



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur de Soins

Promotion 2004

La Commission des Soins Infirmiers,
Médico-Techniques, de Rééducation :
**un outil de management pour soutenir
la politique de soins**

Patrick DELAMARE

Remerciements

Merci à Fabienne, Juliette et Hugues pour leur infinie patience.

Remerciements tout particuliers aux Directions d'établissements qui ont nourri ma réflexion au travers de mes enquêtes et au personnel hospitalier pour sa disponibilité et l'intérêt qu'il a manifesté à ma démarche.

Sans leur contribution, ce mémoire n'aurait pu se faire.

« Ce n'est pas la fonction qui fait l'homme ; c'est l'homme qui honore la fonction... » Louis PASTEUR

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE.....	7
1 CONCEPTUALISER POUR MIEUX COMPRENDRE LE MANAGEMENT DU DIRECTEUR DES SOINS.....	7
1.1 Le concept de management.....	7
1.1.1 Le management : définitions	7
1.1.2 Quels modes de management pour le directeur des soins ?.....	8
1.2 Le concept d'organisation	10
1.2.1 Les organisations : définitions	11
1.2.2 L'organisation hospitalière.....	11
1.2.3 De l'organisation complexe à l'émergence du concept de différenciation	12
1.2.4 De la différenciation au concept d'intégration.....	12
1.3 La notion de projet.....	13
1.3.1 Le projet à l'hôpital en tant que dynamique institutionnelle.....	13
1.3.2 Le projet de soins en tant que dynamique du service de soins	13
2 LE CADRE REGLEMENTAIRE DE LA CSSI.....	15
2.1 La loi n° 91-748 portant réforme hospitalière du 31 JUILLET 1991.....	15
2.2 Le Décret n° 92-272 du 26 MARS 1992.....	16
2.3 La CSSI : composition, désignation, fonctionnement et rôle.....	16
2.4 Les autres textes.....	17
SECONDE PARTIE.....	19
1 ETAT DES LIEUX.....	19
1.1 L'état des lieux en 1997	19
1.2 Méthodologie de l'enquête	19
1.2.1 L'enquête par entretiens.....	19
1.2.2 L'enquête par questionnaires	20
1.2.3 L'analyse documentaire	22

2	ANALYSE DES RÉSULTATS	23
2.1	De la connaissance de la CSSI.....	23
2.2	La CSSI : un lieu d'expression.....	27
2.3	La CSSI : un outil de mise en œuvre de la politique de soins	31
2.4	De la CSSI au sentiment d'appartenance à l'institution.....	37
2.5	Politique de Soins institutionnelle et Politique de Soins des Services.....	42
2.6	Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces résultats ?	43
2.7	Analyse critique	45
2.8	Statut des hypothèses	45
	TROISIÈME PARTIE	47
1	PROPOSITIONS ET AXES D'AMÉLIORATION	47
1.1	La connaissance de la CSSI comme processus d'acculturation.....	47
1.1.1	Faire connaître la CSSI aux AS, IDE et aux autres acteurs paramédicaux	47
1.1.2	Les autres moyens permettant de faire connaître l'instance	49
1.2	Professionaliser le statut de membre de la commission de soins	50
1.2.1	La présence d'une charte de fonctionnement	50
1.2.2	Apprendre aux membres de la CSSI à mieux communiquer.....	51
1.3	La diversité professionnelle : un enrichissement pour l'institution	51
1.3.1	L'ouverture aux professionnels médico-techniques et de rééducation	52
1.3.2	L'ouverture à d'autres professionnels	52
1.3.3	Entretenir le lien institutionnel.....	52
	CONCLUSION	54
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers

CME : Commission Médicale d'Établissement

CA : Conseil d'Administration

COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens

AS : Aide-Soignant

IDE : Infirmière Diplômée d'État

CS : Cadre de Santé

CSS : Cadre Supérieur de Santé

FPH : Fonction Publique Hospitalière

DG : Directeur Général

DS : Directeur de Soins

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

PE : Projet d'Établissement

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PUPH : Praticien Universitaire Praticien Hospitalier

PV : Procès verbal

INTRODUCTION

Le monde hospitalier a évolué au fil du temps en traversant les époques et en intégrant les évolutions de la société. D'une institution abritant les indigents et repliée sur elle-même, les établissements publics de santé sont aujourd'hui ouverts sur l'extérieur afin de répondre au mieux aux attentes de nos concitoyens.

L'hôpital s'est construit en s'adaptant aux progrès scientifiques, aux découvertes médicales aux évolutions technologiques et aux réformes hospitalières. L'organisation interne qui en résulte est soumise à l'influence de besoins exprimés par la société. L'exigence de qualité a contribué à l'émergence de normes nécessaires à l'efficacité des soins prodigués aux patients. Ces principes s'expriment aujourd'hui dans tous les champs des activités de l'hôpital concourant à la prise en charge des usagers. La qualité des prestations soignantes, la sécurité des pratiques professionnelles, la gestion des risques, le respect des droits des malades et la réglementation, sont autant de facteurs qui rationalisent et complexifient les organisations de travail des établissements de santé.

