirmières pour leur action directe sur le patient par la réalisation des soins,
- des cadres d'unités pour leur position d'interface dans l'organisation de la prise en charge du malade et leur implication dans la dynamique de soins,
- des référents douleur médicaux et soignants formés à l'axe ciblé et chargés par l'institution de conduire l'action transversale visant à faire évoluer la dynamique de prévention. Ce sont des dirigeants et animateurs du C.L.U.D ou du Comité local de Lutte contre le Tabagisme,

- et les Directeurs des soins des établissements concernés pour apprécier l'influence de leur rôle.

Notre étude n'a pas pour prétention d'être scientifiquement représentative, elle a pour but de nous ouvrir des pistes pour notre prochain exercice de Directeur des soins, c'est pourquoi nous avons construit un échantillon en fonction des possibilités des terrains retenus et des disponibilités des acteurs.

Les Directeurs des soins nous ont facilité la tâche pour l'accès aux professionnels, pour cela leur aide a peut-être influé sur le choix des personnes. Néanmoins nous avons aussi pu prendre des contacts directement avec les acteurs. De plus nous avons estimé que le croisement des contenus des témoignages permettrait d'objectiver d'éventuels discours convenus.

Nous avons conduit des entretiens auprès de 23 personnes pour l'axe de la douleur et 7 personnes pour l'axe du tabac.

- Répartition des entretiens

Axe douleur

	Etablissements			
	A	B	C	
Infirmières d'unités	3	2	2	
Cadres de santé d'unités de soins	2	2	2	
Référents institutionnels	2	2	2	
Directeur des soins	1	1	1	
Totaux	9	7	7	23

Axe tabac

		Etablissements
Médecin de santé publique tabacologue	2	Direction centrale CHU 1 Etablissement C
Médecin de santé publique	1	Direction centrale C.H.U 2 service de la stratégie
Médecin Pneumologue	1	Etablissement C
Cadre de Santé Supérieur formé à la tabacologie	1	Centre Hospitalier parisien
Infirmière formée à la tabacologie	1	Direction centrale CHU 1
Directeur des soins	1	Etablissement C
	7	

Tous les entretiens se sont déroulés à partir de rendez-vous, ils ont tous eu lieu en tête à tête dans un bureau fermé, chaque professionnel connaissait l'objet de notre démarche.

Notre préoccupation était d'obtenir des informations révélant la manière dont les acteurs appréhendent la prévention dans leur exercice quotidien. Pour cela nous avons eu recours au mode d'entretien semi directif à partir de guides⁷⁸ composés de questions sur le modèle suivant :

- *La lutte contre la douleur⁷⁹ (le tabagisme⁸⁰) fait- elle partie d'un projet de l'établissement ?*
- *L'activité lutte contre la douleur (le tabagisme) fait-elle partie de votre mission ?*
- *Quels sont les freins, les obstacles, à la réalisation de la prévention dans votre exercice professionnel ?*
- *Comment les soignants au plus près du patient sont-ils concernés par la lutte contre la douleur (le tabagisme), comment cela se manifeste-t-il ?*
- *Comment l'Infirmière Générale peut-elle agir pour être pertinente dans la diffusion de cet axe de prévention ?*
- *Comment le fonctionnement de l'unité de soins peut aider à la réalisation de la démarche de prévention par les professionnels ?*
- *Comment la surveillante peut faciliter la mise en œuvre de la dimension prévention des soins dans l'unité ?*
- *Comment un axe de prévention, tel que la lutte contre la douleur (le tabagisme) décliné à l'hôpital peut-il, doit-il s'inscrire dans l'esprit santé publique qui l'anime ?*
- *Comment la lutte contre la lutte contre la douleur (le tabagisme) doit-elle se développer dans l'hôpital ?*
- *Communiquez-vous avec d'autres professionnels (soignants, non soignants) dans l'hôpital, à l'extérieur pour répondre aux besoins de santé des patients que vous prenez en charge ?*
- *Avez-vous recours à des ressources externes ?*
- *Votre action de lutte contre la douleur (le tabagisme) doit-elle être réalisée dans une perspective individuelle et /ou collective ?*
- *Pouvez-vous m'expliquer ?*
- *Procédez-vous à un recueil de données à l'accueil des patients ? Travaillez-vous avec la démarche de soins ?*

⁷⁸ Annexe 2 et 3

⁷⁹ Annexe 2

⁸⁰ Annexe 3

Pour les Directeurs des soins, nous avons préparé un guide similaire qui a, dans les faits, été peu utilisé. En effet les entretiens de ces acteurs ont plutôt été laissés à leur discrétion. Chaque entretien a duré environ une heure, le recueil des informations a été manuscrit et remis au propre le jour même.

4.2.2 La méthode d'exploitation des données et les limites de l'étude

- La méthode initialement pressentie :

Initialement nous souhaitions effectuer une analyse comparative en trois temps à savoir :

Une première analyse comparative entre des établissements engagés dans la prise en charge de la douleur

Une seconde analyse comparative entre des établissements engagés dans la prévention du tabagisme

Une troisième étude comparative entre la synthèse des résultats concernant la douleur et celle concernant le tabac.

Dans un second temps nous aurions exploité les variables communes et les variables discriminantes pour confirmer ou infirmer nos hypothèses de travail.

Mais compte tenu du défaut de sites pour le tabac, l'impossibilité de construire deux échantillons à peu près homogènes nous a fait abandonner notre intention première et avons donc opté pour une autre méthode d'exploitation des données.

- **La méthode retenue**

Une conduite d'analyse en plusieurs étapes articulée sur une lecture des entretiens selon deux niveaux.

Nous avons rapidement perçus à partir d'une première lecture globale des entretiens, que les guides d'entretien avaient induits des réponses selon deux niveaux et nous procuraient ainsi deux niveaux de lecture possibles.

- Les réponses et le discours recueillis contenaient des éléments en terme de vécu professionnel et des éléments en terme d'opinions.

Ceci a guidé l'organisation pour l'exploitation des données qui s'est articulée sur une double lecture.

Tous les éléments que les acteurs nous ont apporté en terme de contribution à la prévention qu'ils soient effectifs ou non dans leur exercice quotidien ont été d'emblée retenus.

Ensuite nous avons travaillé à l'exploitation de la nuance du discours pour extraire une lecture de la réalité de chacun.

➤ **Etape N° 1 : la caractérisation de la prévention par les professionnels**

L'objectif de cette étape est d'appréhender à travers le discours des professionnels interviewés comment ils caractérisent la prévention à l'hôpital et ce dans la position d'acteurs qu'ils occupent pour la réalisation des activités concernant l'axe de prévention pour lequel nous les sollicitons.

A l'issue de cette étape nous commenterons l'écart entre les caractères énoncés par les soignants et repérés et les caractères mis en évidence par le cadre théorique de l'étude.

❖ Analyse de l'axe douleur

Nous traiterons distinctement chacun des sites pour l'étude de la prise en charge de la douleur pour intégrer la part contextuelle qui ne peut être occultée pour une approche qualitativement plus objective. Pour cette étape nous exploiterons séparément les entretiens des infirmières, des cadres et des référents. Ensuite nous consoliderons les données des trois catégories de professionnels pour une lecture transversale, plus globale, afin de vérifier l'existence potentielle de lignes directrices communes et d'obtenir la traduction de la prévention par établissement.

❖ Analyse de l'axe tabac

Pour l'étude de l'axe de prévention du tabagisme nous procéderons à l'exploitation des données en un seul bloc. Pour cet axe nous n'aurons pas de réelle mesure opérationnelle contextuelle, nous nous contenterons de travailler sur les entretiens de professionnels impliqués et promoteurs d'une dynamique naissante. De la même façon que pour l'axe douleur nous essayerons d'extraire les éléments communs issus du discours des différents acteurs.

A l'issue de cette étape, par une lecture croisée nous mettrons en exergue :

- Phase 1 : l'expression de la réalité de chaque établissement par le listage des caractéristiques émergentes
- Phase 2 : les caractéristiques globales dominantes exprimées par les professionnels

- Phase 3 : l'expression globale de la prévention par catégorie d'acteurs.

L'exploitation des données concernant la lutte contre le tabagisme se limitera à la phase 2 de cette étape.

➤ **Etape N° 2 : la singularité de chaque établissement dans sa mise en œuvre de l'axe de prévention**

Analyse de l'expression du vécu de chaque groupe d'acteurs pour chaque établissement, à partir des caractéristiques repérées à l'étape N°1. Lecture transversale explicative du positionnement dominant de chacune des structures enquêtée. Analyse par étude comparée des différents établissements.

➤ **Etape N° 3 : la relation entre la mise en œuvre de la prévention pour chaque site et le rôle du Directeur de soins**

Exploitation de ce que les acteurs expriment comme rôle attendu du Directeur de soins pour chaque site comparée à ce que dit le Directeur de soins lui-même de son rôle.

Obtention d'une lecture de chaque système, avec mise en évidence de l'influence du mode de management dans le sens développé de la prévention, ainsi que sa pertinence et ses limites.

• **Les limites du travail**

L'étude proposée ne prétend pas à d'exhaustivité, nous souhaitons préciser qu'elle ne se veut pas faire un état des lieux précis et spécifiquement centré sur les axes de prévention retenus. L'objet n'est pas d'expliquer comment tel ou tel établissement décline les objectifs de son projet. Nous confirmons qu'il s'agit bien à partir d'un support concret de prendre la mesure de ce qui existe et de ce qu'il est possible de réaliser pour mettre en marche et déployer une culture de la prévention à l'hôpital. Notre positionnement s'inscrit dans une dynamique de manager et non dans une dynamique d'expertise disciplinaire.

Par ailleurs nous précisons que l'exploitation des données du terrain sera limitée au regard de la richesse recueillie.

Enfin nous posons aussi comme limite au travail la perceptible absence de rigueur méthodologique liée aux difficultés à construire une étude comparée telle que nous l'avions initialement imaginée.

5 - LA PREVENTION, DES REALISATIONS A GEOMETRIE VARIABLE

5.1 UNE CULTURE DE LA PREVENTION SUR LE CHEMIN DE L'APPROPRIATION

5.1.1 La lutte contre la douleur, des caractéristiques partagées par des réalisations nuancées

La première étape de l'analyse des entretiens a consisté à travers le discours des professionnels à repérer les expressions les plus fréquemment rencontrées pour qualifier la prévention à partir de leurs expériences professionnelles de prise en charge de la douleur⁸¹.

Trois niveaux de traitement ont été retenus pour transcrire l'expression des soignants.

Suivant que les expressions se rapportent :

- aux pratiques à l'œuvre dans l'établissement,
- ou à des pratiques partiellement à l'œuvre c'est à dire à faire progresser, à améliorer
- ou encore à des pratiques très limitées voire même relevant uniquement du registre de la conception, du fortement souhaitable.

Pour faciliter de lecture et la compréhension, nous avons produit un tableau listant les caractéristiques évoquées par les professionnels accompagnées de qualificatifs sous forme de codes en lien avec le niveau d'intégration dans les pratiques de l'organisation tel qu'il nous a été livré.

Légende du codage :

- R : ce qui est réalisé
- D : ce qui est réalisé mais à faire progresser, à améliorer, à développer
- C : ce qui reste du registre de la conception, ce qu'il faut faire mais qui n'est pas concrétisé.
- NE : non exprimé

Le tableau de synthèse présenté ci-dessous regroupe les expressions par catégorie d'acteurs (infirmières, cadres, référents) sachant qu'au dépouillement des entretiens le discours des professionnels d'une même catégorie était relativement proche. Pour l'analyse nous parlerons de « une » réponse pour un groupe.

⁸¹ Annexe 4 : Tableaux de synthèse des expressions des professionnels par catégories d'acteurs

- La caractérisation de la prévention par les professionnels⁸²

Caractéristiques les plus fréquentes énoncées par les soignants	Etablissement A			Etablissement B			Etablissement C		
	Infirmières	Cadres	Référents	Infirmières	Cadres	Référents	Infirmières	Cadres	Référents
Un engagement de l'établissement , par sa politique, par la déclinaison de son projet	R	R	R	D	D	R	D	D	D
Une mission de l'infirmière , une obligation professionnelle ,	R	R	R	D	D	D	D	D	D
Une prise en charge globale de la personne , une continuité, des articulations	R	R	R	D	D	NE	NE	D	NE
Des soins réalisés dans toutes les dimensions, curative, préventive, palliative - les besoins des patients sont recensés, - la démarche de soins se traduit par les transmissions ciblées	R	R	R	D	D	R	D	D	D
Fonctionnement pluridisciplinaire, tous les acteurs sont des ressources Les aides-soignantes, les agents de service, les médecins, le psychologue, la diététicienne etc.	R	R	R	NE	R	NE	D	D	D
Une action collective , groupes de travail, documents élaborés en commun et partagés, alliances entre professionnels	R	R	R	D	D	D	C	C	C
Une action coordonnée, organisation cohérente, soins corrélés	R	R	R	D	C	C	C	C	C
Transversalité, échanges entre services, communication entre tous les territoires, passerelles entre les services.	R	R	R	NE	NE	NE	NE	NE	R
Ouverture avec l'extérieur, les professionnels libéraux, les associations.	R	R	NE	C	C	D	D	D	D
	R = 26/27			R = 3/27 D = 14/27 C = 4 /27 NE = 6/27			R = 1/27 D = 16/27 C = 6/27 NE = 4/27		

⁸² Annexe 5 : Tableaux de synthèse des entretiens par établissements

Les professionnels expriment pour la majorité d'entre eux ce qui caractérise principalement la prévention. Nous avons pointé à travers le discours une déclinaison de la prévention conforme à ce que le cadre théorique du travail nous permettait d'attendre de ce champ d'approche et de prise en charge de la santé.

Les expressions essentielles évoquent effectivement les notions suivantes :

Engagement institutionnel politique, mission de l'infirmière, obligation professionnelle, prise en charge globale de la personne.

Des soins réalisés dans toutes les dimensions, curative, préventive, palliative.

Fonctionnement pluridisciplinaire, action collective, coordination, transversalité, communication entre tous les territoires.

Ouverture avec l'extérieur, les professionnels libéraux, les associations.

Par contre les niveaux d'appropriation et d'intégration apparaissent bien différents. Si l'établissement A semble concrétiser largement dans ses pratiques de soins, et ses pratiques organisationnelles, les caractères de la démarche de prévention des établissements B et C ne se situent pas aux mêmes niveaux développements.

- **Des réalisations nuancées, une appropriation variable**

Pour l'établissement A, l'expression des acteurs est consensuelle. Il existe une homogénéité pour les caractères de la prévention retenus par les trois groupes de professionnels. Une lecture verticale nous permet aussi de dire que chaque groupe retient l'ensemble des caractères de la prévention. Pour cet établissement 26 fois sur 27 les caractéristiques de la prévention sont énoncées par l'expression de réalisations pratiques tous les acteurs interrogés de la place où ils se situent disent la même chose.

Une seule réponse est divergente, il s'agit de celle du médecin référent qui pense que l'ouverture de l'hôpital n'est pas réalisée et que celle-ci passe nécessairement par un positionnement dans une organisation plus large et plus externe en réseau. Il s'exprime ainsi : « ***il reste beaucoup de travail pour échanger avec les autres structures, des liens doivent être tissés, il faut réaliser de véritables coopérations formalisées*** ».

<p>Cette lecture nous autorise déjà à pressentir que l'appropriation de la prévention est une réalité.</p>

Pour l'établissement B, seulement 3 fois⁸³ sur 27 les items cités sont exprimés en terme de réalisation, de concrétisation dans l'établissement, **tandis que pour la moitié des caractères de la prévention repérés dans les discours ceux-ci sont verbalisés en terme d'amélioration à produire.**

La pluridisciplinarité est évoquée en terme de réalisation une seule fois sur trois. Il est intéressant de noter que seuls les cadres parlent de la pratique de cet aspect « **la pluridisciplinarité est essentielle, tous les jours dans le service interviennent des kinésithérapeutes, des assistantes sociales** », « **chez nous dans le service, le médecin écoute et travaille avec tous les professionnels, chacun à sa place tout le monde ne peut pas tout faire** ». Ceci n'est pas surprenant de la part de ces professionnels compte tenu du rôle qu'ils jouent dans leur position d'interface pour coordonner la prise en charge de l'hospitalisé.

D'ailleurs ce sont vraisemblablement les seuls acteurs qui produisent de la coordination et ce exclusivement sur un territoire limité, celui de l'unité de soins.

Cet état de fait est corroboré par le fait que le caractère « *action coordonnée, organisation cohérente* » appartient sur cet établissement aux dires des cadres et des référents au registre du souhaitable :

Les cadres disent : « *chacun sur son territoire **fonctionne sans s'occuper des autres**, souvent il arrive que deux activités pour un enfant se chevauchent, et puis les médecins en général avancent seuls sans s'occuper si ce qu'ils font est en accord avec notre travail* »

Les référents expriment : « ***il n'y a pas de coordination**, les soignants concernés ne savent pas vers qui se tourner, **chacun fait comme il veut**. Par exemple il y a des médecins qui donnent des **informations contraires immédiatement après ce qui a été décidé par d'autres** et on ne la sait pas, alors ça fait désordre* ».

La transversalité n'est exprimée par aucun professionnel, alors qu'il s'agit d'un aspect essentiel de déploiement d'une dynamique de prévention.

Ensuite on peut noter la faible ouverture de l'hôpital sur son environnement les acteurs citent :

Les référents : « ***Il faut dépasser le cadre de l'hôpital, il faut travailler à travers les réseaux, la prise en charge des grosses pathologies n'est pas coordonnée. Il n'est pas rare de***

⁸³ Par réponse lire un groupe de professionnels = une réponse

recevoir des enfants mal calmés parce qu'ici nous **n'avons pas passer le relais correctement aux professionnels libéraux**, nous n'avons pas l'habitude de travailler avec eux, dans une dynamique de prise en charge »

Globalement pour cet établissement la faible concrétisation des caractères de la prévention exprimée par les acteurs nous laisse à voir que l'appropriation d'une dynamique de prévention n'est pas optimale.

Pour l'établissement C, une seule réponse pour 27 exprime la réalisation d'un **caractère** de la prévention alors que beaucoup d'autres restent à développer et à concrétiser.

En effet 16 expressions des groupes infirmières, cadres et référents confondus **traduisent la nécessité de développer pratiquement tous les caractères de la prévention**, à savoir :

- l'engagement politique de l'établissement, la dimension d'obligation professionnelle de l'infirmière, la pluri dimensionnalité des soins, la pluridisciplinarité, et l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur.

On a aussi noté que la **dimension collective de la prévention et la caractéristique de coordination**, n'ont pas encore dépassé le stade de la conception.

La seule expression de réalisation est signifiée par le groupe des référents à propos de la transversalité. Ceci vient s'opposer au fait que les infirmières et les cadres n'évoquent pas du tout la transversalité dans les entretiens. Il apparaît légitime de penser, et nous le vérifions dans ce qui s'exprime, que les référents positionnés en transversal centrent leur discours sur la place qu'ils occupent dans l'institution et le fonctionnement qu'ils développent. C'est ainsi qu'ils disent : « **Nous opérons de manière transversale, chaque fois que nous le pouvons nous allons rencontrer les malades et les professionnels, et nous suivons les patients tout au long de son parcours dans l'hôpital si il est déplacé. Nous proposons des protocoles qui s'appliquent transversalement à tous les services. Nous démultiplions nos informations en traversant tous les services avec l'appui des correspondants, chaque fois que c'est possible nous intervenons sans forcément l'aval du chef de service, nous faisons sans lui** » « **La transversalité est primordiale pour la prise en charge de la douleur car c'est le caractère même de cette discipline qui croise toutes les autres, c'est complètement la même problématique que toute la prévention** ».

Il apparaît bien que l'expression de ce caractère de la prévention appartient ici dans la situation de ces acteurs à leur vision localisée, mais pour eux effectivement déclinée.

A part cette observation sur la transversalité, nous constatons aussi pour cet hôpital, que **la prise en charge globale de la personne est pratiquement inexistante** dans les entretiens, seuls les cadres expriment cette caractéristique qu'ils qualifient néanmoins à développer. La place du cadre induit très certainement une telle lecture compte tenu de sa dimension d'interface entre tous les acteurs et territoires de la prise en charge de l'hospitalisé. « **On est concerné par le patient tout au long de son chemin, on fait un entretien d'accueil le plus fréquemment possible, mais cela doit être mieux. Sa douleur est notée sur le dossier de soins pour tous les professionnels qui interviennent près de lui dans l'hôpital. On est pour le malade en relation avec les assistantes sociales pour sa sortie et pour organiser aussi ses déplacements dans d'autres établissements** » « **On essaie de travailler au développement de soins qui rentrent dans la réalité de vie du malade, on veut dépasser le fait de rester centré sur la maladie** ». « **Si le malade à besoin, en tant que cadre, je préconise le recours à d'autres professionnels de l'hôpital pour répondre au mieux aux besoins qui sont les siens** ».

Les entretiens nous montrent que dans cet établissement l'appropriation de la prévention est peu perceptible.

Entre ce qui reste à développer, ce qui est de l'ordre de la conception et les caractéristiques non retrouvées, ce sont beaucoup d'éléments qui caractérisent une très faible appropriation.

A l'issue de cette première étape d'analyse nous percevons que si les professionnels caractérisent plutôt bien la prévention nous mettons aussi en évidence les différences d'appropriation. Les trois établissements enquêtés ne présentent pas des niveaux de développement identiques.

A présent nous allons nous attarder sur ce que des professionnels engagés dans la lutte contre le tabagisme, expriment comme caractéristiques importantes à retenir pour intégrer cet axe de prévention à l'hôpital

5.1.2 La lutte contre le tabagisme, une déclinaison hospitalière à investir

Pour les rencontres que nous avons pu établir avec des acteurs sur le terrain, les contacts que nous avons obtenus l'ont été par le biais d'appels téléphoniques auprès d'associations et, par le bouche à oreille. Peu de concrétisations existent dans ce domaine, ceci nous ayant

été confirmé par le médecin tabacologue de l'établissement qui relie cette situation à l'incitation financière très récemment initiée par les pouvoirs publics (2ème semestre 2001).

- **Des réalisations difficiles à cerner et parcellaires...**

- Des précisions sur notre prospection

- Les professionnels rencontrés dans les Centre Hospitaliers Universitaires.

Au siège administratif du CHU 2 **nous avons pu nous entretenir avec un médecin de santé publique chargé de l'élaboration de l'axe santé publique du projet d'établissement et d'objectifs du contrat d'objectifs et de moyen.** Nous avons été guidé pour rencontrer cet acteur par le Directeur de la Commission Centrale du service de Soins Infirmiers.

Pour cette institution la lutte contre le tabagisme n'a pu être organisée, mais une réflexion est en cours. L'entretien avec ce médecin qui a porté sur les difficultés à établir un consensus pour une ligne politique commune et partagée dans la lutte contre le tabagisme, nous a permis à travers son discours de pointer les éléments primordiaux à retenir pour développer un axe de prévention à l'hôpital.

Au siège administratif du CHU 1, nous avons rencontré un **médecin de santé publique tabacologue inscrit dans la structure de délégation à la promotion de la santé et à l'action médico-sociale à la direction de la politique médicale.** Nous avons rencontré ce professionnel accompagné d'une infirmière affectée à ses côtés, sur les conseils d'un médecin tabacologue d'un Centre Hospitalier que nous avons aussi interviewé. **Au CHU 1 une dynamique de promotion de la prévention est concrétisée, mais il a été très difficile, dans le contexte du travail que nous avons à conduire et ce surtout du fait des limites de temps, d'en appréhender l'ampleur et la diffusion.**

Auprès de ce médecin, qui développe des actions au niveau central à travers le management du comité central de lutte contre le tabagisme structuré sur la base du texte d'avril 2000 et, qui est positionné comme référent politique, nous avons recueilli ce qui est essentiel à retenir pour diffuser une politique de prévention.

- **Dans un centre hospitalier parisien,** nous avons conduit un entretien auprès d'un cadre infirmier supérieur affecté à une unité de **tabacologie essentiellement centrée jusqu'alors sur des consultations de sevrage et sur l'organisation de**

jours hôpital sans tabac en lien avec le réseau hôpital sans tabac et la M.N.H⁸⁴. Ce professionnel a pour particularité d'avoir été affecté sur le poste de tabacologie directement par le Directeur de l'établissement et de travailler en direct avec lui, **sans référence au Directeur de soins. D'ailleurs celui-ci, n'est pas parti prenante dans la prévention du tabagisme**. Après de ce cadre qui nous a surtout relaté son expérience nous avons recherché ce qui pouvait nous aider à mettre en place une dynamique de prévention.

- **Enfin nous avons, sur l'établissement C** préalablement présenté, rencontré un praticien hospitalier affecté sur un poste à mi-temps de tabacologie, ainsi que le Directeur des soins. Nous avons aussi choisi de rencontrer un médecin chef de service de pneumologie pour essayer de repérer comment pouvait s'établir une dynamique de prévention en lien avec une discipline clinique très concernée par le tabagisme.

Sur cet hôpital la lutte contre le tabagisme débute et, pour l'instant, seules les consultations de sevrage fonctionnent. Des pistes de travail sont en cours pour développer l'implication de tous les professionnels de l'établissement.

- **Mais des repères essentiels à investir pour une réalisation**⁸⁵

Repères procurés par les entretiens (à partir des expressions de nos interlocuteurs)	Médecin CHU 2	Médecin tabacologue et IDE CHU 1	Cadre Sup. formé à la tabacologie CH Paris	Méd tabacologue C	Méd Pneumo C	DSSI C	TOTAUX
Mission de tous les professionnels, volonté et motivations professionnelles indispensables	X		X	X	X		4
Projet porté par toute l'institution, par tout le monde. Utiliser les structures	X	X	X	X		X	5
La démarche infirmière est un support fondamental. Le rôle propre confère toute sa place à la prévention et à la lutte contre le tabagisme	X	X		X		X	3
Tous les professionnels doivent être compétents pour prévenir le tabagisme et pour donner les conseils minimaux aux fumeurs. A l'initiative de tous, médecins, kinés, diététiciennes, ergothérapeutes, psychologues etc....		X	X	X			4
Les infirmières sont les oreilles de la médiation.					X		1
Mission de l'infirmière.		X	X	X		X	4
Rôle essentiel des cadres d'unités de soins		X				X	2

⁸⁴ Mutuelle Nationale des Hospitaliers

⁸⁵ Annexe 6 : Tableaux de synthèses des entretiens concernant la tabacologie

Réalisation difficile dans un environnement curatif.	X			X			2
Une prise en charge globale de la personne. La vie du malade débute hors des murs et se poursuit hors des murs.		X	X			X	4
Travailler en complémentarité, en collaboration		X	X		X		3
La prévention dépasse le seul cadre soignant. Pluridisciplinarité		X		X			3
Ne pas s'inscrire dans la polémique. Respecter les résistances	X	X	X	X			4
Nécessité d'acteurs de liaisons reconnus par le plus grand nombre. Le Directeur des soins a un rôle fondamental à jouer. Il est vecteur de collaboration	X	X				X	8
Une fonction d'expertise positionnée transversalement est essentielle	X		X	X		X	4
La mise en commun, la coopération est primordiale. Mettre les acteurs en présence. Organiser des partenariats. Susciter le débat, les échanges		X	X	X	X	X	7
Saisir toutes les opportunités		X		X			2
Etre inventif		X					1
Transversalité	X		X	X			3
Une question de temps	X		X	X		X	4
Ouverture sur l'environnement externe	X	X				X	3

Cette retranscription de l'essentiel des messages dont nous ont fait part les professionnels rencontrés, effectuée par consolidation des expressions récurrentes, nous fournit les caractéristiques prédominantes de la prévention. ,

Ce qui est attendu par les professionnels plus spécifiquement engagés recouvre ce que nous avons retenu de la prévention dans le cadre conceptuel du travail.

« Projet institutionnel, mission de tous, démarche infirmière et rôle propre essentiels, prise en charge globale de la personne, complémentarité, pluridisciplinarité, des acteurs de liaison, place fondamentale du Directeur des soins, expertise transversale, coopération, partenariat, transversalité, ouverture ».

5.2 TROIS ETABLISSEMENTS, TROIS NIVEAUX D'INTEGRATION DE LA PREVENTION

Sur la base de l'analyse globale de la réalisation et de l'appréhension de la prévention par les professionnels des trois établissements enquêtés nous allons à présent exploiter la dynamique existante dans chacun des établissements, pour tenter de comprendre les phénomènes de différenciation à l'œuvre.

5.2.1 L'expression des différents niveaux d'intégration de la prévention, la singularité de chaque établissement

- **Etablissement A : La prévention est intégrée**
 - **Un professionnalisme infirmier affirmé et décliné**

L'optimisation du rôle propre de l'infirmière est une mission conférée aux cadres pour leurs unités. Toutes les catégories professionnelles nous ont fait remarquer que les soignants non médicaux sont le moteur principal des actions de lutte contre la douleur et de prévention à l'hôpital.

- Les infirmières disent : « *...la démarche de soins intéresse beaucoup les médecins pour l'esprit de la prise en charge qu'elle sous tend* ». « *Les kinésithérapeutes nous demandent si on a fait un recueil des besoins du malade, c'est la même chose pour les assistantes sociales, on est de plus en plus sollicitées par nos collègues non infirmières pour la connaissance des malades* ».
- Toutes les catégories s'accordent aussi pour mettre en évidence que le professionnalisme est une des clefs de l'intégration de la prévention. A plusieurs reprises nos interlocuteurs nous ont exprimé « *chacun dans son métier, tout le monde a sa place si il sait se positionner* », « *des infirmières qui restent des bonnes infirmières c'est à dire qui recueillent les besoins des patients, qui prennent en considération toutes les dimensions du soin , qui s'intéressent aux modes de vie, à la qualité de l'alimentation, etc....sont des vraies professionnelles, sur qui on peut compter et qui contribuent a une prise en charge adaptée du patient* »
- Les référents disent aussi : « *les infirmières en entraînant les autres acteurs dans la réalisation et l'utilisation de supports de transmissions de soins partagés sont valorisées par leurs collaborateurs* ». « *Les transmissions ciblées sont bien adoptées dans la maison, ceci est aussi très facilitateur et professionnel* ».

Les explications, les détails donnés dans les entretiens sont nombreux et tout ne peut être transmis. L'aspect de professionnalisme est très fortement évoqué dans les interviews, la place et le rôle des cadres d'unités sont aussi qualifiés de très influents pour cela. Les infirmières, les cadres d'unités et les référents sont tous d'accord pour dire : « *le cadre est le moteur, il mobilise pour une philosophie de soins ' le malade au centre', il donne le sens des activités, leurs finalités* ».

➤ Une action collective déployée

La prise en charge de la douleur est collectivement intégrée, cet objectif du projet d'établissement est un objectif aussi précisé par le projet de soins infirmiers, mais est aussi un objectif des unités de soins qui ont élaboré des projets de service. **Tous les niveaux de projet ont été investis de cet axe de travail.**

Les discours sont assez parlant :

- Au niveau du service de soins infirmiers, les cadres expliquent qu'un état des lieux sous forme d'audit a ouvert le chemin, *« nous avons procédé en plusieurs étapes, une première a été consacrée à un audit des pratiques. Celui-ci a été suivi sur le constat de déficits par la mise en place de deux axes forts, développer la pratique d'évaluation des besoins du patient et de sa douleur, et développer l'appropriation d'outils partagés par tous, les adapter, les réajuster ».*
- Les cadres disent aussi que les médecins sont de plus en plus demandeurs de mises en commun pour des situations de patients difficiles et pour l'apport des observations et remarques infirmières.
- Les infirmières expliquent que l'adhésion à la lutte contre la douleur est collective *« il n'y a pratiquement plus de problèmes d'adhésion de la part de qui que ce soit, tout le monde est sur la même longueur d'onde ».* *« Ceci est vrai pour les infirmières, pour les aides-soignantes, mais aussi pour les internes, pour les médecins ».* *« Nous n'avons pas de soucis la préoccupation est collective ».*
- Au niveau plus institutionnel les référents disent : *« à chaque fois que nous rencontrons des initiatives collectives, même si nous ne les avons pas imaginées, nous les soutenons, et surtout lors de rencontres, de réunions nous les valorisons. Tous les développements pertinents sont présentés au groupe présent et quelquefois réinvestis, c'est ce qui s'est passé pour la réalisation d'ateliers douleur ».*

Pour cette facette aussi de mise en œuvre de la prévention les cadres sont cités par tous les professionnels : *« Le cadre est un animateur à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité ».* *« Les cadres sont prépondérants pour l'implication collective et la collaboration avec les médecins ».*

➤ **Une authentique dynamique de coopération est à l'œuvre**

La coopération se perçoit tout à fait bien à travers l'expression de toutes les catégories professionnelles, chacun exprime qu'il n'est plus possible au centre hospitalier de penser tout faire seul et de rester replié sur son territoire géographique ou sur son territoire d'expertise. Le malade est au centre d'une prise en charge c'est le discours ambiant.

- Les infirmières nous exposent leur place dans des groupes de travail et des interventions hors des murs de leurs services « *je suis correspondante douleur pour mon service, mais je peux intervenir à la demande du cadre ou des infirmières du service d'à côté sans problème en cas d'absence des correspondants* ». « *L'atelier douleur nous permet aussi de créer des alliances avec des professionnels mieux formés que nous, si nous avons besoin nous pouvons les contacter pour répondre à un soucis particulier, ou a un problème difficile à résoudre* ».
Elles expliquent aussi qu'elles sont habituées à travailler avec leurs collègues des autres unités et secteurs par les remplacements inter services mis en place depuis quelques années. « *C'est une bonne chose pour développer la coopération nécessaire à la prévention que de pouvoir aller travailler dans d'autres services depuis que la mobilité existe sur le centre hospitalier* ».
- Les cadres de chirurgie expliquent que la collaboration, voire la coopération, sont facilitatrices dans la mise en place de protocoles d'évaluation des besoins et d'évaluation de la douleur, mais « *cela est aussi très vrai pour les besoins en matériels, depuis les formulaires communs, identiques pour tous, mais aussi pour les pompes à morphine ou pour le recours au médecin de l'unité voisine en cas de nécessité lors de l'absence du responsable médical du service* ». « *Tout ce qui se passe au niveau des échanges nous fait gagner du temps et est bénéfique pour le malade, car il faut pas oublier que c'est pour lui que nous faisons tout ça, en tout cas ici c'est notre fil conducteur* ».
- Les référents expriment l'éloignement significatif de problématiques de fiefs médicaux. « *Les médecins coopèrent de mieux en mieux, ils se rendent bien compte qu'ils ne peuvent plus faire seuls, et puis la demande des patients évolue..* ». « *Certains nous disent le modèle de coopération pour nous c'est un peu celui des soignants non médicaux, ils ont moins d'animosités entre eux et le patient en bénéficie* ». « *Les médecins reconnaissent aussi plus volontiers l'intérêt de coopérer pour mieux organiser la prise en charge des malades, on a l'impression disent –ils*

qu'ils sont mieux pris en charge, il y a moins de retours inutiles ». « Dans les groupes il n'est pas rare de voir des travaux conduits par les cadres et les infirmières avec une participation médicale, entre plusieurs services cela marche pas mal... »

➤ **Les prémices d'une ouverture de l'hôpital sur l'extérieur**

Malgré le discours presque idéaliste du référent douleur, les autres catégories d'acteurs estiment que de nombreuses réalisations sont manifestes d'une certaine ouverture de l'hôpital en direction des professionnels extérieurs à l'institution et associations de patients.

- Les infirmières rapportent les échanges de plus en plus fréquents avec les infirmières libérales ou des centres de soins, mais aussi avec les services sociaux des municipalités. *« Nous savons que notre hiérarchie nous permet de contacter les structures de soins ou sociales utiles au patient pour sa sortie aussi c'est très souvent que nous y avons recours, et cela se passe plutôt de mieux en mieux ». « Maintenant ce qui est bien, c'est que nous connaissons des infirmières ou des centres de soins qui peuvent nous aider, amis surtout aider le malade si il peut rentrer chez lui, les démarches sont plus simples qu'avant ». « Même les médecins ont bien compris l'intérêt de mieux travailler avec les services extérieurs parce que le malade est plus content et puis c'est plus de sécurité pour sa prise en charge ». « Tout cela est bon pour la douleur, mais ça marche pour beaucoup d'autres situations »*
- Les cadres expliquent que des ressources à l'extérieur de l'hôpital peuvent être et sont utilisées *« par exemple nous avons amélioré nos documents explicatifs pour l'accueil des patients grâce aux associations de soins palliatifs et de lutte contre le cancer ». « Nous avons pu faire un livret d'accueil un peu plus attractif et plus adapté avec l'aide d'assistantes sociales de la ville ». « Les journées professionnelles organisées par nous sont ouvertes largement à l'extérieur »*. Les exemples de recherche et d'existence d'ouverture sont nombreux pour cet établissement.

Ainsi se présente l'animation qui officie sur le site A dans le développement de la prévention. L'expression des professionnels rencontrés nous paraît significative d'une authentique dynamique. Celle-ci repose sur, une bonne connaissance du patient, elle se traduit par des soins qui dépassent largement la dimension curative et un bon niveau de partage, de collaboration et de coopération. La problématique du cloisonnement n'apparaît pas dans le discours.

- **Etablissement B : La prévention en mal d'intégration**

Sur ce site nous avons repéré initialement que ce qui caractérise la prévention devait pour l'essentiel être mieux développé. Quelques pistes d'amélioration attendues exprimées par les acteurs interviewés sont significatives de ce qui anime le développement de la lutte contre la douleur dans l'institution.

- **La prévention, une mission de l'infirmière à faire vivre**

En effet, si toutes les catégories de professionnels s'accordent à dire que les infirmières occupent une place essentielle et importante dans l'axe de la lutte contre la douleur dans l'établissement, il s'avère aussi que des difficultés sont encore à résoudre.

- Les infirmières expriment que l'accueil du patient avec le recueil des besoins doit être réalisé à chaque entrée et ne doit pas rester dans le registre de l'exception ou réservé à des profils de malades particuliers. « *La prise en charge de la douleur, demande une bonne connaissance du patient, trop souvent nous travaillons encore sans recueil de besoins, il faut s'améliorer* ». « *Les transmissions ciblées nous aident bien, mais tout le monde ne les utilise pas alors l'enfant ne peut pas avoir une bonne prise en charge* ». « *Trop souvent l'infirmière s'occupe surtout de la maladie et est plus intéressée par la recherche comme le médecin qui écrit des articles et publie* ». « *On ne met pas assez en œuvre notre rôle propre, la douleur ce n'est pas que le traitement médical* ».

- Les cadres évoquent le retard pris dans le développement d'outils infirmiers : « *parce que nos outils soignants sont pas assez performants, nos actions vis à vis de la douleur, ne sont pas suffisamment adaptées* », « *nous travaillons à une amélioration des supports d'évaluation des besoins et de la douleur, amis cela va doucement et puis le rôle propre de l'infirmière n'est pas assez investi à mon sens* ». Un autre cadre nous dit encore « *on a du travail pour s'améliorer en tant que professionnelles, nous sommes encore trop médicales et pas assez dans tous les aspects du soin* ».

A propos de la prise en charge globale du malade il reste aussi des choses à améliorer disent les cadres : « *la prise en charge globale, ce n'est pas du travail en binôme, ce n'est pas cela non plus le travail en collaboration* ».

- Le référent non médical tient le même discours et il dit : *« la qualité du rôle de l'infirmière fait appel à l'anthropologie, il faudrait tendre vers cette approche. Ici nous devrions développer ce sens pour nous améliorer dans la prise en charge plus communautaire des enfants »*.
- Le référent médical ne s'exprime pas ainsi, il est dans une situation de « combat » avec la prise en charge de la douleur et il dit *« le rôle propre de l'infirmière occupe une place importante chez nous »*. Ce discours remis dans la dynamique globale qui officie sur l'hôpital B s'explique non par une bonne connaissance du rôle propre mais plus par le contexte d'animosité en présence, ce que nous verrons par la suite.

➤ **Une vision, un sens collectif, institutionnels à promouvoir**

Cet aspect pratiquement perceptible dès la conduite des entretiens est facilement dévoilé par la lecture croisée des discours des différents acteurs.

- Les infirmières évoquent exclusivement l'axe de prise en charge de la douleur dans le projet d'établissement *« oui c'est un projet d'établissement, on le sait bien il y a eu beaucoup de formations dans ce sens »*. Elles expliquent bien aussi que la prise en charge de la douleur est dépendante de la personne du médecin chef de service, il n'existe pas d'approche commune : *« la douleur est bien prise en charge en post-opératoire mais il n'y a pas de travail préparatoire organisé, chacun fait comme il veut avec son médecin dans son service »*. *« On est dans un système d'équipe, on se bouge si tout le monde se bouge sinon on ne fait rien »*. *« Travailler sur un dossier de soins pour infléchir son amélioration ce n'est pas du travail pour certains... »*. *« il est difficile de faire du travail partagé ici, chacun reste sur sa position et ne reconnaît pas bien que des choses pourraient être identiques pour tous les professionnels et les services »*.

Le cadre d'unité, est surtout cité en tant que courroie de transmission plutôt que, porteur et moteur d'une dynamique professionnelle collective. *« Il y a trop de hiérarchie, le cadre ne peut pas faire les choses, l'humanité est perdue entre nous et les gens du dessus' »*.

- Les cadres expriment qu'il vaudrait mieux travailler à développer une dimension collective pour une meilleure prise en charge de l'enfant plutôt que de passer beaucoup de temps à de la théorie, *« les groupes fonctionnent mal parce qu'on y fait trop d'apport de connaissances et on n'écoute pas les préoccupations des »*

professionnels, leur soucis de mieux travailler ensemble n'est pas entendu. » »Pour la mise en place de grilles d'évaluation de la douleur, il faut travailler en collaboration avec les médecins et cela n'est pas fait, ils ne sont jamais venu aux formations douleur avec nous ».

- Les référents quand à eux expriment l'insuffisante implication des médecins dans le développement de la prise en charge de la douleur *« les médecins sont insuffisamment moteurs, ils n'inscrivent pas cet axe de prévention dans les projets médicaux et de services » « seul le cadre infirmier supérieur pourrait être à même de faire plus de collectif. »*

➤ **Un décloisonnement difficile mais attendu**

- Les infirmières expriment qu'il y a de l'intérêt pour une meilleure prise en charge de l'enfant à ce que la mobilité entre les services se développe : *« les échanges entre les soignants pour différentes raisons ont toujours été bénéfiques », « nous avons pu nous rendre compte que l'expérience de nos collègues bénéficient à l'équipe, mais surtout au malade », « il reste beaucoup d'efforts à faire de la part des hiérarchies pour que ça marche mieux ».*

Le cloisonnement est surtout évoqué en terme de difficultés par les référents.

- Le référent médical dit explicitement que la lutte contre la douleur est : *« Un combat usant, la guerre des moulins, de la lenteur pour évoluer vers une communication et une collaboration plus ouvertes ». « Les priorités ne sont pas forcément les mêmes pour tous, c'est un peu la guerre des féodalités », « l'absence de remise en question des anciennes infirmières est un frein au décloisonnement ». « Le référent est du fait de sa fonction le seul vecteur de transversalité, mais cela reste exceptionnel et ne crée pas la dynamique nécessaire ».*
- Le référent soignant qui est un cadre supérieur de santé infirmier privilégie par ce qu'il évoque, une pluridisciplinarité géographiquement limitée. Ce professionnel situe l'essentiel de son action au niveau des services : *« les conseils de service, les réunions de service sont efficaces dans la prise en charge de la douleur grâce à l'influence du cadre infirmier supérieur et des autres paramédicaux comme les psychologues, mais cela n'est pas du fait des médecins... ».* Jamais cet interlocuteur ne parle de secteur plus étendu, de département alors qu'il est positionné pour coordonner plusieurs unités.

- Les cadres attendent du soutien des supérieurs hiérarchiques pour décloisonner réellement : *« il y a une évolution à faire dans la conception des soins, il faut faire tomber les barrières, construire des passerelles pour la définition de projets pour les enfants, aujourd'hui cela n'existe pas »*. *« Il n'y a pas de vraie communication entre les unités de soins, ce sont les cadres supérieurs et le Directeur des soins seuls qui font office de passerelles, nous n'échangeons pas beaucoup en commun de nos préoccupations pour développer des axes de prévention tel que celui de la douleur »* *« Il y a nécessité de trouver des moyens de synergie »*.

➤ **Une cohérence discutée, des acteurs de coordination à mieux identifier,**

A la fois pour ce site sont exposés des réalités d'un fonctionnement très hiérarchisé et dirigé, à la fois les discours mettent en exergue des difficultés de coordination.

- Le référent médical dit : *« Les soignants concernés ne savent pas vers qui se tourner, il y a un manque d'interlocuteurs »*. *« Les professionnels sont bien formés mais ils n'ont pas de recours possible dans leurs services quand ils ont des problèmes pour la prise en charge de la douleur, ils sont livrés à eux-mêmes et ne font rien ou ils manifestent leur mécontentement mais ne sont pas entendus »*.
- Les infirmières se plaignent de ne pas savoir qui coordonne pour la douleur parce qu'au sein de leurs unités c'est le chef de service qui donne le sens aussi, souvent il suit sa dynamique curative. Des besoins de relais et de soutien sont manifestes, les équipes soignantes expriment des manques. *« Il faut s'appuyer sur une équipe qui est prête et des gens qui ont envie »* dit une infirmière à propos de la dynamique médicale qui existe dans son unité, elle renchérit *« il faut savoir que l'on est épaulé c'est important, mais ici on ne le sent pas bien, et puis on n'a pas de supérieur pour prendre ce relais, cela pourrait marcher un peu mieux avec pas grand-chose de plus »*. *« L'encadrement est trop pressé par les supérieurs aussi les cadres véhiculent surtout des idées de la direction et peut-être trop théoriques et trop de discours, et pour le malade on ne sent pas trop les choses »*. *« On a l'impression de toujours devoir être sur le défensive, on n'apprécie pas la complémentarité »*.
- Les cadres déplorent le recours à un acteur extérieur pour accompagner les groupes de suivi de la douleur *« on a le sentiment qu'on nous enlève notre fonction de coordination, il serait bien de réfléchir si la coordination ne serait pas meilleure si elle*

était confiée aux cadres ». Un autre cadre d'unité dit : « nous avons la connaissance du terrain et nous savons peut-être mieux où il y a besoin d'agir pour faire en sorte de développer un fonctionnement plus cohérent ». « C'est nous les cadres au quotidien qui organisons les relations entre les différents partenaires pour coordonner les soins aux enfants aussi nous savons faire ».

Globalement ce que les professionnels rencontrés nous disent à propos du développement de la lutte contre la douleur sur ce site exprime une sensation de mal être et d'amélioration à réaliser. Ce qui se laisse surtout à voir se situe dans la difficulté de chacun à trouver le sens de ce qu'il réalise. A plusieurs reprises on a le sentiment que les dynamiques individuelles prédominent au détriment de dynamiques collectives centrées sur le malade, celui-ci n'apparaît pas comme étant la préoccupation au centre des activités déployées. La dynamique de prévention relève plutôt aux dires des professionnels de quelque chose qui serait de l'ordre de la combativité sur ce site

- **Etablissement C : La prévention une commande à honorer**

Sur ce site la lutte contre la douleur est à l'ordre du jour depuis quelques années mais il est difficile d'en appréhender sa concrétisation. Les professionnels par leurs expressions ne traduisent pas un investissement très incisif pour ce champ de la santé, ils sont dans des problématiques de fonctionnement de nature très bureaucratique à chacun sa tâche.

- **Une réponse à une préoccupation infirmière, une préoccupation difficile à partager...**

La lutte contre la douleur est un objectif du projet d'établissement, il fait référence aux préoccupations des soignants non médicaux qui ont émergées en 1994 dans l'élaboration du projet de soins.

- Le référent médical douleur dit : *« je dois mon poste à une nécessité observée des infirmières », « c'est grâce à cette catégorie de professionnels qu'au centre hospitalier on est conforme aux directives des pouvoirs publics »*
« La douleur devrait concerner tous les acteurs de l'établissement, mais elle reste le fait des soignants et des référents ». « Si des correspondants sont formés dans les unités de soins, ils sont seuls avec quelques cadres à prendre correctement la

douleur des patients en considération, les médecins ne manifestent pas de réelle implication ».

- Les infirmières expliquent qu'elles manquent d'interlocuteur médical et revendiquent l'absence de professionnel décisionnel pour mieux répondre aux besoins des patients : *« les problèmes relationnels avec les médecins sont aggravés lorsqu'on veut traiter de questions qui portent sur la douleur des patients ».* *« Le recours à l'infirmière référent n'est pas facile compte tenu qu'il s'agit d'une infirmière spécialisée (I.A.D.E) qui est très pro médicale et qui n'a pas beaucoup d'expérience des unités de soins ».*
- Les cadres sont tout aussi critiques vis à vis du fait que la douleur reste une affaire d'infirmières et de groupe professionnel infirmier, ils regrettent le non investissement des médecins et l'absence de valeurs partagées *« les médecins restent sur leurs prérogatives ils sont presque confortés dans la manière dont ils occupent leur place, il leur est peu renvoyé leur trop faible dynamique collective ».* *« La réalité des attentes du patient vis à vis de la douleur semble ne toucher que les soignants non médicaux, les médecins continuent à fonctionner comme il y a dix ans avec une attention toute concentrée sur la maladie et la connaissance médicale »*

Le discours des professionnels laisse à voir la faible, voire inexistante imprégnation de la globalité de la personne dans les soins aux malades.