L'évolution de l'hôpital est liée à son histoire, mais aussi à sa capacité à faire face au changement et parfois non sans difficulté. Par le passé, le monde hospitalier a traversé de nombreuses crises qui ont amené à des transformations. A chaque fois, celles-ci ont été surmontées permettant à l'organisation hospitalière d'intégrer les mutations comme facteur d'évolution dans ses modes de fonctionnement. La dernière réforme en date ayant eu une incidence certaine sur l'hôpital, est celle relative à la réduction du temps de travail. Celle-ci a en effet modifié les rapports humains au sein de l'institution obligeant ses managers à penser autrement la gestion du temps au travail et à définir de nouvelles organisations. L'enjeu de cette réforme indépendamment d'accompagner un changement sociétal et réglementaire, est d'optimiser les pratiques et les organisations afin de garantir la qualité des soins au patient.

Au tout début des années 90, les professionnels de santé paramédicaux réclamèrent plus de démocratie à l'hôpital. La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière répondit en grande partie à leurs aspirations en leur apportant la possibilité de participer plus activement à la vie des établissements de santé. La loi organisa la concertation et le dialogue au niveau des établissements sanitaires et des Services hospitaliers. Un certain nombre de structures participatives à l'instar de la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI)¹ et des Conseils de Services virent le jour. En créant le service de soins

¹ Dénomination réglementaire jusqu'à parution des textes relatifs à la nouvelle gouvernance

infirmiers au travers de ce texte, le législateur permit également à l'infirmier général de devenir acteur de changement en président la commission des soins.

A l'origine outil participatif et d'expression, cette instance² devint un outil de travail et de réflexion permettant aux paramédicaux de la filière professionnelle infirmière, d'être solidaires et de se faire reconnaître collectivement.

Treize ans ont passé et au malaise institutionnel des années 90, se substitue le mal être des professionnels de santé actuel. « *L'hôpital vit aujourd'hui une situation de malaise récurrent... Le désenchantement hospitalier se traduit au quotidien par le découragement de beaucoup d'hospitaliers*³... »

Ces mêmes professionnels dénoncent aujourd'hui un cloisonnement de l'institution et regrettent de n'être pas davantage associés à la vie de l'hôpital. « *Les Infirmières doivent faire partie des structures de gestion générale de l'hôpital* ». ⁴ La structure hospitalière s'est complexifiée dans son fonctionnement, les acteurs hospitaliers sont découragés, la confiance s'est émoussée. Les professionnels de santé paramédicaux revendiquent une reconnaissance institutionnelle.

Aujourd'hui, nous avons l'impression que ces instances dans leur forme actuelle, ne répondent plus tout à fait, aux attentes des acteurs hospitaliers paramédicaux.

La réforme prochaine relative à la nouvelle gouvernance hospitalière doit permettre de moderniser l'hôpital et de répondre aux inquiétudes des professionnels de santé tout en simplifiant l'organisation et le fonctionnement interne des établissements de santé.

Cette nouvelle donne institutionnelle est une opportunité pour le Directeur des Soins (DS) de prendre une part active dans la conduite du changement induit par la réforme.

Nous pensons que dans le cadre de sa pratique managériale, ce dernier doit s'appuyer sur des **instances d'intégration** regroupant l'ensemble des professionnels de santé dont il a la responsabilité.

La CSSI est l'une de ces instances, et son rôle doit être ajusté et renforcé, même si aujourd'hui elle est encore un projet en débat dans le cadre de la nouvelle gouvernance. **Cette commission est un outil qui permet d'élaborer la stratégie du Service de soins et d'organiser sa mise en œuvre et son suivi.** « *Le Directeur des Soins élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins*⁵ ... »

² Pour parler de la CSSI, nous emploierons les termes : commission, commission de soins et instance

³ Intervention de M JF MATTEI, Ministre de la santé, réunion avec les professionnels, juin 2003

⁴ Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital de M. René COUANAU, p 44

⁵ En référence au Décret N° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH

Notre pratique, en tant que membre à plusieurs reprises de cette instance dans le cadre de nos exercices professionnels antérieurs, nous a permis d'observer que la CSSI fonctionne de manière différente d'un hôpital à un autre. Chaque établissement est en effet particulier et représente une histoire et un contexte institutionnel, indissociables d'un environnement extérieur spécifique et non reproductible d'un endroit à un autre.

Nous avons relevé ces dernières années dans nos pratiques de cadre et de cadre supérieur au sein de plusieurs institutions, un certain nombre de signes qui nous permettent de penser que la CSSI a perdu de son intérêt auprès des soignants paramédicaux.

Ces constats sont personnels et émanent d'observations, de témoignages d'équipes soignantes et de difficultés rencontrées par les directions de soins, confrontées notamment à une réelle désaffection des professionnels pour cette commission. « *La commission de soins, je sais qu'elle existe mais je ne sais pas trop ce que l'on y fait*⁶... » Plusieurs signes traduisent une lassitude des acteurs soignants pour l'instance : faiblesse des candidatures lors des renouvellements, difficultés à atteindre le quorum réglementaire, absentéisme récurrent.

La peur de s'exprimer en public, le caractère parfois solennel de cette commission, la personnalité du président, la présence du corps médical parfois intimidante pour certaines personnes, sont des facteurs qui ont pu limiter la participation des acteurs soignants aux débats de la CSSI.

Nous observons d'après nos expériences, que la commission de soins a avant tout privilégié une représentation réglementaire, ne donnant peut être pas assez de place à une participation spontanée de ses membres. Ainsi, nous avons le sentiment que cette instance est devenue dans certains établissements, un lieu formel de représentation et de rencontres obligées entre professionnels.

Le caractère réglementaire et le mode d'élection pour devenir membre de cette instance, ont pu nuire d'une certaine façon à la dynamique participative de la CSSI. Le peu de place faite à d'autres professionnels soignants paramédicaux, le manque d'ouverture sur l'extérieur de l'hôpital par rapport aux liens avec les réseaux de santé et les filières de soins ont sans doute contribué à présenter la commission comme un lieu d'expression quelque peu catégoriel et cloisonné. Nous pensons à ce titre, que la diversité professionnelle est une richesse et une forme de cohésion sociale permettant de renforcer **les liens avec l'ensemble du corps professionnel soignant**.

Il est probable par ailleurs, que les liens hiérarchiques qui existent entre le président et les membres, les Cadres les Infirmières et Aides-soignantes, soient des facteurs favorisant

⁶ Témoignage infirmier tiré de la question N°15 du questionnaire en annexe 6

un mode de fonctionnement pyramidal qui ne facilite pas les initiatives et la participation. Nous avons à ce titre, observé au cours de notre pratique professionnelle récente, que l'expression de certaines catégories de personnels est timorée voire dans certains cas, inexistante lors des séances de la commission.

D'autre part, la commission de soins après chaque renouvellement, procède à l'élection de ses représentants au sein des autres instances institutionnelles. Nous avons observé que peu de relations dynamiques subsistent entre la CSSI et les autres instances de l'hôpital. Le rôle des représentants de la CSSI élus pour siéger au Conseil d'Administration (CA) et en Commission Médicale d'Établissement (CME) notamment, n'est pas partout défini et explicite. Il permettrait cependant de donner plus de lisibilité à la commission de soins en favorisant les échanges.

Nous avons pu constater également, que les débats et les travaux de la CSSI sont insuffisamment diffusés et valorisés, que les décisions prises restent souvent peu connues de l'ensemble des professionnels ; nous avons rencontré cette difficulté avec nos propres équipes en tant que cadre.

Ces premières observations nous conduisent à nous poser les questions suivantes :

- ↳ La CSSI est-elle connue des professionnels ?
- ↳ Comment fonctionne-t-elle ?
- ↳ De quoi parle-t-elle ?
- ↳ Comment communique-t-elle au sein de l'institution ?
- ↳ Est-elle représentative des professionnels soignants ?
- ↳ En quoi son action est-elle utile pour l'hôpital ?

Ces interrogations renvoient maintenant à une question centrale :

En quoi la CSSI, ou la future commission dont le nom est profilé, est-elle un outil de management pour le Directeur des Soins ?

Cette question est corrélée à des hypothèses que nous allons confronter dans le cadre de notre travail de réflexion et d'investigation. Ces hypothèses sont les suivantes :

- ① **Les acteurs soignants paramédicaux de l'hôpital connaissent l'existence, l'organisation et les prérogatives de la CSSI**
- ② **La CSSI favorise l'expression des personnels soignants**
- ③ **La CSSI facilite la mise en œuvre de la politique de soins par le projet de soins**
- ④ **La CSSI contribue à développer le sentiment d'appartenance à l'institution**

Management et projet sont des éléments essentiels dans la pratique quotidienne du directeur des soins. Son mode de management peut être déterminant, et ne peut se

concevoir sans **l'apport du projet de soins**, véritable moteur de l'action et facteur de motivations des professionnels. Il appartient au directeur des soins par son management, de créer la dynamique permettant de soutenir la politique de soins et de fédérer les acteurs soignants afin de contribuer à terme, à la **construction de l'identité collective** institutionnelle.

Faire vivre la CSSI et lui donner du sens c'est encourager l'expression, favoriser la participation et permettre la créativité et l'innovation des professionnels de santé paramédicaux.

En tant que directeur des soins, nous avons souhaité entreprendre cette réflexion, car nous attachons une grande importance à la commission de soins et à la participation de l'ensemble des professionnels paramédicaux à être acteurs dans la dynamique du service de soins.

La première partie de notre étude définit les concepts de management, d'organisation et la notion de projet. Elle rappelle dans un second temps, les principes de la CSSI dans son cadre législatif et réglementaire.

La seconde partie est un état des lieux qui situe le fonctionnement de la commission de soins au sein de deux établissements publics de santé et terrains d'enquête.

La troisième partie apporte des propositions et un plan d'actions au regard du statut des hypothèses et en tant que directeur des soins.

PREMIÈRE PARTIE

1 CONCEPTUALISER POUR MIEUX COMPRENDRE LE MANAGEMENT DU DIRECTEUR DES SOINS

L'exercice professionnel du directeur des soins, encadré par le décret du 19 avril 2002 portant statut des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) couvre plusieurs grands domaines d'activité pouvant se caractériser de la manière suivante : la **stratégie**, en rapport aux fonctions d'élaboration et de conception, **la prise de décision** pouvant s'appliquer aux fonctions de gestion et **le pilotage**, requis pour les fonctions de mises en œuvre opérationnelles, d'organisation et de suivi. **Ces champs d'activité sont interdépendants les uns des autres** et forment au quotidien la pratique professionnelle du DS, lui conférant ainsi son rôle **d'organisateur et de responsable**.

1.1 Le concept de management

Nous pensons qu'avant de répondre à la question posée en introduction, il est nécessaire de définir les concepts de management et d'organisation. Nous envisagerons ces deux concepts dans le cadre d'une approche sociologique qu'il est nécessaire d'appréhender pour mieux comprendre les organisations hospitalières et leur complexité.