➤ **L'illusion de la collaboration, des acteurs sous influence**

Sur l'établissement la collaboration est une affaire d'arrangement entre le Directeur des soins et les médecins, c'est un peu le règne du « matriarcat ». Tout est arrondi, lissé c'est ce que nous expriment les infirmières et les cadres, *« il faut en permanence montrer sa bonne entente avec tout le monde ».*

- Les cadres disent : *« on se demande quelquefois si c'est le climat ambiant qui prévaut sur la qualité de la prise en charge », « de toute façon on n'a pas beaucoup de lieux et de moyens pour exprimer nos difficultés de collaboration, car tout va toujours très bien », « il faut être serein pour avoir un bon climat de travail, pour bien réaliser ses soins ».*

- Les infirmières expliquent qu'il « *ne faut pas que des réalisations sortent de l'ordinaire* », « *quand quelquefois il nous vient à l'idée d'aller aider nos collègues d'un autre service cela n'est pas admis sans passer par tout un rituel de validations* ». « *La collaboration ne doit pas être le fait des professionnels du terrain, elle est téléguidée par nos supérieurs et les médecins* ». « *Il ne faut jamais être opposé aux valeurs qui ne sont pas les nôtres* » « *Quelquefois on voudrait échanger sur les besoins du patient, cela est très difficile sans interférence de nos supérieurs* »

Il apparaît à la lecture des entretiens que les professionnels ne disposent pas beaucoup d'autonomie et de marge de manoeuvre pour développer des systèmes de collaboration. Cela semble plutôt être du ressort de la hiérarchie infirmière, et plus précisément du ressort du Directeur des soins, souvent cité en tant que « nos supérieurs ».

➤ **L'expertise au détriment de la pluridisciplinarité**

La mise en valeur de la pluridisciplinarité est réalisée sur ce site en accroissant le nombre de professionnels dotés d'une expertise et en multipliant les expertises. La préoccupation institutionnelle en matière de formation se centre sur le développement de la spécialisation, et ce pour répondre à un soucis de positionnement « d'avant-garde » de l'hôpital. Les entretiens nous enseignent que la pluridisciplinarité est comprise et entendue comme étant le recours à un expert pour faire évoluer telle ou telle pratique. La pluridisciplinarité se présente sur ce site comme un concept théorique à valoriser, sans beaucoup de retombées opérationnelles.

- Les cadres racontent : « *la pluridisciplinarité oui, mais cela ne marche pas bien. Ça fait surtout bien et de l'effet dans les journées professionnelles organisées deux fois par an, tout le monde est invité, c'est très affectif cette affaire* ». « *Peu de choses sont partagées, il n'existe pas de fonctionnement organisé pour la prise en charge coordonnée du malade, pourtant c'est souvent qu'on doit avoir recours à d'autres professionnels* ». « *Le problème c'est aussi que nous sommes en tant que cadres les référents naturels par notre fonction, trop souvent nous sommes dépossédés de cela, le référent douleur qui est une infirmière anesthésiste est mise en avant pour tout, y compris pour de la coordination qui devrait nous revenir* ». « *L'expertise, la valorisation par la formation fonctionnent mieux que la réalisation concrète* ». « *Et puis il y a les chirurgiens qui savent tout, ou quelquefois quelques kinésithérapeutes qui se transforment en infirmières...* » « *Nous n'entendons pas tous le même sens pour la pluridisciplinarité* ».

- Les référents évoquent que la pluridisciplinarité n'est pas optimale, *« les chirurgiens ne sont pas suffisamment formés, pourtant ils ne nous appellent pas, ils travaillent seuls et parfois au désavantage du malade »* *« La connaissance de la chirurgie, du bloc opératoire confèrent pour quelques professionnels le savoir universel, il y a peu d'attention portée aux données du patient que communiquent quelques services »*. *« C'est un peu le règne de la science. »* Les infirmières expliquent pour quelques unes que les bons soins sont ceux qui sont techniques et valorisés par le médecin : *« la formation du patron nous aide bien à comprendre ses gestes et ce qu'il fait quand il opère »*. Une autre infirmière dit : *« c'est très important d'avoir les explications médicales pour agir sur la douleur, on n'en sait jamais assez », « d'ailleurs ce n'est pas pour rien si ce sont les infirmières techniques qui deviennent les référents douleur chez nous »*. *« Toutes les disciplines sont valorisées comme ça... »*

Le discours des professionnels évoque particulièrement bien que la dynamique de spécialisation prévaut sur une dynamique de pluridisciplinarité : *« à l'hôpital on est favorisé, c'est peut-être ce qui va le plus en avant »*.

➤ **Un patient à mettre au centre**

La réalisation des soins sur ce site est très centrée sur la pathologie et la technologie. Le discours ambiant exprime relativement faiblement la préoccupation pour le malade. Les cadres sont les seuls acteurs à être insistants sur cet aspect sinon les dires évoquent plus *« le prestige de la connaissance scientifique »*, la mise en avant du savoir est très sensible. Il existe une espèce de dynamique de représentation du faire valoir fondé sur le développement de l'expertise médicale et de la science.

Les infirmières parlent surtout des soins en faisant référence aux difficultés thérapeutiques, elles n'énoncent pratiquement jamais la place de leur rôle propre pour améliorer la situation des patients : *« ce sont surtout les aides-soignantes qui sont au plus près du patient et qui recensent les expressions douloureuses »*, *« il manque d'acteurs médicaux psychiatres pour la prise en charge de ce qui n'est pas dépendant directement de la pathologie organique, nous nous n'avons pas beaucoup de moyens »*. *« Ici on ne travaille pas assez avec la démarche de soins, on utilise encore trop peu les transmissions ciblées, on pourrait peut-être mieux faire »*.

Les référents sont très engagés dans la lutte contre la douleur aiguë et la douleur post-opératoire « *l'infirmière référent prend personnellement en charge les patients en préopératoire après le programme d'anesthésie quotidien, elle se centre sur les interventions les plus importantes* ». « *Nous intervenons fréquemment pour les pompes à morphine, et pour former les professionnels à l'utilisation de ces matériels* ». « *La douleur devrait mieux être appréhendée comme un tout, les infirmières ne sont pas assez du côté psychologique de la douleur* ». « *Quand il y a une divergence entre les professionnels médicaux et paramédicaux, celle-ci n'est pas exploitée par le niveau politique* ».

Les cadres dénoncent la prédominance de la volonté médicale. « *Rien ne facilite notre travail de conviction des équipes pour se centrer mieux sur le patient* ». « *Des outils plus infirmiers, plus en lien avec les besoins du patient, moins centrés sur les symptômes de la pathologie mériteraient d'être développés, mais le sens poursuivi n'est pas le même pour tous* ». « *Quelquefois on ne sait pas trop ce qui anime le monde professionnel* ».

Sur ce site les acteurs traduisent globalement par leurs expressions le fonctionnement de type encore très bureaucratique en vigueur. L'hyper spécialisation, le sens plutôt curatif des soins, la dominante médicale, la valorisation des professionnels fondés sur la bienveillance hiérarchique et l'animation de la complaisance semblent être autant d'obstacles à une évolution des pratiques centrées sur le patient. La dynamique de la prévention sur ce site apparaît limitée par la vision plutôt statique et théorique de l'organisation.

5.2.2 La dynamique d'intégration de la prévention, le constat d'une contingence au rôle du Directeur des soins.

La possible lecture, que nous avons retenue du rôle des Directeurs des soins dans le développement des axes de prévention dans leurs établissements respectifs, prendra appui sur les éléments clefs issus de l'analyse des entretiens des différents acteurs⁸⁶. Elle sera doublement éclairée, c'est à dire par ce que les professionnels nous rapportent du rôle qu'ils perçoivent du Directeur des soins dans le développement de l'axe de prévention mais aussi par la définition que le Directeur des soins donne lui-même à son rôle. Un tableau nous permettra de mettre en relation ces différents paramètres et de proposer un commentaire de la situation pour un réinvestissement dans notre fonction prochaine.

Nous pourrions établir qu'en lien avec les trois profils d'évolution de la prévention à l'hôpital précédemment repérés ce sont trois modes de management qui leurs correspondent.

⁸⁶ Annexe 7 : Tableaux de synthèses des entretiens concernant le rôle du Directeur des soins

- **Etablissement A : Le malade au centre, une coopération réussie**

<p>La prévention est intégrée</p> <ul style="list-style-type: none"> ☺ Un professionnalisme infirmier décliné ☺ Une action collective déployée ☺ Une dynamique de coopération à l'œuvre ☺ Un hôpital qui s'ouvre sur l'extérieur

Discours des infirmières	Discours des cadres	Discours des référents
<p>Le Directeur des soins est une ressource, un soutien à la dynamique d'évolution professionnelle :</p> <p>« un positionnement institutionnel, une valorisation des projets individuels et collectifs, un animateur de coopération et de transversalité institutionnel, un acteur influent sur le corps médical, une ressource, un créateur de réseau, une ouverture aux autres professionnels, kinésithérapeutes, psychologues, laborantins, diététiciennes etc.. »</p>	<p>Le Directeur des soins est un acteur de rassemblement et de cohérence :</p> <p>« une proximité avec le terrain d'exercice, de la présence aux réunions de travail, un lien, du liant, de la recherche d'uniformisation, un relais des cadres une interface, de la valorisation de tous les projets de formation, une ressource pour l'élaboration et la mise en place de lieux de rencontres, de groupes de travail, la valorisation de la pluridisciplinarité, un investissement de l'expression de tous les professionnels. »</p>	<p>Le Directeur des soins est un moteur pour la coopération :</p> <p>« un lien, de la coordination, de la stratégie d'alliance, un relais d'information, une ouverture à toutes les formes de travail ensemble ».</p> <p>Clef de voûte, fonction primordiale</p>

<p>Ce que dit le Directeur des soins de son rôle dans la déclinaison de l'axe de lutte contre la douleur</p> <p style="text-align: center;">☺ « Une politique de soins infirmiers avec le malade au centre ».</p> <ul style="list-style-type: none"> ☺ La recherche d'une collaboration multi et pluri professionnelle déjà ancienne, une politique d'ouverture étendue à tous les para médicaux (kinésithérapeutes, diététiciennes, laborantins, manip radio,..) ☺ Une action du Directeur des soins dans sa position d'interface entre les différents partenaires, médecins, infirmières, cadres d'unités, cadres supérieurs. ☺ Développeur du sens du projet, véhicule de la volonté politique institutionnelle. ☺ Producteur de moyens de coopération et d'échanges, créateur d'alliances avec les professionnels médicaux ressources. ☺ Dynamisation des cadres centrée sur la fonction soin. ☺ Politique de développement du rôle propre dans un esprit professionnel. ☺ Ouverture, par la formation, par des implications pédagogiques extérieures. ☺ Soutien aux initiatives, au volontariat, ☺ Accompagnement des innovations.

Le construit ainsi produit est traducteur d'un rôle adapté du Directeur pour la réalisation de la prévention par les professionnels hospitaliers.

Le Directeur des soins suit une ligne qui favorise le développement de toutes les dimensions du soin. Il anime une politique de soins centrée sur le patient par la dynamisation de l'encadrement sur la fonction soin et par l'accent qu'il met sur le rôle propre de l'infirmière. La prise en charge du patient prend une dimension de globalité.

Mais aussi le Directeur de soins développe et les expressions en témoignent largement une politique d'échanges, de collaboration de partenariat et d'innovation propices à l'ouverture incontournable pour l'intégration de la prévention.

Le système qui officie sur ce site apparaît complètement conforme avec la promotion attendue de la prévention. Le rôle décliné du Directeur des soins est cohérent avec les caractéristiques de la prévention exprimées dans les entretiens, il valide le niveau d'appropriation et d'intégration qui a pu en ressortir.

Nous retrouvons dans l'exercice du Directeur de soins sur ce site un mode de management qui correspond au management de la complexité tel que D. Genelot⁸⁷ nous en fait part :

Le système de représentation exprimé est en adéquation avec ce qui est réalisé, les finalités dominant les structures, les interactions constituent le cœur de la dynamique, les antagonismes ne sont pas relevés etc.

⁸⁷ GENELOT Dominique – Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants – INSEP Editions, Paris, 1998.

- **Etablissement B : Le corporatisme au centre, une coopération en souffrance**

La prévention en mal d'intégration

- ☹ La prévention une mission de l'infirmière à faire vivre
 - ☹ Un sens collectif à promouvoir
 - ☹ Un décloisonnement difficile
 - ☹ Une cohérence discutée

Discours des infirmières	Discours des cadres	Discours des référents
<p>Le Directeur des soins affirme sa place hiérarchique, il est trop distancié du terrain :</p> <p>« un positionnement trop hiérarchique, une distance relationnelle très importante avec les soignants, plus de proximité attendue, un exécutant de la direction ».</p>	<p>Le Directeur des soins exerce beaucoup de directivité :</p> <p>« missionne les cadres pour une fonction relais, plus de disponibilité attendue ».</p>	<p>Le Directeur des soins incarne le pouvoir soignant, il supervise par la législation et la réglementation.</p> <p>« exerce une force sur les équipes de soins, un soutien fort du projet par la valorisation du travail infirmier, une politique serrée de suivi et d'évaluation, influence fortement par son positionnement hiérarchique ».</p>

Ce que dit le Directeur des soins de son rôle dans la déclinaison de l'axe de lutte contre la douleur

☹ « **Une incitation forte pour des objectifs et finalités partagés.** »

« **Valeurs professionnelles fortes, un pouvoir infirmier fort, une force d'opposition au dictat médical.** »

- ☹ « **La directivité** est essentielle, le cadre infirmier est une balise autoritaire ».
- ☹ « La prévention c'est du **suivi et du contrôle** et de la valorisation de tout ce qui n'est pas curatif ».
- ☹ « **Des audits de pratiques** pour des outils d'évaluation harmonisés, systématisés ».
- ☹ « Une **communauté de cheminement par un management collectif** ».
- ☹ « Une autonomie professionnelle par une **cohésion des cadres et du corps professionnel infirmier** ». « Solidarité et mutualisation pour le corps professionnel ».
- ☹ « **Arbitrage et pression, une ambition pour le soin** ».

L'expression du système en place présenté par le tableau de convergences ci-dessus est bien différente de A.

En effet si la conception de la prévention extraite des entretiens apparaissait initialement conforme à l'attendu, la poursuite de l'analyse a confirmé l'existence de déficits à combler. Nous avons successivement pu mettre en évidence un certain nombre de

difficultés qui corrélées au rôle perçu et exprimé du Directeur des soins nous permet de proposer une explication des phénomènes qui font obstacle à l'intégration de la prévention.

En référence à la structuration bureaucratique de l'hôpital nous pouvons remarquer que le Directeur des soins habituellement situé au niveau de la technostructure donc en position de vecteur entre le centre opérationnel et la Direction, n'est pas en situation de jouer ce rôle sur son site. En effet son éloignement du terrain, son manque de disponibilité pour les cadres et la dynamique technocrate et corporatiste qui l'anime ne sont pas facilitateurs pour donner la cohérence nécessaire à la déclinaison d'un axe du projet d'établissement.

Par ailleurs une lecture selon le concept de « différenciation-intégration » traité par M.Cremadez⁸⁸ nous fournit une explication des déficits de coopération qui sont autant de freins à l'intégration de la prévention. A l'hôpital la différenciation entre le corps médical et le paramédical est historique et culturelle elle s'estompe mais demeure néanmoins. Il se trouve que dans la situation présente les professionnels nous confirment totalement cela. Ce phénomène est de plus particulièrement exacerbé, le Directeur des soins l'influence notoirement, c'est ce qui ressort du discours sur son rôle. Dans un contexte de développements de lignes politiques, de projets à dimension institutionnels il a été démontré que la différenciation qui peut être source d'efficacité devient un obstacle majeur à la collaboration. Le renforcement de la différenciation par la forte prégnance du corporatisme infirmier empêche le service infirmier de collaborer avec les autres. L'intégration qui a pour objectif de répondre à la différenciation pour la compenser par une égalité de forces s'avère effectivement totalement compromise par la politique qui sous tend le positionnement du Directeur de soins dans cet hôpital. M. Crémadez nous dit que plus une organisation, en l'occurrence ici il s'agit du service infirmier, est différenciée moins elle a de facultés à collaborer avec les autres. Le Directeur des soins, qui est structurellement positionné pour jouer le rôle « d'homme de liaison », pour mettre en communication les différentes logiques, freine le système dans la situation présente. Par ailleurs son implication au titre de gestionnaire du service infirmier, semble ne pas faciliter non plus l'appropriation de la prévention, eu égard au fonctionnement très directif qui anime son exercice. Les professionnels de son champ d'expertise ne s'y retrouvent pas. Il semble à travers les expressions des soignants qu'il existe un certain déséquilibre du système, les discours relèvent un peu du registre de la plainte et du mécontentement. Ceci ne facilite pas la motivation et la conviction nécessaires à l'ouverture des esprits et à l'évolution attendue des pratiques.

Si la mesure des évolutions à produire pour l'appropriation et l'intégration de la prévention a bien été traduite par les entretiens des professionnels, le rôle du Directeur des soins est peut-être à réajuster pour y parvenir.

- **Etablissement C : La conformité au centre, une coopération en réflexion !**

<p>La prévention une commande à honorer</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ La prévention une préoccupation infirmière difficile à partager <ul style="list-style-type: none"> ⊗ L'illusion de la collaboration ⊗ L'expertise au détriment de la pluridisciplinarité ⊗ Un patient à mettre au centre

Discours des infirmières	Discours des cadres	Discours des référents
<p>Le Directeur des soins est un promoteur de la spécialisation :</p> <p>« facilitateur pour la formation, collaborateur des médecins, développeur d'expertise ».</p>	<p>Le Directeur des soins est une ressource pédagogique et méthodologique :</p> <p>« facilitateur méthodologique, référent méthodologique du C.L.U.D, garant de la législation, évaluateur des outils et supports infirmiers, plus value pédagogique, gestionnaire des formations ».</p>	<p>Le Directeur des soins acteur politique de la réussite et du faire valoir :</p> <p>« un professionnel en symbiose avec le référent médical, développe une stratégie d'investissement professionnel fondée sur la formation, diffuseur de la réussite ».</p>

<p>Ce que dit le Directeur des soins de son rôle dans la déclinaison de l'axe de lutte contre la douleur</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ « Réponse aux attentes d'un groupe professionnel et à une préoccupation citoyenne ». ⊗ Philosophie professionnelle en lien avec le rôle propre de l'infirmière qui est promue par le projet de soins infirmiers. ⊗ Une politique de démultiplication des connaissances pour faciliter, la nécessaire adaptation des pratiques. ⊗ Facilitateur pour des formations visant à la spécialisation d'infirmières pour la lutte contre la douleur ⊗ Facilitateur d'une politique de collaboration entre le corps médical et les infirmières experts. ⊗ Une préoccupation de convergence avec le corps médical.

⁸⁸ CREMADEZ Michel, GRATEAU François - Le management stratégique hospitalier InterEditions 1992. 317 pages

Cet établissement nous offre un troisième modèle de fonctionnement du Directeur des soins. Celui-ci étant aussi corrélé aux niveaux, d'appropriation et d'intégration de la prévention préalablement constatés pour cet hôpital. Les professionnels ont pu nous montrer avec leurs mots que les caractères et le sens qu'ils donnaient à la prévention étaient très proches de l'attendu, mais ils nous ont aussi laissé à voir les difficultés de concrétisation.

La coopération est difficile, mais l'hyper spécialisation qui est un facteur propice au cloisonnement apparaît ici comme un moteur de la dynamique de fonctionnement. Tout ce qui est dit dans les entretiens nous fait percevoir que la promotion de l'expertise est dominante dans l'organisation. Le rôle du Directeur des soins ne paraît pas sans influence sur cette situation. En effet son expression traduit une ligne politique favorable à la promotion de la connaissance, de l'expertise. Dans le même registre, on a aussi pu noter la proximité du modèle médical favorisée par le positionnement du Directeur des soins. L'analyse des entretiens des professionnels et le rôle, que ceux-ci perçoivent du Directeur des soins en témoignent. On peut rappeler l'expression de « symbiose » rapportée par le référent médical. Hors, F. Gonet⁸⁹ explique que la coopération est dépendante des modèles d'identification des professionnels, cet auteur retient que l'identification des infirmières au modèle médical est défavorable au rapprochement entre les groupes professionnels eu égard à l'attitude défensive et protectrice adoptée par les infirmières. Cette configuration fait tout à fait écho à ce qui se passe sur cet hôpital qui a du mal à développer la collaboration.

La lutte contre la douleur, initiée par le projet de soins semble ne pas avoir diffusé, les raisons en sont certainement multiples. Néanmoins compte tenu d'un fonctionnement apparemment très hiérarchique et plutôt autoritaire du Directeur des soins on peut se demander quelles ont été la place et l'autonomie laissées aux acteurs pour s'approprier cet axe de prévention. On peut noter que la perception des infirmières, des cadres, pour le rôle du Directeur des soins est plutôt statique. Celui-ci est situé presque exclusivement en tant que ressource méthodologique, on ne perçoit pas de stratégie de mobilisation dans les discours. Ceci apparaît d'autant plus, que l'axe développé est évoqué par le Directeur des soins comme une philosophie professionnelle. Nous ne sommes pas trop dans cet établissement dans le registre de l'opérationnalisation.

La synthèse des différents paramètres d'analyse nous permet de retenir qu'ici le fonctionnement bureaucratique est d'actualité, que le mouvement environnemental ambiant est peu intégré si ce n'est par préoccupation de conformité et par respect de

⁸⁹ GONNET Françoise – L'hôpital en question. Un diagnostic pour améliorer les relations de travail – Editions Lamarre 1992

l'autorité. Une évolution du mode managérial cohérent avec la place qui est celle du patient aujourd'hui pourrait faciliter l'intégration et l'appropriation de la prévention.

La recherche ainsi proposée nous permet, à l'issue de ses différentes étapes d'analyse d'estimer que les deux hypothèses formulées au départ ont été validées à savoir :

Le Directeur des soins en développant une politique qui vise à promouvoir une approche du soin dans toutes ses dimensions contribue à l'appropriation par les professionnels d'une culture de prévention.

De même le Directeur des soins qui développe une stratégie de coopération facilite l'intégration de la prévention dans les pratiques de soins.

L'étape de caractérisation de la prévention par les professionnels à partir de l'axe douleur et de l'axe tabac a confirmé d'emblée que la prévention repose bien pour les professionnels au plus près du terrain sur :

- **une approche du soin dans toutes ses dimensions, et une dynamique de coopération.**

Les analyses comparées ont ensuite montré, comment le rôle du Directeur des soins pouvait être influent sinon corrélé à l'amplitude des développements de la prévention.

6 - LA CONTINGENCE ET LE PRAGMATISME, UN SOCLE POUR L'ACTION DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA PROMOTION DE LA PREVENTION A L'HOPITAL

Si la recherche que nous avons conduite, l'analyse des données recueillies, nous ont permis de mettre en évidence que les professionnels énonçaient une conception pratiquement uniforme et partagée de ce qu'est ou doit être la prévention à l'hôpital notre prospection nous a aussi montré que l'intégration d'un axe de santé publique n'était pas quelque chose de facile à réussir. L'élargissement de la mission de l'hôpital, l'ouverture qui en est attendue, exigent si ce ne sont des transformations en tout cas des évolutions dans le fonctionnement de l'organisation. Le passage d'activités centrées sur la pathologie à des activités centrées sur la personne modifie le travail à l'hôpital, ce passage vient révéler les insuffisances professionnelles, bousculer les schémas de pensée et se heurter aux multiples modèles et

logiques opérantes à l'hôpital. Pour une prise en charge optimale de la personne les professionnels nous ont exprimé dans deux établissements que cela nécessitait un réajustement qualitatif des pratiques infirmières notamment. Les professionnels au plus près du terrain dénoncent aussi les antagonismes qui freinent l'action collective et partagée, les difficultés à travailler ensemble se posent entre territorialités mais aussi au sein d'une même catégorie professionnelle. L'approche globale de la santé, l'inscription de l'hôpital dans les courants d'évolution environnementale de tous ordres et de toutes natures, ne lui permettent pas de se soustraire au mouvement ambiant, les professionnels aujourd'hui ne sont plus en situation d'exercer isolément leurs activités. L'évolution significative attendue de la mission des hospitaliers, les met en demeure de partager, de coopérer, de se coordonner. Chacun à la place qu'il occupe ne peut satisfaire seul aux attentes conjuguées de la personne et de la société, il n'est par sa profession pas investi de toutes les compétences et qualifications pour répondre à toutes les dimensions de la prise en charge de l'hospitalisé. L'ajustement mutuel qui s'est avéré particulièrement efficace pour faire face à l'évolution des modes de prise en charge liée aux développements technologiques s'avère insuffisant à présent pour aller au-delà et ce, du fait de la rationalisation économique mais aussi de l'entrée en scène de nouveaux profils professionnels et de nouveaux métiers. La complexité va croissant et il s'agit bien de passer d'une organisation centrée sur le métier à une organisation centrée sur le patient. En cela de nouveaux modèles de fonctionnement sont à mettre en œuvre, à développer et sûrement à inventer. Notre observation de ce qui se passe pour la prévention nous évoque plus largement, le passage obligé que l'hôpital doit emprunter pour satisfaire à ses obligations voire certainement à sa pérennité.