1.1.1 Le management : définitions

Le management est une fonction de pilotage dans lesquelles interfèrent l'organisation, la planification, le contrôle, la mobilisation des ressources et le jeu des acteurs sociaux qui composent cette organisation.⁷

Empruntée à MINTZBERG, cette autre définition : « *Le management est un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation, essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités.* »⁸

⁷ M. BRETIN-NAQUET, notes de cours, unité de valeur, maîtrise de gestion, Paris VII Dauphine, 1996

⁸ MINTZBERG H. Le management, Voyage au centre des organisations, p 16

Ces deux définitions illustrent chacune dans leur formulation la fonction managériale du directeur des soins (DS) dont les compétences attendues se déclinent en référence au Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH. La première définition assimile le management à une fonction de pilotage qui ne saurait s'exercer sans certaines composantes d'une organisation dont celle des acteurs mais aussi par le biais des projets et du projet de soins : « ...il *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins et le met en œuvre...* » A l'hôpital, le DS est confronté à la multiplicité des métiers paramédicaux et de fait, à des logiques professionnelles diverses qu'il doit fédérer pour le bien collectif.

La seconde définition décrit le management comme un processus de guidance.

Cette approche est d'ailleurs renforcée par le décret déjà cité : « ...*il est membre de l'équipe de direction... le DS coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins...* » Cette partie du décret fait appel aux compétences que le DS doit mettre en oeuvre afin de guider le service de soins dans sa stratégie et son développement.

Ces deux définitions montrent que le directeur des soins peut être considéré comme un manager au sens sociologique et réglementaire du terme.

Envisageons maintenant, les modes de management qui servent sa pratique professionnelle.

1.1.2 Quels modes de management pour le directeur des soins ?

A) Le management participatif

« Le management participatif, c'est intégrer les transformations internes et externes pour repenser en permanence les structures, les services, les produits en mobilisant les capacités individuelles et collectives. »⁹

Le management participatif est une méthode permettant de rassembler des acteurs institutionnels en les associant aux différentes étapes de conception d'un projet et de prise de décision. Ce mode de management est primordial car il conditionne l'avenir du processus de définition puis d'appropriation de la politique de soins.

La pratique quotidienne du DS fait appel à ce mode de management pour fédérer l'encadrement et les équipes soignantes. Associer les Cadres et les équipes à la réflexion initiale sur les valeurs fondamentales qui vont guider les soignants dans l'élaboration du

⁹ ALTER N. Sociologie de l'entreprise et de l'innovation, PUF, 1996, notes de cours Paris VII Dauphine, unité de valeur maîtrise de gestion.

projet de soins, est une phase du management participatif nécessaire dans la conduite de projet. Celle-ci aura pour but de définir un langage commun permettant une **approche partagée des conceptions de soins**. Mais nous pensons que ce type de management requiert des motivations de la part des acteurs participants. Pour le directeur des soins, le management participatif est un mode d'action permettant d'entretenir et de susciter les motivations des professionnels de santé. Lorsque **les motivations sont absentes ou fragiles**, il importe de les rechercher. L'écoute, la formation, l'information et la valorisation des personnes sont des temps forts et des éléments d'aide, à mettre en œuvre. Nous pensons que le **processus d'adhésion** peut être conduit en plusieurs étapes dont la première est centrée sur **la communication**. Nous ne devons pas non plus perdre de vue, les **stratégies individuelles des acteurs** qui les poussent à agir dans un sens ou dans l'autre ou à se mettre en retrait.

La seconde étape consiste à repérer **les éléments moteurs** du groupe, éléments sur lesquels le DS va s'appuyer pour « polliniser » les esprits des plus réticents. Pour donner du sens à son action, il importe d'aboutir à des **résultats rapidement visibles**. Ces résultats vont donner du crédit au projet et **faciliter l'adhésion** par des mécanismes d'échanges interpersonnels. Les acteurs ont besoin d'exprimer ce qui les pousse à agir, et s'ils y trouvent un intérêt ou une certaine forme de satisfaction, nous pensons que la somme des intérêts personnels pourra alors servir l'intérêt commun.

Le management participatif est une composante du mode de managérial du directeur des soins ; il est une partie du **management situationnel**.

B) Le management situationnel

Le management situationnel¹⁰ est la résultante de quatre modes de management¹¹ employés dans le cadre de situations professionnelles particulières pouvant s'adresser aux collaborateurs du directeur des soins. Dans sa pratique quotidienne, celui-ci a recours aux Cadres de santé pour relayer et mettre en œuvre la politique de soins au niveau opérationnel. Son mode de management peut alors différer en fonction de certains paramètres dont voici quelques exemples.

↳ **Le management directif** est employé dans le cas de l'urgence, lorsque l'on attend des éléments de réponse importants pour instruire un dossier ou prendre une décision.

¹⁰ Modèle conceptuel emprunté à GENELOT D., Manager dans la complexité. Paris : INSEPCONSULTING, 2001. pp 142

¹¹ Dont le management participatif, développé précédemment

↳ **Le management persuasif** est employé pour décider un collaborateur hésitant pour piloter un groupe de travail, rendre compte, etc.

↳ **Le management déléгатif**, est le stade ultime, celui du management par la confiance, signe d'une parfaite symbiose entre le délégant et le délégataire.

Il y a un intérêt à articuler ces quatre styles de management en passant de l'un à l'autre en fonction de priorités et de situations données.