Nous sommes convaincus qu'un des rôles essentiels du Directeur des soins aujourd'hui et demain sera de mettre à profit tous les moyens pour faciliter et accompagner l'évolution de l'hôpital. Ceci sera une constante de la mission dans les années à venir parce que nécessitée par la contingence à l'évolution environnementale. Notre expérience nous montre que depuis moins de dix ans les directives, les sollicitations se sont multipliées de manière plus qu'exponentielles et ce essentiellement dans des champs transversaux de la santé. C'est une situation de changements permanents, constants et quelquefois aléatoires que les hospitaliers doivent apprendre à gérer, et c'est de cette problématique dont le Directeur des soins doit se saisir pour la question d'intégration et d'appropriation de la prévention mais aussi plus globalement pour toutes les sollicitations à venir.

Ce professionnel comme nous l'avons vu par l'analyse des entretiens occupe une place stratégique, il est en situation selon le rôle qu'il exerce d'influer plus ou moins favorablement sur le système pour le dynamiser.

La réflexion théorique que nous avons tentée de conduire ne nous a pas permis d'appréhender le bien fondé contextuel des rôles exercés par chacun des Directeurs de soins car nous ne disposons aucunement de la maîtrise de la contingence ambiante. Nous prendrons appui sur ce qui nous est apparu pertinent dans l'exercice de chacun d'entre eux et dans le discours des professionnels pour proposer ce qui pourrait guider l'action dans la perspective d'introduction et d'intégration de futurs axes de prévention à l'hôpital. Notre proposition n'a aucun caractère d'exhaustivité, elle est construite de quelques repères clefs que nous avons retenus comme essentiels parce que constitutifs du terreau fertilisant la promotion de la prévention. Aucun des repères ne peut être isolé des autres, tous sont en interaction permanente et animent une dynamique constamment réursive, ils sont déclinés isolément pour faciliter la lecture.

6.1 MANAGER AVEC COHERENCE UN ROLE ESSENTIEL DU DIRECTEUR DES SOINS

6.1.1 Le Directeur des soins adapte son mode de management à la contingence environnementale

Le Directeur des soins fera évoluer l'organisation des soins par l'adoption de pratiques managériales facilitant la mobilisation des professionnels pour les réalisations nouvellement inscrites dans la politique des établissements. Il s'agit à présent d'adapter le mode de conduite des hommes à la complexité et à la mouvance environnementale. Comme nous avons pu le percevoir à travers notre étude, le Directeur des soins ne peut plus se satisfaire d'un management bureaucratique peu souple et peu favorable à l'instauration de l'ouverture.

La complexité suscite et oblige à des transformations organisationnelles permanentes, pour cela le Directeur des soins ne peut pas piloter avec les contraintes statiques de la bureaucratie professionnelle. Le Directeur des soins doit piloter par le projet, il s'agit d'un objectif de coordination poursuivi depuis la loi hospitalière de 1991. Ceci signifie explicitement que le Directeur des soins ne peut exercer sa mission en la fondant exclusivement sur la structure. Il est chargé de donner l'orientation, la trajectoire à suivre aux professionnels qu'il dirige pour une construction collective de sens qui donnera ensuite naissance à l'opérationnalisation. Il doit être producteur d'ouverture et cela fait appel à l'introduction d'une certaine souplesse managériale.

Nous poserions volontiers comme pré requis incontournable pour le Directeur de soins dans l'ouverture qu'il aura à faciliter, l'adoption pour sa propre mission d'un positionnement et d'un mode de fonctionnement ayant valeur d'exemple.

- **Le Directeur des soins adopte un positionnement qui a valeur d'exemple**

Le Directeur des soins se positionne dans l'institution en adoptant le fonctionnement de professionnel collaborateur et coopérateur qu'il sollicite des professionnels qu'il dirige et qu'il encadre. Au sein de l'équipe de direction le Directeur des soins doit privilégier l'intérêt collectif et doit se distancier de préoccupations corporatistes. Il lui appartient, de s'approprier les enjeux institutionnels d'actualités et à venir, et d'élaborer des pistes de réflexion stratégiques en lien avec la connaissance qu'il a du terrain. Cette connaissance du terrain doit être partagée, rapportée aux collaborateurs de l'équipe de Direction pour éclairer la pertinence des décisions et procurer les ressources propres à appréhender les limites des réalisations anticipées. La vision du Directeur des soins doit être globale, institutionnelle, le sens qui anime son action est la conjonction de la finalité institutionnelle « le patient au centre du soin » et des contraintes internes et externes qui incombent à l'hôpital. Le Directeur des soins est aujourd'hui explicitement attendu pour le rôle de coordonnateur qui lui a été officiellement conféré. La coordination qualifie sa fonction, à ce propos il apparaît effectivement qu'il doit promouvoir l'ouverture dans tous les sens et à tous les niveaux de l'organisation et qu'il doit lui-même être ouvert à l'expression de tous que celle-ci soit individuelle ou collective.

Toujours, le Directeur des soins doit exercer sa fonction sans perdre de vue la finalité institutionnelle et pour cela toujours, il doit guider l'action des professionnels dans ce sens.

Cette projection pour le positionnement du Directeur des soins nous entraîne vers quelques réflexions pour le développement d'un management stratégique des cadres favorisant leur adaptation aux évolutions institutionnelles présentes et futures.

- **Le Directeur des soins met en place un management stratégique des cadres adapté au courant d'évolution**

Le Directeur des soins soumet la définition des pistes à suivre aux professionnels d'encadrement sous sa responsabilité mais il reste à l'écoute et ouvert aux débats quant aux formes de réalisations possibles. Le Directeur des soins a pour mission de faire adopter à l'encadrement de nouveaux registres de pensée et de mettre du sens à l'écheveau de multiples activités quotidiennes en les rattachant à des logiques d'ordre supérieur. Un espace d'autonomie est à laisser à chaque professionnel pour un certain degré de personnalisation propre à faciliter l'appropriation des objectifs à poursuivre. Le Directeur des soins doit permettre à la créativité de prendre place. La créativité est une caractéristique

importante en ce qu'elle est productrice de suggestions visant à l'adaptation et à l'amélioration.

Il est aussi important que le Directeur des soins soit une véritable ressource en terme de soutien des cadres pour qu'ils acquièrent l'assurance et la confiance en eux et, qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle de « marginal sécant »⁹⁰. Les cadres ont une fonction de liaison et de coordination particulièrement sollicitée, plus ils sont reconnus et valorisés plus ils sont aptes à mobiliser leurs équipes, ceci nous a bien été démontré par l'étude discursive de l'établissement B qui rapportait la trop grande distance au Directeur des soins et la faiblesse de son soutien.

Le Directeur des soins doit aussi susciter chez les cadres de l'intérêt à exercer des activités en dehors de l'espace quotidien et habituel de travail. La politique managériale qu'il conduit doit guider les cadres vers le pilotage, l'animation, la gestion de groupes de travail transversaux. Il serait pertinent de proposer des systèmes de co-animation d'équipes de soins sur des thèmes à définir en fonction de besoins recensés, et ce pour faciliter la coopération, le partage des expériences entre les unités de soins, et suggérer de potentielles permutations entre professionnels pour favoriser les synergies et produire ensemble. Trop souvent les cadres ne représentent pas des modèles de coopération aux yeux des équipes de soins, la recherche de supports de crédibilité propres à légitimer et favoriser l'évolution est aussi un vecteur de cohérence.

Les cadres ont un rôle essentiel à jouer dans la valorisation des initiatives du terrain et la mise en place des actions collectives, ceci nous a été énoncé par la majorité des professionnels interviewés, ainsi faut-il que le Directeur des soins puisse être le plus suggestif possible pour cela. La stratégie managériale du Directeur des soins impulse par mimétisme le style de management des cadres pour leurs équipes, c'est pourquoi la cohérence est un critère essentiel de la politique du responsable hiérarchique.

6.1.2 Le Directeur des soins exploite tous les espaces susceptibles de conditionner et promouvoir des productions à visées collectives

Le Directeur des soins doit savoir se situer dans tous les lieux et instances de rencontres formels et informels, internes et externes à l'institution et adopter un positionnement favorable aux réalisations professionnelles en complémentarité et en partenariat.

⁹⁰ GONNET Françoise. *L'hôpital en question. Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris : Editions Lamarre, 1992.

- **Le Directeur des soins légitime par ses actions et attitudes l'ouverture nécessaire à l'intégration de nouvelles pratiques de fonctionnement**

L'implication pour l'évolution des modes de coordination et collaboration du Directeur des soins passe par sa capacité à permettre l'ouverture, il doit savoir repérer et exploiter tout ce qui peut être ressource.

Le Directeur des soins doit créer un climat propice au croisement des idées, au décloisonnement, il ne doit pas craindre le désordre et l'incertitude. Par exemple, nous avons pu remarquer dans notre étude, que le Directeur des soins de l'établissement A, hôpital le plus performant dans l'intégration de la prévention, a permis par plusieurs de ses réalisations de créer le climat de mobilité mentale favorable à l'ouverture des territoires. Sur cet hôpital depuis quelques années le service de soins infirmiers par exemple a perdu par extension de son champ d'intervention le qualificatif de « infirmiers », le Directeur des soins a ainsi facilité l'interpénétration des territoires professionnels. Il a suscité une ambiance d'échanges et de coopérations indispensables à la promotion de la prévention. Les professionnels à travers leur discours témoignent de la dynamique de rassemblement et de cohérence en présence, ils reconnaissent la fonction de « moteur » du Directeur des soins. La mise en place de groupes pluri professionnels sous des formes un peu innovantes, type ateliers par exemple sont aussi à favoriser. Sur l'hôpital A toujours, le Directeur de soins a soutenu l'initiative de cadres d'unités qui ont structuré un système transversal d'échanges d'expériences au travers de rencontres qui ont pour objet l'analyse et l'exploitation de cas concrets de situations de patients douloureux.

Nous retenons que le Directeur des soins est attendu en tant que facilitateur pour des formes de travail « ensemble » qui font sens chez les professionnels et qu'ils inspirent eux-mêmes. La liberté d'action, et les espaces d'autonomie doivent être plus aisément reconnus aux professionnels et exploités par les responsables, il s'agit d'un comportement d'ouverture que le Directeur des soins doit adopter et apprendre à gérer.

- **Le Directeur des soins suscite et optimise les stratégies d'alliances**

Le Directeur des soins du fait de son positionnement institutionnel et de sa mission est en situation de contacts et de liens permanents avec l'ensemble et la diversité des acteurs institutionnels soignants, non soignants, hospitaliers et extrahospitaliers. Cette position est chargée de contraintes, mais à contrario elle est remplie d'opportunités et c'est ce que le

Directeur des soins doit retenir pour créer les synergies essentielles à l'intégration et l'appropriation de nouvelles missions et activités hospitalières. Cet aspect de la fonction nous a notamment été largement rappelé par les professionnels engagés dans la lutte contre le tabagisme, pour la plupart d'entre eux l'efficacité repose sur la capacité des responsables à saisir toutes les opportunités pour ancrer l'action. Le Directeur des soins doit apprendre à construire avec toutes les logiques et tous les antagonismes. Il est important de ne pas s'engager dans le conflit, mais de privilégier écoute et attention aux oppositions afin de s'en saisir et d'adapter les leviers stratégiques. Le Directeur des soins pour agir ainsi se réfère à la logique du niveau supérieur, il dépasse les logiques individuelles, catégorielles et corporatistes au profit de la logique collective et institutionnelle. Souvent de la confrontation des idées, naissent les innovations productrices de transformations.

Le Directeur des soins peut aussi être influent pour initier, piloter, soutenir et entretenir des mécanismes de coopération par la diversité des alliances qu'il saura développer. Il est à proximité, du fait de sa fonction, de tous les partenariats possibles, mais pour cela il doit absolument se situer dans le champ professionnel et dans le cadre des finalités de l'institution. Nous pensons par exemple aux collaborations que le Directeur des soins peut entretenir avec des professionnels médicaux reconnus par l'ensemble de la communauté médicale ou par la majorité de leurs pairs. Mais cela ne suffit pas, il faut que le Directeur des soins trouve aussi des moyens pour instaurer des partenariats avec des professionnels moins charismatiques. Toutes les possibilités de valorisation des expériences et pratiques singulières doivent être exploitées, ce sont autant de ressources à utiliser dans le cadre de réunions de travail centrées sur les organisations et l'exercice des soins.

- **Le Directeur des soins exploite les potentiels supports de partenariats extérieurs à l'hôpital**

Le Directeur des soins dans sa stratégie doit intégrer sa préoccupation pour des coopérations et collaborations externes. Les organisations de soins sont, par le positionnement du patient au centre des activités, en communication constante avec les structures et l'ensemble des composantes de l'environnement médico-social externe de l'hôpital. Les liens avec les acteurs externes de la prise en charge prennent toutes les formes, néanmoins pour une continuité des soins de qualité des progrès peuvent être accomplis par la création de réseaux de communications et d'échanges. Des réalisations existantes telles que les réseaux d'éducation des malades diabétiques, mais aussi les réseaux de prise en charge des patients atteints de sida peuvent servir de modèles pour un Directeur de soins. Celui-ci pourra alimenter les constructions de projets de partenariats, que

celles-ci soient ambitieuses ou limitées à partir de questions antérieurement posées comme celle de la pertinence des alliances, celle des profils de professionnels à mettre en avant pour le pilotage d'expériences, mais encore pour obtenir des informations sur les écueils à éviter.

Le Directeur des soins peut aussi être à l'initiative de groupes de réflexion, et de travaux sur des thèmes pour lesquels il serait pertinent de repenser la distribution interne / externe des organisations de soins, et ce en termes de contenus, mais aussi de répartitions dans le temps, et dans l'espace géographique. On peut par exemple s'appuyer sur les réflexions des professionnels de l'établissement B qui relevaient l'intérêt qu'il pourrait y avoir à mieux coordonner les sorties des enfants de l'hôpital avec les associations de soins, mais aussi avec les soignants libéraux. Souvent, nous faisions remarquer les infirmières, ce sont des lacunes de continuité de soins préventifs et éducatifs qui conduisent, à des ré hospitalisations.

Les professionnels hospitaliers ont besoin d'être sollicités pour mieux communiquer avec les partenaires extérieurs, pour cela il appartient au Directeur des soins d'inventer des passerelles. Localement des ressources pour l'action du Directeur peuvent être mobilisables par exemple, l'organisation de journées portes ouvertes thématiques, mais aussi la présence plus assidue des professionnels dans les associations sociales locales et dans les instances faisant l'objet d'invitations.

Le Directeur des soins peut, pour honorer sa politique d'ouverture, après une présentation de son projet et avec l'accord du Directeur d'établissement, travailler à sa déclinaison avec l'encadrement mais aussi avec des médecins, des attachés d'administration hospitalière et mettre en place un système de délégation et de réseau interne afin d'établir de solides liens avec l'extérieur.

A un niveau plus global et plus politique le Directeur des soins dispose aussi de ressources accessibles pour se positionner, inscrire et renforcer sa ligne politique. Nous pensons par exemple à des participations aux conférences régionales de santé, mais aussi aux groupes de travaux régionaux et nationaux portant sur l'organisation du système de santé. Le Directeur des soins a une place à prendre, dans ces lieux de communication d'échanges et de constructions collectives, pour que son action en interne soit réellement porteuse de sens et de pertinence.

6.2 PROMOUVOIR LA DIMENSION COLLECTIVE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'HOSPITALISE, UNE MISSION DU DIRECTEUR DES SOINS

6.2.1 Le Directeur des soins facilite et stimule l'implication du plus grand nombre dans les objectifs et finalités de l'établissement

- **Le Directeur des soins suscite la participation d'un maximum de professionnels dans l'élaboration des projets de l'établissement, à partir de la collecte de proximité**

Le Directeur des soins pourrait être l'initiateur et le pilote d'étapes préparatoires au projet d'établissement et ce très en amont de la mise en forme de celui-ci. L'idée étant à terme de pérenniser une dynamique d'implication des professionnels qui suivrait globalement la méthodologie ci-dessous proposée.

Il nous apparaîtrait intéressant que le Directeur des soins puisse développer une politique de soins visant à recueillir et à organiser des données de la prise en charge des patients permettant de mettre en évidence les besoins mal satisfaits de la population accueillie, les besoins non satisfaits, les besoins correctement couverts.

Cette proposition pourrait faire l'objet d'un premier travail expérimental portant, sur plusieurs services ciblés par une pré enquête empirique, ou sur un secteur de plusieurs unités couvert par un cadre infirmier supérieur par exemple, ou encore sur des secteurs de soins médico techniques Le contexte en présence permettant évidemment de définir le sens à donner en termes de degrés et niveaux de pertinence. Ceux-ci prenant appui sur la situation environnementale de l'établissement, sur les profils de population pris en charge en fonction des secteurs, et sur les possibilités de construction existantes ou anticipées cohérentes.

On pourrait tout à fait imaginer de bâtir avec l'encadrement un travail de prospection visant à éclairer les axes à saisir et à renseigner. La préparation en amont et continue proposée ayant pour objet de préparer une projection dans l'avenir. L'analyse et l'exploitation des données de proximité fourniraient un éclairage pertinent pour des décisions de mise en place, de développement ou de suppression d'activités de soins plus directement centrées sur la personne c'est à dire recouvrant tous les aspects du soin. Ainsi seraient considérées les dimensions de prévention d'éducation, de suppléance, ou d'assistance. L'appréhension de la globalité et de la complexité humaine, prendrait sens et deviendrait réalité pour les soignants. L'espace d'expression de l'ensemble des professionnels paramédicaux serait ainsi animé de manière constructive dans une dynamique de projet collectif.

Alors, le projet jusqu'alors intitulé soins infirmiers et plus largement projet de soins dès à présent, pourrait prendre une authentique forme de contribution à la construction du projet d'établissement et vis et versa à la mise en œuvre de ce dernier. En proposant de suivre une telle piste il nous semble que le Directeur des soins activerait et stimulerait plus aisément les acteurs au plus près du patient dans le sens d'une démarche institutionnelle collective. En effet si la démarche projet a effectivement vocation à cela, les difficultés pour atteindre cet objectif sont encore nombreuses et les professionnels notamment non médicaux restent peu impliqués et peu sollicités⁹¹. Cette situation s'avère dommageable pour la concrétisation des projets qui sont vécus plus comme des condensés de directives à suivre que comme des objectifs à atteindre. Parce que les soignants non médicaux sont les plus nombreux à approcher les problèmes quotidiens et les besoins à satisfaire des patients, il nous apparaît opportun de les faire s'impliquer au plus tôt en faisant état des faits significatifs de déficits de prise en charge. Si le projet permet aux professionnels de réinvestir leurs contributions initiales, le niveau de responsabilité de chacun s'en trouvera certainement élevé par la valorisation individuelle et collective sous jacente.

Il va de soi que ce type d'orientation est à imaginer sur du long terme. La mise en route peut être pensée avec quelques professionnels curieux, elle peut revêtir initialement un caractère expérimental comportant des modalités bien définies, bien établies et se limiter à un territoire bien spécifié.

Notre expérience professionnelle, nous avons par exemple interpellé sur la prévention de l'alcoolisme à l'hôpital, et autres conduites addictives.

Etablissons que la prévention de l'alcoolisme est un objectif du projet d'établissement : « que se passe-t-il dans l'hôpital en général en dehors de quelques professionnels et/ou du service qui ont en charge l'alcoologie ? A notre sens peu de choses c'est à dire pas de réels développements pour une prévention généralisée et diffuse ».

Alors pour suivre notre proposition nous imaginerions assez bien que dans un, voire deux services de chirurgie générale, soient dénombrées les personnes accidentées de la voie publique, âgées entre 16 et 25 ans susceptibles de développer un alcoolisme chronique, et soit repéré parallèlement si des soins étaient réalisés en lien avec cette projection. Une base de données pourrait ainsi être alimentée par les soignants du terrain pendant plusieurs mois et être réinvestie dans le futur projet d'établissement sous la forme d'axe prioritaire de santé publique. Il y aurait vraisemblablement une meilleure écoute et une meilleure motivation des professionnels par le fait de leur engagement dans l'étape de prospection. La question de la

⁹¹ ARBUZ Georges, DEBROSSE Denis – Réussir le changement de l'hôpital InterEditions Paris 1996,

pertinence de l'objectif de prévention ne se poserait très certainement plus aux yeux des soignants. L'investissement du projet par les professionnels serait ainsi facilité.

Nous avons choisi l'exemple de l'alcoolisme mais nous aurions aussi pu traiter de la prévention en matière d'hygiène corporelle, un thème aussi riche d'intérêts et aux dimensions individuelles et collectives.

Lorsque nous sommes comme aujourd'hui dans une lutte contre l'infection nosocomiale, on peut se demander ce qui légitime réellement la crédibilité des professionnels qui exercent leurs actions de lutte en bout de chaîne.

Cet aspect de la santé et du soin, pourrait aussi faire l'objet d'un recueil permanent d'observations pour faire remonter des données dans la perspective d'objectifs d'un futur projet de soins et d'établissement. Les éléments concrets extraits du quotidien des professionnels et réinvestis dans un projet feraient sens à leurs yeux.

Les professionnels du terrain pourraient ainsi ouvrir de multiples pistes pour les projets institutionnels.

Les thèmes et espaces de prospection peuvent aussi être empruntés aux directives des conférences de santé. Même si tout ne peut être repris dans l'espace d'un vaste projet l'investissement des acteurs à priori est certainement un gage de sûreté et de qualité pour l'opérationnalisation.

Il appartient au Directeur des soins de piloter et de valider avec l'encadrement, les médecins, l'équipe de direction les propositions ayant vocation à prospérer. Le Directeur de soins en position de coordonnateur avec les Directeurs de soins des différentes catégories professionnelles va organiser le croisement et la conjonction, des idées, des informations et des données avec cohérence, pour alimenter avec pertinence les objectifs d'un projet d'établissement. Instruire ainsi en continu des dossiers avec les mouvements des besoins de la population peut permettre de rendre plus évolutif le schéma traditionnel d'élaboration des projets à l'hôpital. Les soignants non médicaux occupent l'espace de contribution qui leur appartient, les cadres relayent et motivent sur la base de l'exercice quotidien des équipes.

- **Le Directeur des soins facilite l'investissement d'un maximum de professionnels dans la déclinaison des projets de l'établissement par une décentralisation méthodologique de l'appropriation**

Notre étude a mis en évidence que l'appropriation des projets collectifs est un élément essentiel de la qualité de la concrétisation. Dans l'établissement A, tous les niveaux de projets existants dans l'institution s'étaient saisis de l'axe de prise en charge de la douleur,

tandis que pour B cet axe n'existait que dans le projet institutionnel, alors que pour C seul le projet de soins infirmiers s'était réellement investi de la lutte contre la douleur.

Nous avons vu que le niveau de projet le plus pertinent pour l'intégration de nouvelles orientations de prise en charge semblait être le projet de service, et ce du fait du lien de proximité entre la définition du projet et sa réalisation, tous les cadres et infirmières de A ont établi ce constat et l'ont mis en avant dans leurs discours.

L'investissement des projets institutionnels par les acteurs de terrain, que ces projets soient d'établissements ou de soins, passe effectivement par l'activation d'un maximum de moyens et réseaux de communication et de diffusion. Mais cela ne semble pas suffisant pour une déclinaison aussi pointue et satisfaisante que celle objectivée. Nous avons conforté cela avec notre étude qui nous a montré que si pour les trois établissements les acteurs mettent en avant un axe de développement de prise en charge de la douleur, les déclinaisons reflètent des niveaux très différents d'adhésion et d'intégration. L'acquisition de réflexes professionnels convergents vers une culture de prévention n'est manifestement pas évidente. Mais, en l'absence d'une évaluation suffisamment rigoureuse et fine de ce qui est à l'œuvre, les décalages existants entre les différentes réalisations ne sont pas très sensibles à priori.