C) Le management stratégique

Né des années 70, le management stratégique se définit comme l'art de diriger un ensemble de dispositifs pour atteindre un objectif. De façon plus précise, au travers du diagnostic stratégique, c'est une démarche analytique permettant d'aider une organisation à se fixer des objectifs et des stratégies à mettre en œuvre en tenant compte de ses forces, de ses faiblesses et de son environnement.¹²

Dans le milieu hospitalier, le management stratégique a trouvé sa place dans un contexte spécifique de maîtrise des dépenses de santé, d'optimisation des prises en charge des patients, d'ouverture sur le monde extérieur (réseaux de santé et filières de soins) et de collaborations entre les systèmes d'hospitalisations publique et privé.

A l'hôpital, ce mode de management permet d'être plus performant et de garantir une meilleure réponse aux besoins de santé exprimés par les usagers. Le management stratégique donne enfin l'opportunité d'élaborer des organisations de travail plus efficaces qui incluent l'environnement extérieur. Il résulte de cette réflexion, la politique prévisionnelle d'un établissement de santé.

Membre de l'équipe de direction, le directeur des soins est associé à la réflexion stratégique mise en œuvre dans la dynamique d'élaboration du projet d'établissement et des orientations de ce dernier. Le management stratégique offre une démarche facilitant la prise de décision à partir des potentialités et des contraintes internes et externes mises en évidence.

1.2 Le concept d'organisation

Le concept de management fait appel à des structures organisationnelles au sein desquelles, des acteurs partagent un certain nombre de valeurs pour tendre vers un but commun. Envisageons maintenant **le concept d'organisation**.

¹² Module « Stratégies et Projet d'Etablissement ». Introduction et base conceptuelle. GUILLOU M. département MATISS. ENSP. Décembre 2003.

1.2.1 Les organisations : définitions

Une première définition est donnée par H. MINTZBERG¹³ : « *l'organisation se définit comme une action collective à la poursuite de la réalisation d'une mission commune.* » Cette définition s'applique aux organisations hospitalières, où les métiers et modes d'exercice sont multiples.

« *L'organisation est un ensemble d'entités, de sous-systèmes qui communiquent avec des environnements différents. Les organisations sont fondées sur des marchés implicites, des alliances et des accords entre acteurs.* »¹⁴

Cette définition pose les bases de la complexité des organisations. Pour le manager directeur des soins, il importe de comprendre les organisations et au travers elles, les rapports sociaux et le jeu des acteurs.

1.2.2 L'organisation hospitalière

Selon MINTZBERG, l'hôpital est une organisation professionnelle qui repose sur des savoirs faire opérationnels et des savoirs être très élaborés de ses opérateurs professionnels : médecins, infirmiers, etc.

On entend par opérateurs professionnels, des spécialistes formés et socialisés.¹⁵

L'organisation hospitalière reprend les mécanismes constitutifs de toutes les organisations ; cependant, sa particularité est d'être composée d'un « centre opérationnel » extrêmement développé. Celui-ci intègre de nombreux acteurs, médecins, infirmiers et autres « opérateurs » **dont les processus de travail et d'organisation sont très sophistiqués et spécialisés.** Parallèlement la « ligne hiérarchique d'autorité » qui sert à exercer le contrôle sur le centre opérationnel, est moins importante comparée à d'autres organisations (manufacturière par exemple).

La structure organisationnelle ainsi décrite, en fait un lieu de complexité intense où les acteurs détiennent des pouvoirs formels et informels qu'ils entretiennent par des zones d'incertitude : « *l'hôpital est un lieu de pouvoirs éclatés dont les métiers s'entrecroisent et les logiques sont plurielles.* »¹⁶

¹³ MINTZBERG H., Op. Cit, p 14

¹⁴ LUCAS S., Notes de cours ENSP, le management, Décembre 2003, RENNES

¹⁵ Définition des opérateurs selon MINTZBERG H.

¹⁶ NIZARD G. L'hôpital en turbulence. Paris : Privat, p 44

1.2.3 De l'organisation complexe à l'émergence du concept de différenciation

La complexité organisationnelle est un élément qui permet de concevoir la réalité d'une autre façon. Elle résulte de phénomènes ou d'évènements non prévisibles liés à la créativité ou l'innovation sous toutes ses formes. « *Refuser la complexité, c'est refuser l'évolution et les occasions de progrès.* »¹⁷ Nous avons évoqué précédemment, un certain nombre de raisons qui rendent l'organisation hospitalière potentiellement complexe : métiers multiples, activités et pratiques de haute technicité, process de travail fortement normés, hyperspécialisation médicale, particularismes divers, etc. Le cadre général de cette complexité des organisations hospitalières, donne lieu au **concept de différenciation**.

1.2.4 De la différenciation au concept d'intégration

Les différents facteurs de différenciation ont une incidence préjudiciable sur la construction de **l'identité institutionnelle collective hospitalière**. Ils ont dans la pratique, un fort **pouvoir cloisonnant** au sein des organisations et **d'éclatement de la culture commune**. A ce titre, **nous pensons que la notion de « services hospitaliers » est un facteur de différenciation** qui en tant qu'entité structurelle, administrative et financière unique, a desservi le principe de collégialité. La composante géographique, parfois territoriale, associée aux cultures de service est réductrice et non représentative de la complémentarité des disciplines médicales et de l'interactivité permanente entre les acteurs hospitaliers. « *L'intégration se fait au niveau d'une équipe au sein d'un service et non à l'échelle de l'institution.* »¹⁸ Enfin, les logiques corporatistes, l'approche organisationnelle par corps de métiers sont des facteurs favorisant la différenciation des organisations de travail hospitalières. En tant que manager, le directeur des soins va devoir trouver de nouvelles formes d'expression, de participation et de motivation des acteurs hospitaliers paramédicaux. Nous retiendrons **le projet de soins comme lien fédérateur**. Issu d'une concertation élargie, ce dernier va impliquer les professionnels dans une trajectoire de réflexion et de construction de l'action collective. A terme, celle-ci va permettre de mieux ancrer le principe de l'intérêt commun en récupérant pour partie les logiques individuelles. Cette dynamique constitue le **concept d'intégration** s'opposant ainsi au concept de différenciation.