Pour améliorer la qualité de l'appropriation par les professionnels nous serions enclins à réfléchir sur des scénarios méthodologiques un peu innovants.

Par exemple :

- Le Directeur des soins pourrait organiser des réunions de travail avec les cadres ayant pour objet de débattre des déclinaisons et concrétisations possibles pour les objectifs institutionnels globaux, et ce pour chaque service de soins ou secteur sur la base de leurs singularités. A partir des premières projections issues des échanges, les responsables concernés repartiraient sur leurs secteurs respectifs pour travailler avec les chefs de service et avec les équipes sur un schéma projeté. Ensuite pourraient être définis, soient le projet de service intégrant les objectifs retenus avec les plans d'actions correspondants, soient uniquement des plans d'action. Les cadres supérieurs auraient pour fonction d'assurer le suivi des déclinaisons pour leur secteur, les cadres d'unités en collaboration avec les médecins animent les équipes pour l'atteinte des objectifs. Le Directeur des soins effectuerait l'articulation entre la Direction de l'établissement, les médecins en fonction des situations. Il serait en position de garant de la pertinence des déclinaisons proposées avec des étapes de réajustements sous des formes de coopération et de collaboration adaptées aux contextes et aux niveaux des attentes des différents protagonistes.

L'idée de ce développement étant de faire mettre des mots et du sens aux professionnels de terrain lorsque les élaborations de projets leurs ont échappé.

Une telle réalisation pourra donner initialement une impression de désordre, néanmoins ne donnera t elle pas au bout du compte plus de cohérence ?

- **Le Directeur des soins privilégie le partage de la connaissance plutôt que l'expertise limitée**

L'hôpital pour mettre en place et inciter à un élargissement transversal de la prise en charge du malade doit accroître ses compétences, pour cela la solution est le recours à l'expertise, par la formation spécifique de professionnels médicaux et soignants non médicaux sur le thème particulier de l'axe de prévention retenu. Il existe des diplômes universitaires concernant la lutte contre la douleur, mais aussi la tabacologie, et l'hygiène. Cette question de la formation pour l'expertise doit pour le Directeur des soins être abordée dans l'esprit de cohérence qui anime la question plus large de l'appropriation collective. En effet, ce qui doit être attendu de l'expert est avant tout une mission pédagogique, il s'agit d'un professionnel chargé de diffuser la connaissance et d'accompagner l'imprégnation institutionnelle. Mais si l'on n'y prête garde son positionnement peut aller à l'encontre de la finalité. En ne communiquant pas et ne partageant pas la connaissance cet acteur peut être une contribution supplémentaire au cloisonnement. Nous avons vu par exemple dans l'établissement C, que la position conférée à cet acteur et adoptée par lui-même était problématique dans le sens où au titre de la connaissance qu'il avait acquise, il s'appropriait aussi la fonction managériale des cadres de proximité. Ce type de situation nous a aussi été rapporté par le Médecin tabacologue du CHU 1.

Pour ne pas se heurter à cela le Directeur des soins doit, pour recruter les professionnels destinés à assurer la fonction de référent, avoir en tête qu'il s'agit de missionner des acteurs dotés de capacités à communiquer, de capacités à investir dans une dynamique pédagogique, et porteurs d'une expérience suffisante fondée sur des terrains d'activités ouverts. Nous expliquons par-là que ce n'est pas forcément une bonne option que de promouvoir l'expertise chez les professionnels déjà spécialisés et positionnés sur des territoires plutôt fermés, tels que les services de réanimation, les blocs opératoires, les salles de réveil, les services particuliers d'explorations médicales.

La solution que pourrait retenir le Directeur des soins pour pallier la difficulté de gestion des référents, serait peut-être selon les moyens de l'établissement et les priorités retenues de former d'emblée un pool suffisamment conséquent de personnes et de leur attribuer une mission à temps partiel conjointement au maintien de leur exercice habituel. Ceci permettrait

d'une part du fait du nombre de ne pas favoriser l'émergence d'une nouvelle branche dans l'organigramme hospitalier et d'autre part d'accélérer le rythme de diffusion des connaissances. Pour que les nouvelles missions conférées à l'hôpital soient mieux intégrées, il faut que la connaissance minimale requise soit partagée par le plus grand nombre des professionnels.

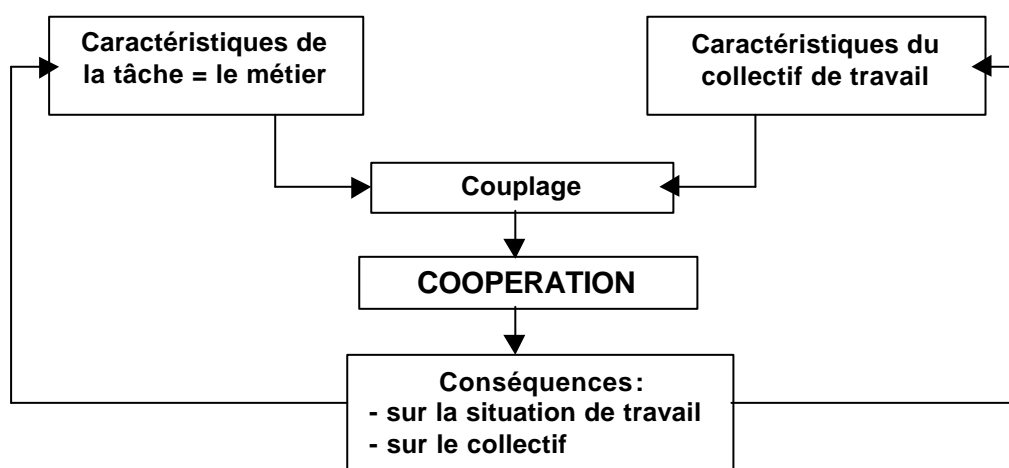
Le Directeur des soins peut aussi privilégier le partage de la connaissance par la démultiplication de formations actions, mais aussi par la réalisation de séquences pédagogiques de courtes durées, ciblées et renouvelées en direction de toutes les catégories professionnelles et de tous les corps de métier. Sur le site de l'hôpital A, cela a été un facteur de performance relevé par la majorité de nos interlocuteurs.

6.2.2 Le Directeur des soins incite au professionnalisme des soignants

- **Le Directeur des soins favorise le repérage et l'inter connaissance des complémentarités et des interdépendances professionnelles**

Les acteurs hospitaliers doivent, pour pouvoir et savoir coopérer et collaborer, être en possession d'un potentiel professionnel minimum requis. Ils doivent être en mesure de produire un exercice conforme à la norme établie par le diplôme habilitant, mais aussi être en mesure de produire un exercice adapté à l'interdépendance professionnelle exigée par le chaînage de la prise en charge du malade.

Notre raisonnement peut être argumenté selon le modèle suivant des déterminants de la coopération (adapté de Leplat 1993)⁹²



⁹² TERSSAC (de) Gilbert, FRIEDBERG Erhard. *Coopération et Conception*. Toulouse : Octares Editions, 1996. 329 p.

Le Directeur des soins pour conduire une politique adaptée et cohérente aux pressions environnementales suit une logique de soins centrée sur le malade, il intègre de fait et à priori, la pluridisciplinarité et la coordination qui s'imposent. Pour cela il est essentiel que chacun des intervenants auprès du patient soit en mesure de se situer par rapport au patient, mais aussi que chacun sache se situer par rapport aux interventions des acteurs d'autres catégories professionnelles. Cette question du positionnement des soignants dans leur travail quotidien nous paraît fondamentale pour un Directeur des soins. La complémentarité, la coopération, ne peuvent être pertinentes et efficaces que si chacun fait bien ce qu'il lui appartient en terme de métier mais aussi si chacun connaît le champ d'intervention des autres métiers. Les espaces d'interdépendances sont souvent gérés par les professionnels de manière empirique et par ajustements mutuels, la coopération revêt un caractère superficiel, alors qu'elle doit prendre un caractère plus fondamental et devenir le ciment de l'organisation. Le Directeur des soins peut contribuer à l'optimisation des phénomènes d'auto organisation qui sont à l'œuvre pour gagner en efficience.

Le Directeur des soins pourrait être moteur pour cela par la réalisation d'un construit de communication et d'échanges interprofessionnels et inter catégoriels qui aurait pour objet de faire connaître et repérer à chacun des acteurs hospitaliers le travail des autres, leurs champs d'exercices avec les contraintes et les limites. A partir des échanges et des apports de connaissances de chacun des métiers, pourrait être introduite la définition par les professionnels eux-mêmes des zones d'interface, des espaces de complémentarités. Ensuite, à l'intérieur des champs d'interactions il serait peut-être intéressant de positionner les contributions respectives et partagées dans la prise en charge du patient. Depuis quelques années de nouveaux métiers sont entrés à l'hôpital, les métiers du soin non médical se sont multipliés, les repères ont changé pour les soignants sans pour autant nous semble-t-il que la place de chacun ait été réinterrogée. Nous avons vu que dans l'établissement B le partenaire privilégié et cité par le Directeur des soins pour faciliter la diffusion des actions de lutte contre la douleur était le psychologue alors que les cadres et les infirmières attendaient plus d'autonomie et de soutien pour une meilleure coopération médicale. Cet exemple nous conforte dans l'idée qu'un travail de définition commun des complémentarités pourrait aider chacun à mieux se situer dans le dispositif de prise en charge du patient.

Le Directeur des soins doit faire preuve de créativité et réfléchir à la proposition de potentiels dispositifs permettant à chaque professionnel de valider son utilité sociale dans la collectivité hospitalière, de cela dépend aussi la qualité des collaborations.

- **Le Directeur des soins est le garant de la fonction pivot de l'infirmière**

Comme nous l'avons vu dans notre étude, le professionnalisme infirmier est reconnu comme facteur clef pour opérationnaliser la politique de prévention.

La compétence infirmière en matière de prévention est fondée sur la performance de la part singulière qui lui appartient, c'est à dire sur le rôle propre. Ceci nous a été cité unanimement par les entretiens de l'étude comme support incontournable pour mettre en œuvre des soins dans toutes les dimensions.

Le Directeur des soins est garant de la qualité des prestations de soins, dans la définition et la déclinaison de sa politique il devra garantir le niveau de performance de la fonction pivot exercée par l'infirmière reconnue en tant que telle par la majorité des professionnels hospitaliers rencontrés. Il aura à travailler avec l'encadrement et avec les professionnels au plus près du terrain sur la qualité des réalisations en place concernant l'ensemble des activités de la prise en charge de l'hospitalisé, utiles aux connections des autres professionnels soignants et médico-sociaux intervenant auprès du patient.

La maîtrise et la performance des pratiques doivent être des objectifs qualitatifs constants qui doivent porter sur :

- l'accueil du patient, avec tous ses paramètres, le recensement des besoins, les conditions de vie familiale, sociale, les aspects des prises en charge sociale etc.
- la contribution du patient à son séjour, à ses soins,
- les transmissions infirmières, avec la maîtrise de l'écriture,
- la dispensation de soins de prévention, les difficultés de réalisations,
- l'organisation de la sortie, les liens avec les professionnels extérieurs,

Ces points essentiels seront comme nous l'avons proposé auparavant déclinés par les professionnels dans la forme et les termes qui font sens, ce travail de motivation, d'animation et de collaboration incombant à l'encadrement de proximité.

La singularité de l'exercice infirmier, liée à la réalisation de la démarche de soins peut faire qualifier la fonction infirmière de pivot parce que l'analyse infirmière portant sur la connaissance de la personne est le support de la prise en charge globale du malade utilisable par tous les professionnels qui gravitent autour. Plusieurs professionnels interrogés nous ont fait remarquer que le recueil systématique des besoins du patient par l'infirmière facilitait grandement l'action des autres acteurs de soins. Le Directeur des soins peut et doit s'appuyer sur cette singularité pour garantir la qualité des soins et être incisif dans le soutien

et la stimulation de la compétence de l'exercice infirmier. C'est la complémentarité qui se dégage qui doit être exploitée et non la piste du corporatisme.

- **Le Directeur des soins dynamise le soin centré sur le patient**

En appui sur la singularité de la démarche infirmière qui permet la vision globale de l'hospitalisé le Directeur des soins peut, dans une logique de cohérence optimiser cette ressource infirmière par l'intermédiaire des outils qui lui sont propres pour créer un vecteur dynamique de partage et de collaboration. Nous évoquons les supports de recueil de données, les supports de transmissions. Le Directeur des soins doit en terme de cohérence et de qualité faire converger tout ce qui concerne le patient vers une même unité de lieu. C'est pourquoi l'opportunité de partage des supports d'informations concernant le malade par le maximum des catégories professionnelles concernées est à exploiter, il en va de la qualité d'une prise en charge globale et chaînée. Ici encore, le Directeur des soins est là pour donner le sens, ensuite les acteurs au plus près du patient, ceux qui sont dans l'action doivent travailler ensemble pour développer des outils partagés, les plus communs possibles et performants. Le Directeur des soins pour ce type de développement mobilisera aussi son réseau d'alliances pour favoriser le collectif, ce rôle de négociateur et de stabilisateur est important.

La mobilité professionnelle est aussi une ressource du Directeur des soins pour faire évoluer le positionnement du malade au centre et développer une vision de trajet de vie. Les échanges de pratiques professionnelles favorisent réflexions, ouverture d'esprit, acquisitions de nouvelles compétences. Celles-ci recentrent les soignants sur le malade et les font se distancier de leur métier. Toutes les contributions permettant l'ouverture des territoires sont autant d'atouts pour de nouvelles pratiques de soins, les propos des soignants rencontrés ont largement évoqué l'intérêt des permutations. La mobilité professionnelle permet aux professionnels du terrain tels qu'ils ont pu nous le préciser de créer de véritables réseaux de communication et d'échanges favorables à l'intégration de « nouveautés » professionnelles et de repenser autrement la maladie, la santé, et la vie.

Beaucoup de pistes existent encore pour un rôle du Directeur des soins facilitateur de la diffusion d'axes de prévention à l'hôpital, on peut citer tous les aspects concernant les liens avec la logistique, indispensable ressource des soignants, mais aussi tous les liens avec la gestion des ressources humaines, des compétences et de la formation. Il s'agit pour le Directeur des soins de participer activement à la construction d'un maillage de coopérations et collaborations.

CONCLUSION

L'hôpital aujourd'hui n'est plus épargné par la turbulence environnementale comme il l'a été pendant quelques décennies. Depuis les années quatre-vingt il a dû prendre acte, de l'évolution économique et des contraintes qui l'environnent. Les pouvoirs publics ont fait en sorte que progressivement les établissements hospitaliers prennent place dans le décor ambiant de rationalisation des dépenses.

A présent les esprits des professionnels semblent s'être accommodés des resserrements nécessaires à la pérennisation de l'hôpital et de ses performances. Alors que le mouvement d'adaptation des hospitaliers est amorcé pour la modernisation des règles de fonctionnement du système, de nouvelles directives se bousculent. L'évolution attendue dans les pratiques au quotidien semble ne plus s'interrompre, c'est sur le rythme et le ton des attentes de la population que l'hôpital doit adapter son fonctionnement.

Notamment, au-delà des soins curatifs les patients sollicitent des réponses plus vastes et plus conformes à leur trajectoire de vie, ils aspirent à être au centre du dispositif de santé. C'est l'ensemble des besoins du patient, de l'homme, que l'hôpital doit inscrire dans ses préoccupations. L'hôpital doit être en mesure de se saisir des questions de santé individuelles et collectives, il doit asseoir sa position dans le dispositif de santé publique. Le colloque singulier, fondement de la dynamique de prise en charge médicale ne doit plus être le seul support du sens de l'action de soin.

La question de l'intégration de la prévention à l'hôpital en ce qu'elle se traduit comme une composante nouvelle et supplémentaire dans le dispositif de prise en charge, se trouve être de fait un paramètre à part entière du processus évolutif. La structuration bureaucratique des établissements de santé et la centration sur l'organe, les débats corporatistes, ne permettent plus de produire l'adaptation nécessaire à la pression environnementale et à la complexité croissante. Les acteurs hospitaliers ne peuvent plus travailler seuls, les réponses à fournir sont collectives. Les responsables hiérarchiques sont positionnés pour guider et conduire les transformations permettant à l'hôpital d'inscrire les évolutions qui se font jour. L'organisation doit être animée par une pensée adaptée, corrélée au mouvement contingent. Le mouvement à intégrer fait appel à un management dynamique.

Le Directeur des soins en animant une ligne politique par la mobilisation interactive des multiples concepts de cohérence, autonomie, innovation, responsabilisation, partage, ouverture, partenariat, professionnalisme, bâti et accompagne l'intégration et l'appropriation des nouvelles données environnementales par les professionnels soignants de l'hôpital.

Aujourd'hui le rôle du Directeur des soins doit être, de susciter, créer et faire vivre une dynamique d'adaptabilité des professionnels aux contingences environnementales en gardant le cap « le patient au centre du dispositif de soins ». Progressivement et par récursivité se déplaceront les actions à conduire dans le sens d'une révision presque permanente de la nature des activités de soins à pérenniser, à transformer ou à abandonner à l'hôpital.

Bibliographie

OUVRAGES

ABDELMALEK Ali Aît, GERARD Jean- Louis. *Sciences humaines et soins. Manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : InterEditions, 1995.

ADAM Philippe, HERZLICH Claudine. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 1994. 125 p.

ALTER Norbert. *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses Universitaires de France, Septembre 2000. 269 p.

ALTER Norbert. *Les logiques de l'innovation. Approche pluridisciplinaire*. Paris : La Découverte, 2002. 272 p.

ARBUZ Georges, DEBROSSE Denis. *Réussir le changement de l'hôpital*. Paris : InterEditions ,1996. 248 p.

AUTRET Joël. *Le monde des personnels de l'hôpital*. Paris : L'Hamattan, 2002. 227 p.

BASSET Bernard, CHAPERON Jacques, FRATTINI Marie-Odile, JARNO Pascal, KELLER Catherine. *Hôpital et santé publique*. Rennes : Editions ENSP 1999. 150 p.

CAZABAN M., DUFOUR J., FABBRO-PERRAY P., JOURDAN R., LEVY A. *Santé publique. Connaissance et pratique*. Paris : Masson 1989, 2001.

CONTANDRIOPOULOS André-Pierre, SOUTEYRAND Yves. *L'hôpital stratège. Dynamiques locales et offre de soins*. Ministère du travail et des Affaires sociales MIRE, DH. Paris : John Libbey Eurotext, 1996. 317 p.

CORCUF Philippe. *Les nouvelles sociologies*. Editions Nathan,1995. 126 p.

CREMADEZ Michel, GRATEAU François. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : InterEditions, Masson, 1992. 317 p.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. : Editions du Seuil, 1977. 480 p.

CROZIER Michel, LASSERRE Anne, PAVY Gérard. *A l'écoute de l'hôpital « Des pistes vers le décloisonnement » SMG*. Paris : Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, 23/11/94, 48 p.

DHUME Fabrice. *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*. Paris : Editions ASH, 2001. 206 p.

DUBAR Claude, TRIPIER Pierre. *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 1998. 250 p.

FASSIN Didier. *Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales*. Paris : Editions La découverte, Octobre 1998.

FORTIN Robin. *Comprendre la complexité. Introduction à La Méthode d'Edgar Morin*. Paris : L'Harmattan, 2000. 187 p.

GIRARD Jean-François. *Quand la santé devient publique*. Paris :Editions Hachette, Littératures, 1998.

GENELOT Dominique. *Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants*. Paris : INSEP Editions,1998. 350 p.

GONNET Françoise. *Soigner l'hôpital*. Paris : Editions Lamarre, 1992. 285 p.

GONNET Françoise. *L'hôpital en question. Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Paris : Editions Lamarre, 1992. 352 p.

HART Josette, MUCCHIELI Alex. *L'Hôpital en question(s). Diagnostics de crise et traitements de choc*. Paris : Editions Lamarre, 1994.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. *La santé des Français, 3^{ème} bilan*. Paris : La Découverte et Syros, 2002. 118p.

HESBEEN Walter. *Santé Publique et Soins Infirmiers*. Paris : Lamarre, 1996.

HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : InterEditions Masson, 1997. 190 p.

LAFAYE Claudette. *Sociologie des organisations*. Paris : Editions Nathan, 1996.

LARCHER Pierre, POLOMENI Pierre. *Objectifs et stratégie dans une collaboration ville-hôpital*. Paris : Editions Masson, Avril 2001. 185 p.

LEVY Jean Paul. *Le pouvoir de guérir*. Paris : Editions Odile Jacob, 1991.

MAGNON René, DECHANOZ Geneviève. *Dictionnaire des soins infirmiers par un ensemble d'Infirmières et Infirmiers*. AMIEC, 1995. 367 p.

MORIN Edgar, LE MOIGNE Jean-Louis. *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. ASPEPS 1997. 85 p.

MOSSE Philippe. *Le lit de Procuste L'hôpital : impératifs économiques et missions sociales*. Paris : Collection « Pratiques du champ social » édition érès, 162 p.

NIZET Jean, PICHHAULT François. *Comprendre les organisations. Mintzberg à l'épreuve des faits* - Paris : Editeur Gaëtan Morin, 1995. 309 p.

PEIGNE Francis, FONTENEAU Robert. *Porte ouverte sur l'hôpital*. Editions ESKA, 1995. 150 p.

RIBAUT Micheline, AROMATARIO Claude. *L'Hôpital - Entreprise. Pourquoi pas...* Paris : Editions Lamarre, 1991. 287 p.

SAN MARTIN Hernan. *Santé publique et médecine préventive*. Paris, New York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Paulo : Masson. 1983.

TERSSAC (de) Gilbert, FRIEDBERG Erhard. *Coopération et Conception*. Toulouse : Octares Editions, 1996. 329 p.

VEGA Anne. *Soignants/Soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris, Bruxelles : Editions De Boeck Université, 2001. 150 p.

BULLETINS, GUIDES

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*. Paris : Direction de l'accréditation, Février 1999. 132 p.

Comité Français d'Education pour la Santé, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Réseau Hôpital sans Tabac. *Guide de l'hôpital sans tabac*. Paris : CFES, 1999. 125 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Le renouveau de la santé publique*. Bulletin signalétique de la Direction de Hôpitaux N° 121. Paris : DGS/DH, Mars 2000. 61 p.

REVUES

DEMEULEMEESTER René, DEPINOY Michel. *Une culture de santé publique en voie de développement : Réflexions sur l'avenir de la formation des médecins en santé publique*. Actualité et dossier en santé publique n°1 décembre 1992 pp. VI-IX

HEURE Gilles. Changer les mentalités. Espace social européen du 18 au 24 Février pp. 32-34

Liste des annexes

ANNEXE 1	121
La lutte contre la douleur	122
La lutte contre tabagisme	127
ANNEXE 2	133
Guides entretiens "lutte contre la douleur"	134
ANNEXE 3	140
Guides entretiens "lutte contre le tabagisme"	141
ANNEXE 4	144
Catégorie des Infirmières : Synthèse des entretiens	145
Catégorie des Cadres : Synthèse des entretiens	146
Catégorie des Référents : Synthèse des entretiens	147
ANNEXE 5	148
Etablissement A : Synthèse des entretiens	149
Etablissement B : Synthèse des entretiens	150
Etablissement C : Synthèse des entretiens	151
ANNEXE 6	152
Synthèse des entretiens des professionnels concernant la tabacologie	153
ANNEXE 7	156
Catégorie des Directeurs des soins : Synthèse des entretiens, rôle du Directeur des soins dans la prévention	157
Etablissement A : Synthèse des entretiens, rôle du Directeur des soins	158
Etablissement B : Synthèse des entretiens, rôle du Directeur des soins	159
Etablissement C : Synthèse des entretiens, rôle du Directeur des soins	160

Annexe 1

La lutte contre la douleur

➤ Un bref rappel historique

La douleur depuis une quinzaine d'années interpelle l'ensemble des acteurs du champ sanitaire et médico-social qui oeuvrent pour une approche globale du phénomène.

Le soulagement de la souffrance est une exigence des patients d'aujourd'hui et un critère d'évaluation de la qualité des soins.

Longtemps la douleur a été négligée, bien que fréquente elle était souvent peu considérée. La structuration cartésienne de la médecine et la gestion scientifique du fonctionnement de l'hôpital expliquaient en partie cette négligence pour la douleur. A cela, se rajoutait, la nature subjective de la douleur, sa difficile quantification, et sa disparition présumée avec l'extinction de la pathologie qui l'avait induite. De plus à la douleur était assez aisément dotée d'une fonction rédemptrice.

Or la lutte contre la douleur est avant tout une raison d'être de la médecine qui met en relation un malade et un médecin dans un objectif de soulagement d'une souffrance.

La douleur a été définie par l'Association Internationale de la Douleur comme une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en termes de dommage. Cette définition fondée sur l'expression verbale néglige les situations où la douleur ne peut s'exprimer que par des attitudes ou des modifications de comportement. Les textes officiels différencient douleur aiguë et douleur chronique néanmoins certaines situations échappent à cette distinction. La douleur est un phénomène particulièrement complexe.

Depuis quelques années les textes législatifs et réglementaires se sont multipliés ils caractérisent l'évolution favorable de la prise en charge de la douleur. Les droits des patients, les devoirs du personnel soignant et l'obligation de prise en charge sont définis de manière successive et de plus en plus finement.

Pendant longtemps la France a accusé un certain retard et ce à l'inverse d'autres pays dont la Grande-Bretagne. Notre pays en 1994, se trouve au 40^{ème} rang des nations pour le recours aux produits morphiniques. Aussi depuis une dizaine d'années il n'est plus accepté que la douleur soit vécue comme une fatalité.

L'évolution des connaissances a offert des moyens importants pour empêcher, réduire, et supprimer la douleur des malades et des opérés.

Une circulaire du 7 janvier 1994⁹³ rappelle aux médecins le rôle qu'ils ont à jouer dans la prise en charge de la douleur, et établit des recommandations pour prendre en charge la douleur chronique en terme de principes, d'organisation de structures et de modalités à suivre.

Le principe de base est ainsi énoncé : « **Lutter contre la douleur implique sa prévention, son évaluation et son traitement** »⁹⁴

Progressivement les équipes médicales notamment, mais aussi les équipes soignantes dans une moindre mesure parce que mieux formées à la problématique douleur ont, face à cette évolution pris conscience du changement de comportement à adopter.

Les pouvoirs publics en 1998 se positionnent pour un accompagnement efficace du changement, ils dégagent un programme national d'action : « Le plan triennal de lutte contre la douleur »⁹⁵. Ce plan a pour ambition de changer le regard sur la douleur auprès des professionnels de santé, des établissements mais aussi en direction de la population. Avec quatre ans de recul il s'avère que ce programme qui a constitué une étape charnière dans la prise en charge de la douleur a eu un réel effet détonateur pour son intégration dans les esprits, les consciences et dans les pratiques de soins.

« Ce plan s'appuie sur la réflexion engagée depuis plusieurs années par les pouvoirs publics en faveur du développement d'une prise en charge globale du patient à toutes les étapes des processus de santé »⁹⁶

« L'évolution face à la douleur place le patient, un être inséparable au centre du système de santé ».

➤ Les axes principaux du plan triennal 1998-2001⁹⁷ :

- La prise en compte de la demande de la personne malade : le patient doit recevoir dès son arrivée un carnet douleur qui l'informe des possibilités de prise en charge de la douleur dans l'établissement. Sa douleur s'inscrit dans les besoins à interroger.

- Le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins : les établissements de santé sont tenus de prendre en charge la douleur. La création de Comité de Lutte Contre la Douleur⁹⁸ (C.L.U.D) participe de cette obligation.

⁹³ Circulaire DGS/DH 94 N° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques.

⁹⁴ Ibid 64

⁹⁵ Circulaire DGS/DH n° 98-586 du 24 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés.

⁹⁶ http://www.sante.gouv.fr/htm:pointssur/douleur/2-lutte/34_980307.htm

⁹⁷ Ibid 66

⁹⁸ Comité de Lutte Contre la Douleur : C.L.U.D

L'évaluation de la douleur au quotidien est un impératif, pour cela les professionnels disposent d'outils de mesure de l'intensité de la douleur. Les règles de prescription et de dispensation des antalgiques se sont assouplies. L'élaboration de protocoles de soins doit être initiée.

- Le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé sur l'évaluation et le traitement de la douleur : la formation à la prise en charge de la douleur des personnels médicaux et paramédicaux est introduite ou renforcée dans les cursus initiaux. Des actions de formation sont à inscrire dans les plans de formation. La douleur est un thème de formation prioritaire pour les médecins en 1998.

- L'information du public : la liste régionale des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle fait l'objet d'une diffusion large auprès des usagers. Des campagnes d'information sont organisées.

A partir du plan triennal des circulaires viendront préciser les modalités de mise en œuvre de celui-ci. Ces textes portent sur la mise en place de protocoles pour la douleur aiguë⁹⁹, sur la mise en œuvre des ordonnances protégées¹⁰⁰.

Ces orientations volontaristes ont été suivies d'effets par la mise en place et l'institutionnalisation de structures dans les hôpitaux. Celles-ci font intervenir une pluralité d'acteurs mobilisés pour améliorer collectivement, et en concertation la prise en charge de la douleur.

➤ Les structures :

Trois niveaux de structures sont rencontrés, elles s'adressent plus spécifiquement aux douloureux chroniques :

- les consultations pluridisciplinaires, au nombre de 60 en 1999
- les unités pluridisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique rebelle, au nombre de 33 en 1999
- les centres d'évaluation et de traitement de la douleur, au nombre de 21 en 1999.

⁹⁹ Circulaire DGS/DH/DAS N° 99/84 du 11 Février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales.

Le Comité de Lutte contre la Douleur (C.L.U.D) est une structure qui a pour objectif de réfléchir à une meilleure organisation pour une meilleure qualité des soins, d'assurer la formation des soignants et d'évaluer les outils.

C'est un centre de réflexion et de proposition qui est amené à travailler en étroite collaboration avec la direction de l'établissement, la Commission Médicale d'Etablissement, et tous les services de l'hôpital cliniques et non cliniques.

Il est placé sous la responsabilité d'un médecin référent, sa composition est multidisciplinaire.

Le C.L.U.D coordonne toutes les actions qui visent à mieux organiser la prise en charge de la douleur dans l'établissement. Il a pour responsabilité de travailler à des propositions d'orientations pour améliorer la prise en charge, de mener des enquêtes sur le terrain, de présenter des protocoles de soins et de fournir de la documentation aux professionnels. Il est aussi habilité à créer des groupes de travail dans les services.

➤ Des freins à la prise en charge de la douleur ont pu être repérés :

- La non reconnaissance de la douleur comme spécialité, impose une coordination efficace entre les équipes et en leur sein. Or cette approche est un peu nouvelle et difficile à l'hôpital.
- La douleur est encore rarement inscrite dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens (C.OM.)
- La prégnance du curatif et de l'hyper technologie.

➤ Un modèle organisationnel à faire évoluer :

Le malade non souffrant ou souffrant doit être écouté, considéré comme le sujet des soins ce qui implique **une démarche globale intégrant les dimensions physique, affective, spirituelle, sociale et familiale.**

La douleur est **une affaire de concertation pluridisciplinaire, depuis la prévention jusqu'au traitement curatif et/ou palliatif.**

La douleur s'inscrit par essence dans une problématique transversale. Elle met en jeu une pluralité d'acteurs et fait de la pluridisciplinarité le cœur du débat¹⁰¹.

La prise en charge de la douleur oblige à repenser les enjeux organisationnels au sein de l'hôpital, elle oblige aux acteurs à travailler autrement en complémentarité, à

¹⁰⁰ Lettre DGS/DH du 8 avril 1999 relative au plan de lutte contre la douleur : mise en œuvre des ordonnances protégées dans les établissements de santé.

¹⁰¹ Comme le rappelle la circulaire DGS/DH du 7 février 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques dans son annexe 1.

l'écoute du patient et de ses attentes. Ceci nécessite de développer une culture où l'hôpital est producteur de services adaptés aux besoins et demandes du patient.

Un plan quadriennal (2002/2005) de lutte contre la douleur est initié, il s'inscrit dans la continuité du plan triennal, il vise la douleur chronique rebelle et se centre sur la douleur provoquée, la douleur de l'enfant et la prise en charge de la migraine.

Ce plan prend appui sur l'évaluation du programme triennal réalisé par la Société Française de Santé Publique¹⁰². Cette évaluation montre que **l'objectif d'instaurer « une culture de la lutte contre la douleur » a été en partie atteint**. Elle souligne la forte mobilisation des infirmiers dans l'amélioration de la prise en charge. Leur formation initiale et leur présence constante auprès des patient leur a semble-t-il permis de développer une « culture douleur » souvent plus marquée que chez de nombreux médecins.

¹⁰² Société Française de Santé Publique, 2 rue du Doyen Jacques Parisot – BP 7- 54501 Vandoeuvres-les- Nancy cedex.

La lutte contre tabagisme

En France la lutte contre le tabagisme est érigée au rang des priorités nationales, c'est une véritable priorité de santé publique. Cet engagement se retrouve dans les recommandations de la Conférence Nationale de Santé et dans les choix thématiques de nombreuses conférences régionales de Santé.

Même si la réglementation de l'usage du tabac en public n'est pas une affaire récente, le caractère prioritaire de lutte contre le tabagisme à l'hôpital est relativement nouveau. Il s'inscrit dans le courant de renaissance de la santé publique en France.

Des dispositifs réglementaires de 1976 et 1991 ont marqué la lutte contre le tabagisme mais se sont avérés insuffisants pour une action concrète et assidue dans les établissements de santé, leur portée est bien insuffisante. C'est pourquoi la politique du ministère de la Santé en 1999¹⁰³ et en 2000¹⁰⁴ resitue notamment avec plus de vigueur et de précision la place et le rôle de l'hôpital dans cette lutte. Un ferme engagement semble alors prendre naissance par la définition de recommandations d'organisation pour lutter contre le tabagisme. La France met progressivement en place un plan cohérent et transversal de lutte contre le tabagisme.

- Les dispositifs réglementaires et évènements marquants dans la lutte contre le tabagisme

La loi Veil du 9 juillet 1976 qui a réglementé la publicité pour le tabac dans les lieux publics et la presse a eu un effet d'inflexion marqué de la consommation du tabac.

Ensuite la loi Evin du 10 janvier 1991 par une interdiction plus large de la publicité pour le tabac, par une augmentation sensible son prix et par l'interdiction de fumer dans les lieux publics a constitué un point d'ancrage essentiel pour la prévention du tabagisme à l'hôpital.

Les raisons qui ont poussé les pouvoirs publics à être plus pressants dans la mise en œuvre d'une politique de prévention et d'aide au sevrage à l'hôpital sont nombreuses et peu discutées. Celles-ci ont notamment été exploitées et mises en évidence par la conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation de tabac des 8 et 9 octobre 1998¹⁰⁵ qui s'est tenue à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière à Paris. La teneur des débats est sans ambiguïté.

¹⁰³ Ibid 60

¹⁰⁴ Ibid 62

¹⁰⁵ « Conférence de consensus sur l'aide à l'arrêt de la consommation de tabac » réunie à Paris les 8 et 9 octobre 1998

« En 1998, il n'y a plus d'incertitude sur les méfaits de la consommation du tabac et les bénéfices de son arrêt. Dans tous les pays de niveau sanitaire comparable au nôtre la diminution de la consommation de tabac est de loin le plus important de tous les facteurs susceptibles d'agir favorablement sur la morbidité et la mortalité prématurée ». En France 60 000 décès prématurés sont dus au tabac. Aucun facteur de risque n'est aussi lourdement impliqué que le tabac dans l'apparition de maladies et la mort prématurée. D'ici 2030 le tabagisme pourrait être la première cause de mortalité dans le monde.

- Le tabagisme est une conduite addictive, d'où la problématique de prise en charge.

La progression de la science a permis de comprendre plus précisément ce qu'était le tabagisme et d'expliquer les difficultés à se séparer du tabac.

Le tabagisme est un comportement entretenu et renforcé par une dépendance dont la nicotine est responsable. Ce phénomène est une addiction, qui se traduit par l'incapacité à modifier aisément son comportement même face à la connaissance du risque. La cigarette est depuis une cinquantaine d'années le mode presque exclusif de consommation du tabac.

- **La prévention, la solution essentielle de lutte contre le tabagisme .**

La prévention du tabagisme se déploie, en fonction des situations des objectifs et des finalités poursuivis , sous la forme de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La lutte contre le tabagisme intègre deux actions simultanées et complémentaires :

- La prévention de l'initiation au tabagisme et du passage au tabagisme régulier.
- L'incitation et l'aide à l'arrêt pour les sujets déjà installés dans le tabagisme.

- L'hôpital dans la lutte contre le tabagisme

Le 8 juin 1999¹⁰⁶ le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale incitait par une circulaire à la conduite d'actions de sensibilisation, d'information et de prévention à l'hôpital à destination des soignants, des malades et des visiteurs. L'aide au sevrage était aussi suggérée. Le respect de la loi Evin était aussi explicitement rappelé.

- La prévention du tabagisme fait l'objet de critères d'accréditation

¹⁰⁶ Ibid 60

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a introduit dans le manuel d'accréditation des critères qui font directement référence au tabac.

Dans la partie concernant « Le patient et sa prise en charge », sous la référence « organisation de la prise en charge » deux critères ont été mentionnés :

- l'établissement met en œuvre une politique de prévention du tabagisme
- le patient bénéficie des actions d'éducation pour la santé correspondant à ses besoins.
 - o Ce dernier critère est explicité ainsi : « parmi les actions dont les patients peuvent avoir besoin « on citera la prévention et le sevrage du tabagisme, de l'alcoolisme ».

Dans la partie concernant « Le management et la gestion au service du patient », sous la référence « l'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes contre l'incendie » le critère suivant est précisé :

- l'établissement a mis en place une organisation pour prévenir le risque incendie.
 - o Ce critère est explicité ainsi « parmi les mesures de prévention contre le risque incendie, on citera les mesures visant à faire respecter l'interdiction de fumer. »

➤ La structuration de la lutte contre le tabagisme à l'hôpital

Le tabagisme est une dépendance qui a toute sa place dans le plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances du 16 juin 1999. L'orientation pour une **organisation de réponses coordonnées** et une politique générale de lutte contre les dépendances par un regroupement des structures chargées des différentes conduites addictives inclut la lutte contre le tabagisme.

L'année 2000¹⁰⁷ était destinée à la **mise en place des compétences en tabacologie** et à la **création des synergies dans la prise en charge des différentes addictions.**

Les souhaits des pouvoirs publics s'énonçaient ainsi :

- renforcement ou création de consultations hospitalières en tabacologie,
- création d'unités de coordination de tabacologie (U.C.T) afin :
 - o de mettre en place des **lieux de formation des professionnels de santé, des actions de formations, d'information et de prévention du tabagisme**,
 - o **de développer un travail de liaison** « lutte contre la dépendance tabagique ».

¹⁰⁷ Ibid 62

- mise en place d'un baromètre « Soignants sans tabac »

Le minimum attendu pour fin 2000 étant une consultation hospitalière de tabacologie pour chaque département français, d'ici 2005 chaque établissement de plus de 500 lits devra disposer d'une telle consultation.

La consultation de tabacologie a des attributions définies en matière de sevrage.

➤ **L'implication des équipes soignantes**

La structuration recommandée aux hôpitaux, s'appuie sur du **personnel médical formé à la tabacologie inscrit dans une équipe pluridisciplinaire. Infirmières, psychologues, diététiciennes effectuent du travail de liaison** dans le fonctionnement envisagé. **Les équipes soignantes en situation de proximité avec le patient, doivent être complètement impliquées et parties prenantes du dispositif. Pour cela tout soignant est censé être en capacité de délivrer les conseils minimum , une information sur le tabac et intégrer la notion de risques induits par le tabagisme actif et passif dans les soins aux patients.**

Les infirmières doivent pouvoir pour chaque personne hospitalisée s'enquérir de l'usage du tabac, rappeler l'interdiction de fumer à l'hôpital, analyser l'opinion et le comportement de la personne. Il s'agit de faire un éventuel bilan de dépendance par le recours aux outils adaptés et disponibles et de communiquer ensuite les résultats au médecin responsable de la lutte contre le tabagisme pour faciliter l'accès à l'arrêt et au sevrage du patient , mais aussi de son entourage.

Les médecins doivent aussi être mobilisés dans tout le processus de prise en charge et de sevrage du patient avec les liens qu'il entretient avec ses confrères formés à la tabacologie, pour le suivi de la personne. Mais le médecin est aussi concerné par le problème du tabagisme dans les unités de soins qui doit être abordé chez toute personne hospitalisée.

Tout un travail d'équipes pluridisciplinaires doit avoir lieu à tous les niveaux de prise en charge du malade, mais aussi de manière transversale pour :

- aider à l'évaluation de la situation d'un patient quant à sa dépendance tabagique, l'existence de troubles psychologiques et ou de problèmes médico-sociaux,
- ajuster ou initier un sevrage ou un traitement de substitution nicotinique pendant l'hospitalisation,

- proposer un suivi ultérieur par le médecin principalement responsable de la personne malade ou si nécessaire par la consultation de tabacologie.

A l'hôpital la lutte contre le tabagisme est le travail de tous, la coopération et la collaboration est au cœur de la problématique. Pour parvenir à relever ce qui pourrait être énoncé en terme de défi de santé publique l'hôpital dispose de nombreuses ressources externes par le biais des associations avec lesquelles il peut s'inscrire dans de réels partenariats.

- Des partenaires actifs aux côtés des hôpitaux.

Les associations qui contribuent au développement de la lutte et de la prévention du tabagisme sont nombreuses et sont autant de ressources pour l'action.

L'histoire de la lutte contre le tabagisme a été influencée par le Comité National Contre le Tabagisme fondé en 1868. C'est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique et soutenue par le Ministère de la Santé, elle a joué un rôle prépondérant pour l'adoption d'une législation pour la prévention du tabagisme.

Le Réseau Hôpital Sans Tabac est une association qui occupe une large place aux côtés de l'hôpital dans la stratégie de lutte contre le tabagisme à l'hôpital. Le lancement du réseau date du 10 décembre 1996, son objectif premier a porté sur la sensibilisation et la mobilisation des agents des établissements de santé pour la lutte contre le tabagisme. L'hôpital Sans Tabac est un objectif majeur de santé publique il alimente et corrobore ce que rappelait le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale dans la circulaire du 8 juin 1999 à savoir :

- l'hôpital n'est pas un lieu ordinaire, il a valeur d'exemple , c 'est un lieu à usage collectif au statut particulier. « Il est un lieu d'accueil des personnes malades, un lieu de travail et enfin un lieu de visite »¹⁰⁸.

Le Réseau Hôpital Sans Tabac est une association loi 1901 à l'initiative d'un partenariat entre la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (M.N.H) et l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (CHU 1). Aujourd'hui une centaine d'hôpitaux adhèrent au réseau. Ce Réseau anime les campagnes et journées de prévention, il est un support pédagogique et documentaire. Il diffuse en collaboration avec le Comité Français d'Education pour la Santé , la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, un guide

¹⁰⁸ Ibid 60

méthodologique de l'hôpital sans tabac utilisé comme outil central dans le développement de la lutte contre le tabagisme à l'hôpital.

Il est aussi à l'initiative d'une Charte en dix points « Hôpital sans tabac » citée en référence dans la circulaire du 8 juin 1999¹⁰⁹.

Plus récemment l'utilisation d'un dossier médical tabacologie standardisé a été préconisé par les pouvoirs publics. La mise en place de première intention a eu recours au dossier standardisé élaboré conjointement par le Comité Français d'Education pour la Santé, le Réseau Hôpital sans Tabac et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Ce dossier a été qualifié par les acteurs décisionnels en santé¹¹⁰ de support structurant pour permettre une prise en charge de qualité de la personne dépendante.

¹⁰⁹ Ibid 60

¹¹⁰ Ibid 62

Annexe 2

GUIDES ENTRETIEN DOULEUR

GUIDE DIRECTEUR DE SOINS / Thème lutte contre la douleur

<u>Questions</u>	<u>Exemples de réponses attendues</u>
<p>La lutte contre la douleur fait – elle partie d’un projet de l’établissement ? Cette préoccupation est-elle connue de tous les acteurs de l’établissement ?</p>	<p>Projet d’établissement, COM, projet de soins, projet de service, autre...</p>
<p>Comment la lutte contre la douleur s’inscrit-elle dans la politique de soins de l’établissement ?</p>	<p>Sous entendue dans ...lisible... Figure concrètement...</p>
<p>Comment le Directeur de soins joue-t-il un rôle dans le développement de cet axe de prévention ?</p>	<p>Niveau politique/ niveau opérationnel....</p> <p>Engagement institutionnel partagé, Forger des alliances,</p> <p>Facilitateur, médiateur Concepteur du plan d’actions, Formation, recrutement, Coordonnateur, Interface,</p> <p>Outils supports : projet de soins, CSSI, organigramme encadrement... « missions transversales »</p> <p>Recrutement /profils spécifiques..</p>
<p>Qu’est-ce qui facilite la réalisation de cet axe au travers des pratiques de soins ?</p>	<p><u>Au niveau des personnes</u> :</p> <p>Professionnelles sensibilisées par leur formation, Professionnels centrés sur une prise en charge globale du patient,</p> <p><u>Au niveau du management</u> :</p> <p>Cadre qui développe un management de négociation, Cadre qui exerce sa fonction dans un esprit de complémentarité, de partenariat,</p> <p><u>Au niveau des outils</u> :</p> <p>Outils supports des écrits soignants : dossier de soins Equipe qui manifeste une dimension professionnelle collective,</p> <p><u>Au niveau de l’organisation</u> :</p> <p>Service ouvert ...etc...</p>
<p>Comment faciliter l’appropriation de la dimension prévention par les professionnels soignants ?</p>	<p>Influences acteurs en position hiérarchiques, prescripteurs, Par l’exemple, Collaborations professionnelles pertinentes, Accompagnement / formation, Reconnaissance, diffusion des actions pertinentes, Moyens d’ouvertures/extérieur Meilleure contribution de la CSSI, du projet de</p>

	soins, etc...
Comment un axe de prévention, tel que la lutte contre la douleur déclinée à l'hôpital peut-il, doit-il s'inscrire dans l'esprit santé publique qui l'anime ?	Dépasser le cadre de l'hôpital, recours aux partenaires externes, associations, Elaborer des passerelles, des modes de fonctionnement en commun, travailler en collaboration Prendre appui sur les précurseurs.
Quels sont les acteurs et ou structures ressources sur lesquels le Directeur de soins peut prendre appui pour faciliter la diffusion d'axes de prévention dans les unités de soins ?	Equipe de direction, Président CME,.. Organismes de formation, Associations, Organismes sociaux, Tutelles, infirmière générale conseillère technique régionale, Groupes de travaux régionaux...
La lutte contre la douleur doit-elle concerner uniquement les professionnels de l'hôpital ? Tous les professionnels ? Précisez.	