¹⁷ GENELOT D., Manager dans la complexité. Paris : INSEPCONSULTING, 2001, p 21.

¹⁸ Conférence des savoirs à l'hôpital X: François DUBET, les Mutations au travail sur autrui. Octobre 2003, notes personnelles.

1.3 La notion de projet

Historiquement, la notion de projet s'inscrit dans l'histoire de l'innovation sociale des organisations du travail.

Le projet peut alors être considéré comme un mode de régulation et d'ajustement mutuel entre des partenaires de travail et des collaborateurs au sein d'une entreprise. Mais le projet permet également d'atténuer les phénomènes complexes que nous avons décrits précédemment. Le projet montre les buts à atteindre et la direction à prendre. Il est **facteur de cohésion** et outil fédérateur. « *Le projet met en phrases une culture en devenir*¹⁹»

1.3.1 Le projet à l'hôpital en tant que dynamique institutionnelle

La notion de projet prend tout son sens dans le cadre réglementaire de la loi du 31 JUILLET 1991 portant réforme hospitalière en son article L. 714-11 : *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical, des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information.*

Le projet d'établissement (PE) doit répondre également aux besoins de santé identifiés au travers des orientations sanitaires définies dans le cadre de la politique de santé régionale par le biais du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. (SROS)

En 1997, une enquête nationale réalisée sur le recensement des démarches de projet d'établissement, a fait apparaître un certain nombre d'observations dont une modification du management hospitalier. En effet, l'enquête montre que l'élaboration et la mise en œuvre du PE ont eu des effets bénéfiques sur le comportement des acteurs hospitaliers. *La présence d'un **projet est un élément structurant** des capacités d'actions collectives et peut conduire à l'émergence d'une **dynamique institutionnelle**.*²⁰

1.3.2 Le projet de soins en tant que dynamique du service de soins

Composante du PE, le projet de soins²¹ représente pour une grande part, la déclinaison paramédicale des orientations médicales de l'établissement. Le directeur des soins

¹⁹ HONORE B. L'hôpital et son projet d'entreprise. Paris : Privat, 1992. 205 p.

²⁰ GUILLOU M., DUPRAT P. Le projet d'établissement : un instrument de transformation des modes de management hospitalier ? ENSP, Septembre 1998, Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS), p 11

²¹ Depuis le Décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la FPH, le projet de soins infirmiers est devenu projet de soins, intégrant les composantes paramédicales Médico-Techniques et de Rééducation.

élabore avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins, le met en œuvre et l'évalue. Le projet de soins permet de créer la dynamique du service de soins et d'avoir une vision commune du patient et de sa prise en charge. Enfin, il accompagne les changements nécessaires à l'évolution de l'établissement.

Le projet de soins permet de **fédérer les soignants paramédicaux** autour d'un enjeu : garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge de l'usager. A ce titre, « *le projet de soins doit être identitaire de l'institution dont il est issu*²² ». Le projet de soins est par ailleurs, un outil de pilotage pour le DS permettant de donner du sens à l'action quotidienne des soignants. Nous pensons que l'existence du projet est l'opportunité de rassembler les soignants autour **d'objectifs partagés** leur permettant d'exprimer leurs valeurs professionnelles et leurs savoirs faire opérationnels. Au travers du projet, les professionnels paramédicaux vont trouver le sens initial de leurs pratiques et les y inscrire. **Le projet de soins devient alors le projet de tous** et un instrument permettant la valorisation des pratiques et des métiers afin de mieux répondre aux besoins des patients.

Cependant, il n'est pas tout d'avoir un projet de soins, encore faut-il le **faire vivre** et lui **donner du sens** au travers de son **appropriation** auprès des acteurs. « *Le passage de la réflexion à l'action reste toujours très difficile.* »²³ Nous mesurons là, combien il est complexe de passer au stade opérationnel.

L'engagement et la **quête du sens** sont incontournables. Ils se traduisent en premier lieu par l'information et l'association des professionnels à la phase d'élaboration. Faciliter l'expression, encourager et organiser les savoirs et les valoriser, sont des éléments importants qui participent à la recherche du sens. « *Créer le sens, l'exprimer, le faire passer, voilà la vraie responsabilité pour les responsables.* »²⁴ D'où notre question : comment susciter la recherche du sens auprès des professionnels ? « *Le sens doit être renouvelé au sein d'espaces permettant la naissance du questionnement et l'expression de la diversité* »²⁵ Dans le cadre de sa pratique managériale, le DS dispose de certaines ressources lui permettant d'exprimer et de communiquer le sens du projet et de trouver ainsi le moyen de fonder l'action dans le but de servir l'intérêt commun institutionnel. Nous pensons en effet, que pour élaborer la **politique de soins dont le projet est le cœur**, le directeur des soins dans le cadre de son management, doit se poser un certain nombre de questions : quelles organisations, quelles techniques, quelles compétences et

²² BOUTINET JP., Anthropologie du projet. Paris : PUF, 2001. p 16.

²³ CREMADEZ M., GRATEAU F., le management stratégique hospitalier Paris : inter éditions, MASSON, 1992-1997, p 430.

²⁴ GENELOT D., Manager dans la complexité. Paris : INSEPCONSULTING, 2001, p 163.

²⁵ Ibid. p 199

contributions spécifiques devons-nous mettre en œuvre ? Plus spécifiquement, quelles compétences soignantes sont requises ? Une partie de ces questions va trouver réponse par le **management des Cadres**. Les cadres sont moteurs dans la mise en œuvre de la politique institutionnelle et des relais indispensables pour la rendre opérationnelle. Le management des Cadres est un mode de management de proximité qui favorise la décision au niveau opérationnel. Il importe alors pour le DS, de les fédérer en les guidant et en valorisant leurs actions.

Indépendamment des personnes, il existe également des lieux pouvant servir **la construction de sens** et l'adoption de valeurs partagées. **La CSSI** en tant qu'instance hospitalière réglementaire **en est un**.

2 LE CADRE REGLEMENTAIRE DE LA CSSI

La commission du service de soins infirmiers émane d'un dispositif réglementaire et législatif ; ces dispositions font actuellement l'objet de textes en préparation dans le cadre du plan hôpital 2007 et plus spécifiquement de la nouvelle gouvernance hospitalière. A ce jour, la dénomination « CSSI » est toujours légale, les articles de la loi du 31 juillet 1991 et le décret du 26 mars 1992, la créant et la structurant n'étant pas abrogés.

2.1 La loi n° 91-748 portant réforme hospitalière du 31 JUILLET 1991

Ce texte fondateur, officialise à l'article L 714-26, **la création** du service de soins infirmiers dont l'infirmier général²⁶ assure la direction. Parallèlement, celui-ci devient membre de l'équipe de direction. « *Il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction.* »

Dans le même temps, **il est crée la Commission du Service de Soins infirmiers (CSSI)**, présidée par l'infirmier général et composée des différentes catégories de personnels structurant le service infirmier.

²⁶ Appellation précédente, jusqu'à la parution du Décret du 19 avril 2002, portant statut des directeurs de soins de la FPH

2.2 Le Décret n° 92-272 du 26 MARS 1992

Ce texte est relatif aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé. Il précise le dispositif de fonctionnement et d'organisation du service de soins infirmiers et sa coordination. Le décret définit également la composition, la désignation, le fonctionnement et les prérogatives de la CSSI.

2.3 La CSSI : composition, désignation, fonctionnement et rôle

➤ **Composition :**

Les membres de la CSSI sont issus des différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers. Ces membres sont représentés et appartiennent aux corps de métiers Aides-Soignants pour 1/8, Infirmiers pour 4/8, Surveillants et Surveillants Chefs²⁷ pour 3/8. Le nombre des membres désignés est corrélé à la taille de l'établissement et ne peut excéder 32 ; ils bénéficient chacun d'une voix délibérative en cas de vote.

D'autres membres de droit siègent à la commission ; ils participent avec voix consultative aux séances de l'instance. Il s'agit des infirmiers généraux adjoints, des directeurs d'écoles paramédicales rattachés à l'établissement, d'un représentant de la CME, d'un représentant des élèves infirmiers de 3^e année et d'un élève aide-soignant.

Le décret précise également qu'à l'initiative du président, des personnes qualifiées peuvent être associées aux travaux de la commission.

➤ **Désignation :**

Les membres de la CSSI sont désignés parmi les agents titulaires, stagiaires et contractuels de l'hôpital. Le directeur fixe la date du renouvellement de la commission et le nombre des représentants par collèges. Les futurs membres se portent volontaires par écrit auprès du directeur de l'établissement, 8 jours au moins avant la date du tirage au sort. Les membres sont désignés pour un mandat renouvelable de 3 ans.

➤ **Fonctionnement :**

La CSSI se réunit au moins 3 fois par an sur convocation de son président et à chaque demande du directeur de l'établissement. L'ordre du jour est fixé par le directeur des soins ; la commission ne peut émettre un avis que lorsque le quorum de la moitié des membres issus des différents collèges professionnels est atteint. Chaque séance donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal adressé dans les 15 jours au directeur et aux membres de la commission. Le président de la CSSI prépare un compte-rendu annuel de

²⁷ Terminologie employée avant 1995.

l'activité de la commission et l'insère dans le rapport annuel d'activité du service de soins infirmiers.

➤ **Rôle :**

La CSSI est réglementairement consultée sur :

- ↳ l'organisation générale des soins infirmiers et l'accompagnement des malades dans le cadre d'un projet de soins
- ↳ la recherche et l'évaluation des soins
- ↳ l'élaboration d'une politique de formation
- ↳ le projet d'établissement

2.4 Les autres textes

Depuis 1991, d'autres textes sont venus renforcer le rôle et les attributions de la CSSI.

➤ **La circulaire DH/EO/97 n° 22 du 13 janvier 97**

Relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé, la circulaire, chapitre 2, alinéa 3, précise que le contrat d'objectif et de moyens est la résultante d'une démarche de concertation interne à l'établissement.