GUIDE REFERENT / Thème lutte contre la douleur

<u>Questions</u>	<u>Exemples de réponses attendues</u>
<p>La lutte contre la douleur fait – elle partie d’un projet de l’établissement ? Cette préoccupation est-elle connue de tous les acteurs de l’établissement ?</p>	<p>Projet d’établissement, COM, projet de soins, projet de service, autre...</p>
<p>Quels sont les éléments moteurs, facilitateurs pour faire vivre cet axe de prévention à l’hôpital ?</p>	<p>Médecins, Population infirmières, Cadres de proximité... Infirmière Générale,</p> <p>Alliances, collaboration, Formation des professionnels,</p> <p>Direction volontaire,</p> <p>Ouverture à des acteurs externes etc...</p>
<p>Quels sont les freins, les obstacles, à la réalisation de la prévention à l’hôpital ?</p>	<p>Problèmes matériels, Problèmes environnement, Problèmes organisation, Problèmes de communication, Problèmes culturels, Problèmes de personnes, Hospitalo-centrisme,</p>
<p>Comment les soignants au plus près du patient sont-ils concernés par la lutte contre la douleur comment cela se manifeste-t-il ?</p>	<p>Il existe une préoccupation manifeste, lisible par le recueil de données, Le cadre de proximité travaille dans ce sens, Il existe un projet de service avec le paramètre prévention tabac, Je suis contacté par les professionnels,</p>
<p>Comment la politique de la Direction du service de soins infirmiers peut-elle être pertinente dans la diffusion de cet axe de prévention ?</p>	<p>Influences acteurs en position hiérarchiques, prescripteurs, Par l'exemple, Collaborations professionnelles pertinentes, Accompagnement / formation, Reconnaissance, diffusion des actions pertinentes, Moyens d'ouvertures/extérieur Meilleure contribution de la CSSI, du projet de soins, etc...</p>
<p>Comment les organisations (d’unités, de service, informelles) à l’intérieur de l’hôpital peuvent-elles faciliter l’appropriation de la démarche de prévention par les professionnels ?</p>	<p>Style de management, Style d'encadrement, Ouverture, fermeture de l'unité, vision institutionnelle, collective des activités professionnelles etc...</p>
<p>Comment un axe de prévention, tel que la lutte contre la douleur déclinée à l’hôpital peut-il, doit-il s’inscrire dans l’esprit santé publique qui l’anime ?</p>	<p>Dépasser le cadre de l'hôpital, recours aux partenaires externes, associations, Elaborer des passerelles, des modes de fonctionnement en commun, travailler en collaboration Prendre appui sur les précurseurs extérieurs.</p>
<p>La lutte contre la douleur doit-elle concerner uniquement les professionnels de l’hôpital ? Tous les professionnels ? Précisez.</p>	

GUIDE CADRE DE PROXIMITE / Thème lutte contre la douleur

Questions	Exemples de réponses attendues
<p>La lutte contre la douleur fait – elle partie d’un projet de l’établissement ? Cette préoccupation est-elle connue de tous les acteurs de l’établissement ?</p>	<p>Projet d’établissement, COM, projet de soins, projet de service, autre...</p>
<p>Quels sont les éléments moteurs, facilitateurs pour faire vivre cet axe de prévention à l’hôpital ?</p>	<p>Médecins, Population infirmières, Cadres de proximité... Infirmière Générale,</p> <p>Alliances, collaboration, communication Formation des professionnels,</p> <p>Direction volontaire,</p> <p>Ouverture à des acteurs externes etc...</p>
<p>Quels sont les freins, les obstacles, à la réalisation de la prévention à l’hôpital ?</p>	<p>Problèmes matériels, Problèmes environnement, Problèmes organisation, Problèmes culturels, Problèmes de personnes, Hospitalocentrisme,</p>
<p>Comment les soignants au plus près du patient sont-ils concernés par la lutte contre la douleur, comment cela se manifeste-t-il ?</p>	<p>Il existe une préoccupation manifeste, lisible par le recueil de données, Il s’agit d’une préoccupation de ma fonction, Il existe un projet de service avec le paramètre prévention douleur, il se décline...</p>
<p>Comment la politique de la Direction du service de soins infirmiers peut-elle être pertinente dans la diffusion de cet axe de prévention ?</p>	<p>Influences acteurs en position hiérarchiques, prescripteurs, Par l’exemple, Collaborations professionnelles pertinentes, Accompagnement / formation, Reconnaissance, diffusion des actions pertinentes, Moyens d’ouvertures/extérieur Meilleure contribution de la CSSI, du projet de soins, etc...</p>
<p>Comment les organisations (d’unités, de service, informelles) à l’intérieur de l’hôpital peuvent-elles faciliter l’appropriation de la démarche de prévention par les professionnels ?</p>	<p>Style de management, Style d’encadrement, Ouverture, fermeture de l’unité, vision institutionnelle, collective des activités professionnelles etc...</p>
<p>Comment un axe de prévention, tel que la lutte contre la douleur déclinée à l’hôpital peut-il, doit-il s’inscrire dans l’esprit santé publique qui l’anime ?</p>	<p>Dépasser le cadre de l’hôpital, recours aux partenaires externes, associations, Elaborer des passerelles, des modes de fonctionnement en commun, travailler en collaboration Prendre appui sur les précurseurs extérieurs.</p>
<p>La lutte contre la douleur doit-elle concerner uniquement les professionnels de l’hôpital ? Tous les professionnels ? Précisez.</p>	

GUIDE INFIRMIERE D'UNITE DE SOINS / Thème lutte contre la douleur

<u>Questions</u>	<u>Exemples de réponses attendues</u>
La lutte contre la douleur fait – elle partie d'un projet de l'établissement ?	Projet d'établissement, COM, projet de soins, projet de service, autre...
L'activité lutte contre la douleur fait-elle partie de votre mission ?	Oui, non, mais...
Quels sont les freins, les obstacles, à la réalisation de la prévention dans votre exercice professionnel ?	Problèmes matériels, temps... Problèmes environnement, je ne sais pas... Problèmes organisation, Problèmes culturels, Problèmes de personnes, Hospitalo-centrisme,
Comment les soignants au plus près du patient sont-ils concernés par la lutte contre la douleur, comment cela se manifeste-t-il ?	Il existe une préoccupation manifeste, lisible par le recueil de données, Il s'agit d'une préoccupation de ma fonction, Il existe un projet de service avec le paramètre prévention douleur, il se décline...
Comment l'Infirmière Générale peut-elle agir pour être pertinente dans la diffusion de cet axe de prévention ?	Influences acteurs en position hiérarchiques, prescripteurs, Par l'exemple, Collaborations professionnelles pertinentes, Accompagnement / formation, Reconnaissance, diffusion des actions pertinentes, Moyens d'ouvertures/extérieur Meilleure contribution de la CSSI, du projet de soins, etc...
Comment le fonctionnement de l'unité de soins peut aider à la réalisation de la démarche de prévention par les professionnels ?	Style de management, Style d'encadrement, Ouverture, fermeture de l'unité, vision institutionnelle, collective des activités professionnelles etc...
Comment la surveillante peut faciliter la mise en œuvre de la dimension prévention des soins dans l'unité ?	Si elle a établie une bonne collaboration professionnelle avec les médecins du service, Si elle est soutenue par l'Infirmière Générale
Comment un axe de prévention, tel que la lutte contre la douleur déclinée à l'hôpital peut-il, doit-il s'inscrire dans l'esprit santé publique qui l'anime ?	Dépasser le cadre de l'hôpital, recours aux partenaires externes, associations, Elaborer des passerelles, des modes de fonctionnement en commun, travailler en collaboration Prendre appui sur les précurseurs extérieurs.
Comment la lutte contre la douleur doit-elle se développer dans l'hôpital ?	Par la formation des professionnels, Par une volonté de la Direction, Par une bonne communication entre les acteurs, Par des moyens, Par une organisation adaptée....
Communiquez-vous avec d'autres professionnels (soignants , non soignants) dans l'hôpital , à l'extérieur pour répondre aux besoins de santé des patients que vous prenez en charge ? Avez-vous recours à des ressources externes ?	Souvent, peu, jamais,... Structures médico-sociales extérieures, Associations, Comités,

Votre action de lutte contre la douleur doit-elle être réalisée dans une perspective individuelle et /ou collective ? Pouvez-vous m'expliquer ?	
Procédez-vous à un recueil de données à l'accueil des patients ? Travaillez-vous avec la démarche de soins ?	
La lutte contre la douleur doit-elle concerner uniquement les professionnels de l'hôpital ? Tous les professionnels ? Précisez.	

Annexe 3

GUIDES D'ENTRETIEN SUR LE THEME DU TABAC

GUIDE DIRECTEUR DE SOINS / Thème tabac

<u>Questions</u>	<u>Exemples de réponses attendues</u>
<p>La lutte contre la tabagisme fait – elle partie d'un projet de l'établissement ?</p> <p>Cette préoccupation est-elle connue de tous les acteurs de l'établissement ?</p>	<p>Projet d'établissement, COM, projet de soins, projet de service, autre...</p>
<p>Comment la lutte contre le tabagisme s'inscrit-elle dans la politique de soins de l'établissement ?</p>	<p>Sous entendue dans ...lisible...</p> <p>Figure concrètement...</p>
<p>Comment le Directeur de soins joue-t-il un rôle dans le développement de cet axe de prévention ?</p>	<p>Niveau politique/ niveau opérationnel....</p> <p>Engagement institutionnel partagé, Forger des alliances,</p> <p>Facilitateur, médiateur Concepteur du plan d'actions, Formation, recrutement, Coordonnateur, Interface,</p> <p>Outils supports : projet de soins, CSSI, organigramme encadrement... « missions transversales »</p> <p>Recrutement /profils spécifiques..</p>
<p>Qu'est-ce qui facilite la réalisation de cet axe au travers des pratiques de soins ?</p>	<p><u>Au niveau des personnes</u> :</p> <p>Professionnelles sensibilisées par leur formation, Professionnels centrés sur une prise en charge globale du patient,</p> <p><u>Au niveau du management</u> :</p> <p>Cadre qui développe un management de négociation, Cadre qui exerce sa fonction dans un esprit de complémentarité, de partenariat,</p> <p><u>Au niveau des outils</u> :</p> <p>Outils supports des écrits soignants : dossier de soins Equipe qui manifeste une dimension professionnelle collective,</p> <p><u>Au niveau de l'organisation</u> :</p> <p>Service ouvert ...etc...</p>
<p>Comment faciliter l'appropriation de la dimension prévention par les professionnels soignants ?</p>	<p>Influences acteurs en position hiérarchiques, prescripteurs, Par l'exemple, Collaborations professionnelles pertinentes, Accompagnement / formation, Reconnaissance, diffusion des actions pertinentes, Moyens d'ouvertures/extérieur Meilleure contribution de la CSSI, du projet de soins, etc...</p>
<p>Comment un axe de prévention, tel que la lutte contre le tabagisme décliné à l'hôpital peut-il, doit-il s'inscrire dans l'esprit santé publique qui l'anime?</p>	<p>Dépassez le cadre de l'hôpital, recours aux partenaires externes, associations, Elaborer des passerelles, des modes de</p>

	<p>fonctionnement en commun, travailler en collaboration</p> <p>Prendre appui sur les précurseurs.</p>
<p>Quels sont les acteurs et ou structures ressources sur lesquels le Directeur de soins peut prendre appui pour faciliter la diffusion d'axes de prévention dans les unités de soins ?</p>	<p>Equipe de direction, Président CME,.. Organismes de formation, Associations, Organismes sociaux, Tutelles, infirmière générale conseillère technique régionale, Groupes de travaux régionaux...</p>

GUIDE REFERENT / Thème tabac

Questions	Exemples de réponses attendues
<p>La lutte contre la tabagisme fait – elle partie d'un projet de l'établissement ? Cette préoccupation est-elle connue de tous les acteurs de l'établissement ?</p>	<p>Projet d'établissement, COM, projet de soins, projet de service, autre...</p>
<p>Quels sont les éléments moteurs, facilitateurs pour faire vivre cet axe de prévention à l'hôpital ?</p>	<p>Médecins, Population infirmières, Cadres de proximité... Infirmière Générale, Alliances, collaboration, Formation des professionnels, Direction volontaire, Ouverture à des acteurs externes etc...</p>
<p>Quels sont les freins, les obstacles, à la réalisation de la prévention à l'hôpital ?</p>	<p>Problèmes matériels, Problèmes environnement, Problèmes organisation, Problèmes de communication, Problèmes culturels, Problèmes de personnes, Hospitalo-centrisme,</p>
<p>Comment les soignants au plus près du patient sont-ils concernés par la lutte contre la tabagisme, comment cela se manifeste-t-il ?</p>	<p>Il existe une préoccupation manifeste, lisible par le recueil de données, Le cadre de proximité travaille dans ce sens, Il existe un projet de service avec le paramètre prévention tabac, Je suis contacté par les professionnels,</p>
<p>Comment la politique de la Direction du service de soins infirmiers peut-elle être pertinente dans la diffusion de cet axe de prévention ?</p>	<p>Influences acteurs en position hiérarchiques, prescripteurs, Par l'exemple, Collaborations professionnelles pertinentes, Accompagnement / formation, Reconnaissance, diffusion des actions pertinentes, Moyens d'ouvertures/extérieur Meilleure contribution de la CSSI, du projet de soins, etc...</p>
<p>Comment les organisations (d'unités, de service, informelles) à l'intérieur de l'hôpital peuvent-elles faciliter l'appropriation de la démarche de prévention par les professionnels ?</p>	<p>Style de management, Style d'encadrement, Ouverture, fermeture de l'unité, vision institutionnelle, collective des activités professionnelles etc...</p>
<p>Comment un axe de prévention, tel que la lutte contre le tabagisme décliné à l'hôpital peut-il, doit-il s'inscrire dans l'esprit santé publique qui l'anime ?</p>	<p>Dépasser le cadre de l'hôpital, recours aux partenaires externes, associations, Elaborer des passerelles, des modes de fonctionnement en commun, travailler en collaboration Prendre appui sur les précurseurs extérieurs.</p>

Annexe 4

Catégorie des Infirmières : Synthèse entretiens

Infirmières A	Infirmières B	Infirmières C
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Politique d'établissement, volonté politique affirmée. Cadre institutionnel, le projet : projet de soins, projet de service ✓ Prévention, partie intégrante du soin ✓ Le patient est une personne placée au centre de l'action, accueillie, besoins évalués, consignés, ✓ Prise en charge globale, outils supports d'analyse, dossier de soins partagés. ✓ Mission de l'infirmière : professionnalisme affirmé, démarche de soins au cœur de la prévention ✓ Complémentarité avec le corps médical ✓ Place et rôle essentiels du cadre, moteur, animateur, à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité. ✓ Collaborations de qualité entre tous les acteurs d'une unité. ✓ Valorisation professionnelle. ✓ Une contribution à l'action collective, action hors des murs du service. ✓ Collaboration inter-services, corrélation des actions de chacun et de tous ✓ Dynamique d'équipe à tous les niveaux, action collective commune institutionnelle. ✓ Mobiliser les acteurs médicaux à partir des valeurs partagées, les impliquer comme ressources. ✓ Pluridisciplinarité. ✓ Ouverture à tous les professionnels, de la dynamique de coopération d'échanges. ✓ Ouverture de l'hôpital, moteur au centre de l'action, mais aussi en recherche de ressources à l'extérieur. ✓ La lutte contre la douleur = du temps ✓ Multiplication de lieux communs d'échanges. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un projet de l'établissement, former à la lutte contre la douleur. ✓ Disposer d'un cadre qui développe l'esprit infirmier ✓ Mission de l'infirmière, dimension préventive est essentielle. ✓ Réponse à un besoin des soignants ✓ Le cadre infirmier est un acteur essentiel : moteur, courroie de transmission, ✓ Une équipe soutenue ✓ Une prise en charge globale du malade ✓ Privilegier l'accueil du patient avec le recueil de ses besoins. ✓ Volonté d'équipe ✓ Action collective. Implication acteurs médico-sociaux est fondamentale ✓ Une question de sens et de pratiques professionnelles qui dépasse l'acte chirurgical et l'acte curatif, il faut faire travailler les professionnels ensemble pour définir le sens. ✓ Des outils infirmiers indispensables, les transmissions ciblées pour évaluer les soins ✓ Relations entre les professionnels sont fondamentales. ✓ Coopération avec la hiérarchie, une hiérarchie moins prégnante. ✓ Ouverture professionnelle est indispensable pour une vision collective. Mobilité inter service permet une bonne collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet établissement, un cadre institutionnel ✓ Mission de l'infirmière, prévention, soulagement, traitement. ✓ Démarche de soins, support d'une action efficace à développer, recours aux outils infirmiers essentiel, transmissions ciblées, recensement et évaluation des besoins du malade. ✓ Raisonnement professionnel infirmier influent ✓ Dimension « professionnelle » à intégrer, à développer ✓ Valeurs professionnelles à faire évoluer. ✓ Cadre infirmier à une place primordiale : coordination, sensibilisation. ✓ Résolution de problèmes relationnels avec le corps médical ✓ Des interdépendances à valoriser, des échanges à optimiser ✓ Des passerelles entre les services ✓ Ouverture des territoires fondamentale ✓ Mobiliser, activer les professionnels influents pour coopérer ✓ Valorisation groupes pluriprofessionnels, Pluridisciplinarité à développer ✓ Coopération avec l'environnement à améliorer ✓ Implication avec les acteurs externes à améliorer. ✓ Gestion de l'inattendu

Catégorie des Cadres : Synthèse entretiens

Cadres A	Cadres B	Cadres C
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volonté institutionnelle affirmée, sens partagé, finalité « le malade ». ✓ Mobilisation des équipes. Cadre mobilise par une philosophie de soins « le malade au centre », valeur partagée incontournable. ✓ Force de la prévention, dynamique soignante, soignants, équipes sont les moteurs de la lutte contre la douleur. ✓ Corrélation des soins. Organisation en cohérence. Outils de travail consensuels, partagés. ✓ Professionnalisme infirmier fondé sur le patient au centre. ✓ Pratiques infirmières en cohérence et authentiques, patient accueilli, besoins recensés, transmissions ciblées, dossier de soin partagé. ✓ Un exercice infirmier autonome affirmé, rôle propre, soin dans toutes ses dimensions. ✓ Collaboration ancrée dans la complémentarité avec le corps médical. ✓ Complémentarités professionnelles, support pertinent. ✓ Alliances pertinentes. ✓ Ouverture de tous les territoires. <p>Déclioisonnement entre les services par toutes les formes de coopération, ouverture, contacts, politique mobilité gestion ressources humaines, échanges médicaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ouverture, recours et intégration à toutes les disciplines, tous les professionnels, kinésithérapeutes, manipulateurs électro radiologie, ergothérapeutes. <p>Pluridisciplinarité, transversalité, dans et hors des murs.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Invention, exploitation des idées novatrices. ✓ Intégration des différences, pas d'épreuves de force, Ouverture de l'hôpital, coopération avec les associations 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le projet d'établissement, un cadre institutionnel. ✓ Animation de groupe, accompagnement, soutien de la hiérarchie. ✓ Dimension et sens institutionnel doivent animer le cadre d'unité qui joue un rôle important de relais. ✓ Le référent douleur est le moteur de la dynamique pour atteindre tous les services. ✓ Dépasse le cadre théorique, doit investir la pratique quotidienne. ✓ Conception de soins à faire évoluer, « se recentrer sur le patient » et « le mettre au centre » ✓ Révision de la conception de la prise en charge globale du malade, sortir du travail à la tâche et du travail en exclusif binôme. ✓ Investissement du rôle propre de l'infirmière au delà de la prise en charge médicale. ✓ Un langage commun à objectiver, à acquérir. ✓ Collaboration médicale indispensable ✓ Multidisciplinarité, un travail de collaboration pluridisciplinaire ✓ Déclioisonner, sortir du schéma d'organisation disciplinaire. ✓ Le collectif doit être fondé avec tous les acteurs institutionnels de tous les services, de toutes les unités. ✓ Evaluation et réajustement des pratiques infirmières. ✓ Contrôle des pratiques professionnelles par l'évaluation du dossier de soins. ✓ Création de l'ouverture par implication de l'encadrement pour casser l'autarcie. <p>La construction de la démarche revient aux acteurs. La participation de tous est fondamentale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet institutionnel, volonté institutionnelle. ✓ Préoccupation d'équipe, préoccupation de soignants ✓ Implication de tous, ✓ Moduler la dimension d'expertise, bien se centrer sur l'aspect prévention. ✓ Cibler le patient plus que le symptôme « douleur » ✓ Intégration des besoins du patient à systématiser ✓ Cadre d'unité à un rôle essentiel pour influencer sur la coopération médicale. ✓ Le cadre d'unité est le référent naturel pour animer l'espace soins infirmiers. ✓ Implication médicale indispensable ✓ Les outils infirmiers sont fondamentaux pour développer la prévention qui impose la démarche de soins. Recours indispensable aux transmissions ciblées. ✓ Mobilisation et coopération de tous les acteurs institutionnels. ✓ Cohérence de tous les acteurs dans tous les secteurs et entre les secteurs à observer ✓ Pluridisciplinarité et coopération inter services ✓ Ouverture de l'hôpital en direction des professionnels libéraux à développer

Catégorie des Référents : Synthèse entretiens

Référents A	Référents B	Référents C
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volonté politique institutionnelle déclinée par les projets. ✓ Des échanges, du travail en réseau, du maillage, des gens qui se parlent. ✓ Mobilisation collective, implication de tous les professionnels ✓ Coopération informelle et formelle. ✓ Coopération avec les patients ✓ Prise en charge globale du malade Appropriation d'outils, de supports infirmiers partagés, harmonisation des pratiques. ✓ Professionnalisme infirmier, soignants positionnés. Rôle propre moteur (soins de confort, d'hygiène, relationnels), incitatif pour la coopération avec le corps médical. ✓ Recensement des besoins du malade, l'accueillir. ✓ Place et rôle prépondérants et essentiels des cadres pour l'implication collective, le sens des activités, leurs finalité, et la collaboration avec les médecins. ✓ Valorisation des initiatives individuelles et collectives ✓ Complémentarité et partage avec le corps médical. ✓ Complémentarité aussi avec tous les autres professionnels à tous les niveaux, par les activités communes par des actions plus ponctuelles. ✓ Ouverture inter services, mise en commun, travail ensemble, partenariat ✓ Multidisciplinarité, transversalité. ✓ Dynamique de volontariat ✓ Inventivité, ✓ Opportunisme, ✓ Diplomatique, dynamique d'inclusion, intégration des féodalités ✓ Du temps, travail de longue haleine Satisfaction des patients, un hôpital reconnu. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet institutionnel fort. ✓ Pression environnementale. ✓ Collectif à faire vivre, produire du décloisonnement ✓ Promouvoir de la transversalité ✓ Priorités partagées à définir. ✓ Des acteurs de lien à définir. ✓ Dépasser le discours ambiant. ✓ Une fonction de relais entre le Directeur des soins et le terrain pour le Cadre infirmier d'unité. ✓ Influence mobilisatrice professionnelle très forte du Cadre infirmier expert. ✓ Valorisation, mise en avant de l'exercice infirmier, de l'expertise infirmière, du sens infirmier. ✓ Dynamisme soignant moteur par sa proximité avec le malade. ✓ Pratiques professionnelles soignantes constituent la force de l'action. ✓ Rôle propre infirmier très développé. ✓ Un lien entre pathologie et prévention à démonter, ✓ Polyvalence, polyvalence infirmières. ✓ Collaboration avec l'ensemble des partenaires, avec tous les acteurs de l'hôpital. Nécessité d'un moteur médical. ✓ Une mobilisation médicale à obtenir, prendre appui sur la législation. ✓ Collaboration par les structures formelles de l'hôpital (conseils de service, réunions de service, commission médicale d'établissement. ✓ Alliances non médicales à optimiser. ✓ Cohésion à développer, dissidence à débutsquer. ✓ Répétition constante du sens à suivre. ✓ Ouverture par investissement du champ de l'anthropologie. ✓ Combat, contre offensive., cristallisation des conflits catégoriels, lutte contre la latrogénie. ✓ Prénance infirmière à canaliser. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet institutionnel ✓ Réponse à une nécessité ambiante, à une pression environnementale médiatique ✓ Mise en place d'un CLUD ✓ Animation du CLUD ✓ Dynamique d'experts ✓ Dynamique de soignants, disposent d'outils appropriés aux soins dans toutes les dimensions, démarche de soins... ✓ Professionnalisme infirmier à faire émerger. ✓ Motivation centrée sur une demande professionnelle infirmière. ✓ Inscription dans le cadre législatif de l'exercice infirmier. ✓ Soignants sensibilisés à la problématique de la douleur ✓ Diffusion, généralisation de la problématique douleur, ✓ Démultiplication de savoirs, de connaissances ✓ Le cadre infirmier à une fonction de soutien. ✓ Implication de tous les acteurs de l'établissement ✓ Dépasse les barrières catégorielles ✓ Coopération médicaux paramédicaux pour une prise en charge adaptée du patient. ✓ La dimension d'expertise est au centre. ✓ Une affaire de référent: Il est moteur, il donne le sens. ✓ Les échanges, le partage sont à l'initiative du référent ✓ L'implication est le fait de la formation ✓ Transfert de connaissances par l'expert ✓ Investissement professionnel ✓ Transversalité. ✓ Politique de pluridisciplinarité et de coopération en marche. ✓ Collaboration ✓ Diffusion et partage du projet ✓ Convergence des acteurs ✓ Ouverture fondée sur la prestation formation qui fait l'objet de partenariats

Annexe 5

Etablissement A : Synthèse entretiens

Infirmières	Cadres d'unités	Référents
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Politique d'établissement, volonté politique affirmée. Cadre institutionnel, le projet : projet de soins, projet de service ✓ Prévention, partie intégrante du soin ✓ Le patient est une personne placée au centre de l'action, accueillie, besoins évalués, consignés, ✓ Prise en charge globale, outils supports d'analyse, dossier de soins partagés. ✓ Mission de l'infirmière : professionnalisme affirmé, démarche de soins au cœur de la prévention ✓ Complémentarité avec le corps médical ✓ Place et rôle essentiels du cadre, moteur, animateur, à l'intérieur et à l'extérieur de l'unité. ✓ Collaborations de qualité entre tous les acteurs d'une unité. ✓ Valorisation professionnelle. ✓ Une contribution à l'action collective, action hors des murs du service. ✓ Collaboration inter-services, corrélation des actions de chacun et de tous ✓ Dynamique d'équipe à tous les niveaux, action collective commune institutionnelle. ✓ Mobiliser les acteurs médicaux à partir des valeurs partagées, les impliquer comme ressources. ✓ Pluridisciplinarité. ✓ Ouverture à tous les professionnels, de la dynamique de coopération d'échanges. ✓ Ouverture de l'hôpital, moteur au centre de l'action, mais aussi en recherche de ressources à l'extérieur. ✓ La lutte contre la douleur = du temps ✓ Multiplication de lieux communs d'échanges. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volonté institutionnelle affirmée, sens partagé, finalité « le malade ». ✓ Mobilisation des équipes. Cadre mobilise par une philosophie de soins « le malade au centre », valeur partagée incontournable. ✓ Force de la prévention, dynamique soignante, soignants, équipes sont les moteurs de la lutte contre la douleur. ✓ Corrélation des soins. Organisation en cohérence. Outils de travail consensuels, partagés. ✓ Professionnalisme infirmier fondé sur le patient au centre. ✓ Pratiques infirmières en cohérence et authentiques, patient accueilli, besoins recensés, transmissions ciblées, dossier de soin partagé. ✓ Un exercice infirmier autonome affirmé, rôle propre, soin dans toutes ses dimensions. ✓ Collaboration ancrée dans la complémentarité avec le corps médical. ✓ Complémentarités professionnelles, support pertinent. ✓ Alliances pertinentes. ✓ Ouverture de tous les territoires. Décloisonnement entre les services par toutes les formes de coopération, ouverture, contacts, politique mobilité gestion ressources humaines, échanges médicaux. ✓ Ouverture, recours et intégration à toutes les disciplines, tous les professionnels, kinésithérapeutes, manipulateurs électro radiologie, ergothérapeutes. ✓ Pluridisciplinarité, transversalité, dans et hors des murs. ✓ Invention, exploitation des idées novatrices. ✓ Intégration des différences, pas d'épreuves de force, ✓ Ouverture de l'hôpital, coopération avec les associations 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Volonté politique institutionnelle déclinée par les projets. ✓ Des échanges, du travail en réseau, du maillage, des gens qui se parlent. ✓ Mobilisation collective, implication de tous les professionnels ✓ Coopération informelle et formelle. ✓ Coopération avec les patients ✓ Prise en charge globale du malade ✓ Appropriation d'outils, de supports infirmiers partagés, harmonisation des pratiques. ✓ Professionnalisme infirmier, soignants positionnés. Rôle propre moteur (soins de confort, d'hygiène, relationnels), incitatif pour la coopération avec le corps médical. ✓ Recensement des besoins du malade, l'accueillir. ✓ Place et rôle prépondérants et essentiels des cadres pour l'implication collective, le sens des activités, leurs finalités, et la collaboration avec les médecins. ✓ Valorisation des initiatives individuelles et collectives ✓ Complémentarité et partage avec le corps médical. ✓ Complémentarité aussi avec tous les autres professionnels à tous les niveaux, par les activités communes par des actions plus ponctuelles. ✓ Ouverture inter services, mise en commun, travail ensemble, partenariat ✓ Multidisciplinarité, transversalité. ✓ Dynamique de volontariat ✓ Inventivité, ✓ Opportunisme, ✓ Diplomatique, dynamique d'inclusion, intégration des féodalités ✓ Du temps, travail de longue haleine ✓ Satisfaction des patients, un hôpital reconnu.

Etablissement B : Synthèse entretiens

Infirmières	Cadres d'unités	Référents
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un projet de l'établissement, former à la lutte contre la douleur. ✓ Disposer d'un cadre qui développe l'esprit infirmier ✓ Mission de l'infirmière, dimension préventive est essentielle. ✓ Réponse à un besoin des soignants ✓ Le cadre infirmier est un acteur essentiel : moteur, courroie de transmission, ✓ Une équipe soutenue ✓ Une prise en charge globale du malade ✓ Privilégier l'accueil du patient avec le recueil de ses besoins. ✓ Volonté d'équipe ✓ Action collective. Implication acteurs médico-sociaux est fondamentale ✓ Une question de sens et de pratiques professionnelles qui dépasse l'acte chirurgical et l'acte curatif, il faut faire travailler les professionnels ensemble pour définir le sens. ✓ Des outils infirmiers indispensables, les transmissions ciblées pour évaluer les soins ✓ Relations entre les professionnels sont fondamentales. ✓ Coopération avec la hiérarchie, une hiérarchie moins prégnante. ✓ Ouverture professionnelle est indispensable pour une vision collective. ✓ Mobilité inter service permet une bonne collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le projet d'établissement, un cadre institutionnel. ✓ Animation de groupe, accompagnement, soutien de la hiérarchie. ✓ Dimension et sens institutionnel doivent animer le cadre d'unité qui joue un rôle important de relais. ✓ Le référent douleur est le moteur de la dynamique pour atteindre tous les services. ✓ Dépasse le cadre théorique, doit investir la pratique quotidienne. ✓ Conception de soins à faire évoluer, « se recentrer sur le patient » et « le mettre au centre » ✓ Révision de la conception de la prise en charge globale du malade, sortir du travail à la tâche et du travail en exclusif binôme. ✓ Investissement du rôle propre de l'infirmière au delà de la prise en charge médicale. ✓ Un langage commun à objectiver, à acquérir. ✓ Collaboration médicale indispensable ✓ Multidisciplinarité, un travail de collaboration pluridisciplinaire ✓ Décloisonner, sortir du schéma d'organisation disciplinaire. ✓ Le collectif doit être fondé avec tous les acteurs institutionnels de tous les services, de toutes les unités. ✓ Evaluation et réajustement des pratiques infirmières. ✓ Contrôle des pratiques professionnelles par l'évaluation du dossier de soins. ✓ Création de l'ouverture par implication de l'encadrement pour casser l'autarcie. La construction de la démarche revient aux acteurs. La participation de tous est fondamentale. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet institutionnel fort. ✓ Pression environnementale. ✓ Collectif à faire vivre, produire du décloisonnement ✓ Promouvoir de la transversalité ✓ Priorités partagées à définir. ✓ Des acteurs de lien à définir. ✓ Dépasser le discours ambiant. ✓ Une fonction de relais entre le Directeur des soins et le terrain pour le Cadre infirmier d'unité. ✓ Influence mobilisatrice professionnelle très forte du Cadre infirmier expert. ✓ Valorisation, mise en avant de l'exercice infirmier, de l'expertise infirmière, du sens infirmier. ✓ Dynamisme soignant moteur par sa proximité avec le malade. ✓ Pratiques professionnelles soignantes constituent la force de l'action. ✓ Rôle propre infirmier très développé. ✓ Un lien entre pathologie et prévention à démonter, ✓ Polyvalence, polycompétence infirmières. ✓ Collaboration avec l'ensemble des partenaires, avec tous les acteurs de l'hôpital. Nécessité d'un moteur médical. ✓ Une mobilisation médicale à obtenir, prendre appui sur la législation. ✓ Collaboration par les structures formelles de l'hôpital (conseils de service, réunions de service, commission médicale d'établissement. ✓ Alliances non médicales à optimiser. ✓ Cohésion à développer, dissidence à débutsquer. ✓ Répétition constante du sens à suivre. ✓ Ouverture par investissement du champ de l'anthropologie. ✓ Combat, contre offensive, cristallisation des conflits catégoriels, lutte contre la latrogénie. ✓ Prégnance infirmière à canaliser.

Etablissement C : Synthèse des entretiens

Infirmières	Cadres d'unités	Références
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet établissement, un cadre institutionnel ✓ Mission de l'infirmière, prévention, soulagement, traitement. ✓ Démarche de soins, support d'une action efficace à développer, recours aux outils infirmiers essentiel, transmissions ciblées, recensement et évaluation des besoins du malade. ✓ Raisonnement professionnel infirmier influent ✓ Dimension « professionnelle » à intégrer, à développer ✓ Valeurs professionnelles à faire évoluer. ✓ Cadre infirmier à une place primordiale : coordination, sensibilisation. ✓ Résolution de problèmes relationnels avec le corps médical ✓ Des interdépendances à valoriser, des échanges à optimiser ✓ Des passerelles entre les services ✓ Ouverture des territoires fondamentale ✓ Mobiliser, activer les professionnels influents pour coopérer ✓ Valorisation groupes pluriprofessionnels, Pluridisciplinarité à développer ✓ Coopération avec l'environnement à améliorer ✓ Implication avec les acteurs externes à améliorer. ✓ Gestion de l'inattendu 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet institutionnel, volonté institutionnelle. ✓ Préoccupation d'équipe, préoccupation de soignants ✓ Implication de tous, ✓ Moduler la dimension d'expertise, bien se centrer sur l'aspect prévention. ✓ Cibler le patient plus que le symptôme « douleur » ✓ Intégration des besoins du patient à systématiser ✓ Cadre d'unité à un rôle essentiel pour influencer sur la coopération médicale. ✓ Le cadre d'unité est le référent naturel pour animer l'espace soins infirmiers. ✓ Implication médicale indispensable ✓ Les outils infirmiers sont fondamentaux pour développer la prévention qui impose la démarche de soins. Recours indispensable aux transmissions ciblées. ✓ Mobilisation et coopération de tous les acteurs institutionnels. ✓ Cohérence de tous les acteurs dans tous les secteurs et entre les secteurs à observer ✓ Pluridisciplinarité et coopération inter services ✓ Ouverture de l'hôpital en direction des professionnels libéraux à développer 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet institutionnel ✓ Réponse à une nécessité ambiante, à une pression environnementale médiatique ✓ Mise en place d'un CLUD ✓ Animation du CLUD ✓ Dynamique d'experts ✓ Dynamique de soignants, disposent d'outils appropriés aux soins dans toutes les dimensions, démarche de soins... ✓ Professionnalisme infirmier à faire émerger. ✓ Motivation centrée sur une demande professionnelle infirmière. ✓ Inscription dans le cadre législatif de l'exercice infirmier. ✓ Soignants sensibilisés à la problématique de la douleur ✓ Diffusion, généralisation de la problématique douleur, Démultiplication de savoirs, de connaissances ✓ Le cadre infirmier à une fonction de soutien. ✓ Implication de tous les acteurs de l'établissement ✓ Dépasse les barrières catégorielles ✓ Coopération médicaux paramédicaux pour une prise en charge adaptée du patient. ✓ La dimension d'expertise est au centre. ✓ Une affaire de référent. Il est moteur, il donne le sens. ✓ Les échanges, le partage sont à l'initiative du référent ✓ L'implication est le fait de la formation ✓ Transfert de connaissances par l'expert ✓ Investissement professionnel ✓ Transversalité. ✓ Politique de pluridisciplinarité et de coopération en marche. ✓ Collaboration ✓ Diffusion et partage du projet ✓ Convergence des acteurs ✓ Ouverture fondée sur la prestation formation qui fait l'objet de partenariats

Annexe 6

Synthèse des entretiens des professionnels concernant la tabacologie

MSP CHU 2.	MSP CHU 1	CIS CHU 1
Département de la stratégie	Fonction transversale	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Harmonisation des logiques ✓ Conseil minimal, une affaire de tous ✓ Rôle de tous, ✓ Coopération de tous les acteurs institutionnels ✓ Tabacologue, surtout conseil et formateur, assistant pour développement et intégration prévention, et thérapeute si addition. ✓ Tabacologie = une équipe de liaison multidisciplinaire ✓ Un projet institutionnel porté et déployé par tous les acteurs sans distinction catégorielle, ni hiérarchique = transversalité et pluridisciplinarité ✓ Politique institutionnelle de conjonction, ✓ Volonté et motivations professionnelles, ✓ Des acteurs de liaisons 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promotion e la santé, dépasse le seul cadre des soignants. ✓ Partenariat avec autres acteurs et associations, collectivités territoriales. ✓ Des alliances pertinentes ✓ Cadre institutionnel, une volonté politique forte, pluridisciplinarité ✓ Implication de toutes les Directions ✓ Les cadres d'unités de soins ont un rôle très important pour faire avancer ✓ N'importe quel acteur initiateur est a retenir, responsabilité de tous ✓ La tabacologie entre dans le champ de l'éducation sanitaire, une mission de l'infirmière ✓ Autonomie professionnelle conférée par le rôle propre à investir ✓ L'infirmière agit en collaboration avec le médecin. ✓ Mais aussi avec d'autres professionnels, la situation de la personne s'appréhende dans un contexte global, interactions avec d'autres pathologies mais aussi inscrire la démarche dans la trajectoire du patient, dans son environnement social, familial etc. Il s'agit d'une prise en charge globale de la personne, sa trajectoire débute hors des murs de l'hôpital, et se poursuit hors des murs. ✓ Une politique tabacologie = formation, débat, échange opportunités à saisir ✓ La priorité doit être la tabacologie de liaison,, dynamiser, motiver par la rencontre avec tous les soignants. ✓ Doit dépasser le registre de la communication par voie d'affichage. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Stratégie prend appui sur Hôpital sans tabac, support préconisé par le ministère ✓ Volonté du Directeur ✓ Des professionnels très motivés ✓ Partenariat, collaboration avec le CHSCT ✓ Des référents pluricatégoriels médecins, infirmières, kinésithérapeutes, psychologues ✓ Directeur de soins doit s'investir, et se positionner, pour développer une politique facilitant l'intégration, parce-que c'est un acteur clef ✓ Diffusion par des journées d'animation à destination de l'ensemble des professionnels, mais aussi des patients et des familles, de tout le monde ✓ Développer les coopérations, par des interventions en direct dans les différentes instances, CME, CA, CTE, CSSI,... ✓ Evaluation ✓ Mission et rôle de l'infirmière, décret de compétences très explicite ✓ Exploiter le rôle propre de l'infirmière, professionnelle la mieux placée par ce rôle propre. ✓ Communication interne de qualité, ✓ Registre de la polémique à banir ✓ Attitudes communes et partagées vis à vis du tabagisme, ✓ Cela ne peut pas être l'affaire de quelques personnes motivées.. ✓ Poids du DS attendu ✓ Coopération avec et entre professionnels, agir ans les complémentarités, chacun asa place. ✓ Ouvrir les portes des unités, toutes les

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Développer réellement la prévention primaire, ne pas faire semblant ✓ Travailler sur les complémentarités, sur la place de chacun et ainsi sur la coopération dans le sens d'une finalité pour le malade et la collectivité. ✓ Travailler sur les partenariats, sur la parité, se parler ✓ Profil des professionnels positionnés dans l'équipe de tabacologie doit être soigné. : capacité s relationnelles, une reconnaissance assurée de ses pairs, une habitude de culture d'équipe collective et ouverte. Attention aux expertises et aux spécialités... être au clair avec ses compétences et son pouvoir. ✓ Développer des expériences, laisser place à l'innovation. ✓ La mise en place d'équipes pluridisciplinaires en référence à la circulaire Kouchner de 2000, semble porter ses fruits : Déjà il s'agit d'une coopération pour définir cette priorité à l'hôpital. 	<p>opportunités doivent être saisies. Une hiérarchie importante est un obstacle</p>
--	---	---

MED TABACOLOGUE CH	DS CH	Clinicien Pneumologue CH
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un champ de compétences spécifiques pour le tabacologue, mais surtout une coopération et collaboration de, l'ensemble et de tous les acteurs pour diffuser, réaliser et promouvoir les actions. ✓ Elaboration d'un comité de prévention pour débiter par Réseau Hôpital Sans Tabac. ✓ Médecin tabacologue, 1^{ère} mission : clarifier sa place et sa mission auprès de tous les professionnels hospitaliers ✓ Promouvoir la compétence, se conformer aux consignes de la conférence de consensus, apprendre à tous ce qu'est le conseil minimal pour le faire pratiquer. ✓ Tout le monde est concerné à chaque fois que c'est possible, diffuser ce message et soutenir les initiatives. ✓ Respecter les résistances. ✓ Du temps ✓ La prévention du tabagisme à l'hôpital est plus qu'opportune, tout est problématique avec le tabac. ✓ Utiliser les structures prendre appui sur les acteurs clés, le DS a un rôle essentiel à jouer dans l'intégration de la prévention dans les pratiques hospitalières, de soins et d'organisation. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A l'origine, une préoccupation polémique. ✓ Lien entre réflexion professionnelle et actions à mettre en oeuvre. ✓ Saisie des opportunités pour parler du sujet ✓ DS vecteur de collaboration, mise des acteurs en présence ✓ Coordonnateur, interface 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le clinicien est bien placé pour les faits et le constat ✓ Clinicien mal placé pour fournir l'aide et l'accompagnement dans une dynamique de sevrage. ✓ Clinicien investi par le patient pour être thérapeute les aptitudes pour prévenir et sevrer sont très complémentaires mais différentes. ✓ Clinicien donne la direction, d'autres accompagnent le patient. ✓ L'infirmière est une oreille pour la médiation. ✓ Prévention du tabagisme est le projet d'une équipe pluridisciplinaire. ✓ Unité de soins = une opportunité pour un premier contact, une rencontre avec une information, une expression de sa difficulté. ✓ Tout doit communiquer pour faciliter le guidage, l'orientation des patients. ✓ Le DS est un acteur de liaison, de communication, de mise en coopération.

Annexe 7

Catégorie des Directeurs des soins : synthèse des entretiens concernant le rôle du Directeur de soins dans la prévention

DSSI A	DSSI B	DSSI C
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet établissement induit par politique SI : Malade au centre ✓ Recherche initiale d'une collaboration multi professionnelle ✓ DS initiateur ✓ DS agit dans sa position d'interface entre les différents partenaires, médecins, infirmières, cadres d'unités, cadre supérieurs ✓ Sens par le projet, véhicule de la volonté politique institutionnelle ✓ Producteur de moyens de coopération et d'échanges ✓ Créateur d'alliances avec les professionnels médicaux ressources ✓ Politique d'ouverture du DS, groupe étendu aux paramédicaux (kinés, diét, laborantins, manip radio,...) ✓ Dynamisation des cadres sur la fonction soins ✓ Politique de développement du rôle propre dans une vision de professionnalisme ✓ Ouverture par la formation, ✓ Ouverture par implications pédagogiques extérieures, IFSI, établissements scolaires, lycées, ✓ Soutien aux initiatives, au volontariat 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet porté par DS ✓ DS acteur de sens ✓ Incitation forte pour des objectifs et finalités partagées ✓ Valeurs professionnelles fortes ✓ Fort pouvoir infirmier ✓ Cheminement commun ✓ Prise en charge chaînée du malade ✓ Management collectif ✓ Prévention douleur = question de soignant, (les médecins ne savent pas) ✓ Directivité du DS essentielle ✓ Le cadre est une balise autoritaire ✓ La prévention = suivi et contrôle ✓ Des outils d'évaluation harmonisés, systématisés, visualisés par audits des supports écrits ✓ Essentiel repose sur le groupe de référents formés ✓ Constitution d'un collectif par une systématisation des pratiques, tous dans le même sens ✓ Implication médicale pour la problématique thérapeutique ✓ Force d'opposition au dictat médical ✓ Valorisation de tout ce qui n'est pas curatif ✓ Authenticité ✓ Tous les lieux sont concernés ✓ Autonomie professionnelle par une cohésion des cadres ✓ Cohésion du corps professionnel infirmier ✓ Arbitrage, faire pression ✓ Ambition pour le soins ✓ Solidarité et mutualisation pour le corps professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet de soins à l'origine de la prise en charge de la douleur, par le projet d'établissement ✓ Réflexion déclenchée par le DS sur la préoccupation des soignants ✓ Hors du curatif ✓ Rôle propre ✓ Pratiques de soins à revisiter ✓ Collaboration avec le corps médical et les infirmières experts ✓ Sensibilisation de tous les professionnels par une démultiplication des connaissances par la constitution d'un groupe de référents ✓ Adaptation d'outils infirmiers, feuille de température ✓ Préoccupation convergente, ✓ Pathologie chronique se prête bien au développement de l'axe douleur, sur le plan pédagogique ✓ N'est pas une revendication de malade, mais bien une préoccupation citoyenne ✓ Réponse aux attentes d'un groupe professionnel ✓ Philosophie professionnelle partagée

Etablissement A : synthèse des entretiens concernant le rôle du Directeur des soins

DSSI A	IDE A	CADRES A	REFERENTS A
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet établissement induit par politique SI : Malade au centre ✓ Recherche initiale d'une collaboration multi professionnelle ✓ DS initiateur ✓ DS agit dans sa position d'interface entre les différents partenaires, médecins, infirmières, cadres d'unités, cadre supérieurs ✓ Sens par le projet, véhicule de la volonté politique institutionnelle ✓ Producteur de moyens de coopération et d'échanges ✓ Créateur d'alliances avec les professionnels médicaux ressources ✓ Politique d'ouverture du DS, groupe étendu aux paramédicaux (kinés, diét, laborantins, manip radio...) ✓ Dynamisation des cadres sur la fonction soins ✓ Politique de développement du rôle propre dans une vision de professionnalisme ✓ Ouverture par la formation, ✓ Ouverture par implications pédagogiques extérieures, IFSI, établissements scolaires, lycées, Soutien aux initiatives, au volontariat 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Positionnement institutionnel ✓ Valorisation des projets individuels et collectifs ✓ Met en coopération, anime la transversalité institutionnelle ✓ Influence le corps médical ✓ Ressource pour la création de réseaux d'alliances professionnels ✓ Ouvrir le chemin, l'étend à tous les professionnels (kinés, manip Rx, ..) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lien coordination ✓ Stratégie d'alliances ✓ Partenariat ✓ Relais d'informations ✓ Ouverture à toutes les formes de travail ensemble ✓ Chef de voûte, fonction primordiale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proximité avec le terrain d'exercice ✓ Présence aux réunions de travail ✓ Lien, liant, recherche d'uniformisation ✓ Relais des cadres, interface, ✓ Valorisation des projets de formation pour tous les acteurs, ✓ Ressource pour et par l'élaboration et la mise en place de lieux d'espaces de rencontres entre les professionnels et les groupes ✓ Valorisation professionnelle par l'engagement et l'organisation de journées multidisciplinaires ✓ Investissement et prise en compte de l'expression de tous les professionnels.

Etablissement B : synthèse des entretiens concernant le rôle du Directeur des soins

DSSI B	IDE B	CADRES B	REFERENTS B
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet porté par DS ✓ DS acteur de sens ✓ Incitation forte pour des objectifs et finalités partagées ✓ Valeurs professionnelles fortes ✓ Fort pouvoir infirmier ✓ Cheminement commun ✓ Prise en charge chainée du malade ✓ Management collectif ✓ Prévention douleur = question de soignant, (les médecins ne savent pas) ✓ Directivité du DS essentielle ✓ Le cadre est une balise autoritaire ✓ La prévention = suivi et contrôle ✓ Des outils d'évaluation harmonisés, systématisés, visualisés par audits des supports écrits ✓ Essentiel repose sur le groupe de référents formés ✓ Constitution d'un collectif par une systématisation des pratiques, tous dans le même sens ✓ Implication médicale pour la problématique thérapeutique ✓ Force d'opposition au dicat médical ✓ Valorisation de tout ce qui n'est pas curatif ✓ Authenticité ✓ Tous les lieux sont concernés ✓ Autonomie professionnelle par une cohésion des cadres ✓ Cohésion du corps professionnel infirmier ✓ Arbitrage, faire pression ✓ Ambition pour le soins ✓ Solidarité et mutualisation pour le corps professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Positionnement trop hiérarchique ✓ Distance relationnelle très importante avec les soignants ✓ Plus de présence, trop loin ✓ Exécutant de la Direction 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Missione et cantonne les cadres dans une fonction relais ✓ Trop faible disponibilité 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Exerce une force sur les équipes ✓ Soutien fort du projet par le DS ✓ Valorisation du travail infirmier ✓ Politique de suivi et d'évaluation ✓ Politique de polyvalence et polycompétence ✓ Acteur de législation fait appliquer les textes et règlements, travaille avec les textes professionnels ✓ Exploite la satisfaction des patients ✓ Influence par sa position hiérarchique.

Etablissement C : synthèse des entretiens concernant le rôle du Directeur des soins

DSSI C	IDE C	CADRES C	REFERENTS C
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Projet de soins à l'origine de la prise en charge de la douleur, par le projet d'établissement ✓ Réflexion déclenchée par le DS sur la préoccupation des soignants ✓ Hors du curatif ✓ Rôle propre ✓ Pratiques de soins à révisiter ✓ Collaboration avec le corps médical et les infirmières experts ✓ Sensibilisation de tous les professionnels par une démultiplication des connaissances par la constitution d'un groupe de référents ✓ Adaptation d'outils infirmiers, feuille de température ✓ Préoccupation convergente, ✓ Pathologie chronique se prête bien au développement de l'axe douleur, sur le plan pédagogique ✓ N'est pas une revendication de malade, mais bien une préoccupation citoyenne ✓ Réponse aux attentes d'un groupe professionnel ✓ Philosophie professionnelle partagée 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitateur pour la formation ✓ Collaboration conséquente avec le corps médical ✓ Prédominance à l'expertise 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Facilitateur méthodologique, ✓ Référent méthodologique du CLUD ✓ Fournisseur de documentation ✓ Evaluator de l'utilisation des outils, supports écrits infirmiers ✓ Plus value pédagogique ✓ Gestionnaire des formations 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Symbiose avec le référent douleur médical du CLUD ✓ Développe une stratégie d'investissement professionnel fondé sur la formation professionnelle ✓ Diffuse la réussite