*« Durant la phase d'élaboration du contrat, il importe que toutes les instances représentatives, **notamment la commission de soins infirmiers**, soient tenues informées de l'état d'avancement des travaux, il est souhaitable que **l'ensemble des équipes bénéficient d'informations** à ce sujet et soient mobilisées pour **formuler des propositions** en s'appuyant notamment sur le projet d'établissement. »*

➤ **La circulaire DHOS/E1 n° 61 du 13 février 2004**

La présente circulaire décrit les modalités d'anticipation de la nouvelle gouvernance au sein des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. Ce texte définit l'organisation à mettre en œuvre et spécifiquement pour certaines instances dont la CSSI qui devient pour la circonstance la Commission des Soins Infirmiers, Médico-techniques et de Rééducation.

Celle-ci voit ses prérogatives élargies et renforcées dans les domaines de la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Tableau récapitulatif et chronologique des prérogatives réglementaires de la CSSI

	Organisation des soins et projet de soins	Recherche et évaluation des soins	Élaboration d'une politique de formation	Projet D'ETS	COM	Amélioration qualité et sécurité des soins	Évaluation des pratiques
1991/92							
1997							
2004							
Les 7 axes majeurs							

Nous pouvons observer qu'en un peu plus de 12 ans, avec l'évolution des textes, la CSSI est devenue une instance importante ayant à émettre des avis sur la politique de l'établissement et sa stratégie.

A partir de ces éléments, nous nous proposons dans la seconde partie de notre étude, de montrer la place occupée aujourd'hui par la commission dans le contexte institutionnel.

SECONDE PARTIE

1 ETAT DES LIEUX

1.1 L'état des lieux en 1997

En 1997, le Ministère de la santé a réalisé une vaste enquête nationale sur le fonctionnement des commissions de soins infirmiers portant sur 662 établissements publics de santé.²⁸L'enquête montre qu'après six années d'existence, la commission est vécue positivement. Le service de soins infirmiers est considéré par le biais de cette instance comme force de propositions dans le cadre institutionnel mettant en exergue l'implication et la motivation des professionnels.

Sept ans après cette enquête et dans le cadre exploratoire restreint de notre étude, nous étions désireux de savoir ce qu'il en advenait pour 2 établissements publics de santé où nous étions stagiaire.

1.2 Méthodologie de l'enquête

Indépendamment de la recherche bibliographique et documentaire, notre étude s'appuie sur 3 types d'investigations : des questionnaires, des entretiens et une analyse documentaire portant sur l'étude des procès-verbaux de la CSSI. Elle permet d'analyser la portée de cette instance tant sur le mode quantitatif que qualitatif.

Le travail d'enquête a été conduit sur nos lieux de stages et s'est déroulé sur 2 établissements de santé situés à Paris et en région parisienne. Les établissements publics de santé choisis se composent d'un Centre Hospitalier (CH) et d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). La CSSI est composée pour chacun d'entre eux de 32 membres.

1.2.1 L'enquête par entretiens

L'enquête comprend **6 entretiens** conduits sur chacun des 2 sites sur le mode directif. Elle a concerné 1 Directeur Général (DG), 2 Coordonnateurs Généraux des Soins (CGS),

²⁸ Les commissions de soins infirmiers dans les établissements publics de santé, Direction des hôpitaux, février 1997

1 Directeur des Soins (DS) et 2 médecins, représentants de la CME à la CSSI dont 1 PUPH. Les entretiens ont été menés d'après un guide²⁹ et enregistrés avec prise de notes dans les bureaux respectifs des interviewés. La durée initiale de chacun des temps d'entretien a été fixée à une heure. Enregistrements et prises de notes ont été retranscrits puis exploités à l'aide d'une grille d'analyse.³⁰

L'intérêt de nos entretiens réside dans le fait qu'ils constituent **l'approche qualitative** relative à la perception de la CSSI au sein de ces 2 établissements par des professionnels en charge de la stratégie et de la définition de la **politique institutionnelle**.

Les limites s'expriment quant à elles, sur des aspects de contraintes d'agenda des personnes interviewées et de difficultés d'ordre logistique résultant de l'éloignement entre les 2 sites.

1.2.2 L'enquête par questionnaires

Dans sa composition réglementaire, la CSSI fait appel à des personnels soignants paramédicaux : Aides-soignantes, Infirmières, Cadres et Cadres Supérieurs de santé, qui constituent les collèges retenus pour le fonctionnement de l'instance. Nous avons donc sollicité ce public car il nous importait de recueillir son avis et ses impressions sur cette commission.

Joint à un courrier d'accompagnement expliquant la méthode et ses modalités de récupération, les questionnaires comportent **15 questions** semi fermées. Seule la dernière question invite le professionnel à s'exprimer librement sur l'instance s'il en éprouve le besoin.³¹

Les questions 13 et 14 ont été incluses pour mesurer l'existence de conseils de service et projets de service, liens ou relais possibles de la politique de soins et du projet de soins.

La **construction du questionnaire** suit un séquençement progressif selon *quatre axes principaux* en lien avec nos hypothèses :

- ↳ **organisation et fonctionnement** de l'instance permettent d'identifier la « connaissance » et l'existence de la commission du point de vue des professionnels interrogés

²⁹ Annexe 1

³⁰ Annexe 2

³¹ Annexe 6

- ↪ **information et expression**, sont des critères qui positionnent la CSSI comme une instance participative
- ↪ les questions relatives aux **thématiques traitées** en CSSI et la « **connaissance du projet de soins** » ont été posées pour mesurer la contribution de l'instance à la mise en œuvre de la politique de soins
- ↪ **s'informer sur les travaux** de la CSSI, **participer à l'élaboration** du projet de soins et à d'autres groupes de travail, sont des éléments déterminants permettant d'apprécier le niveau d'implication des professionnels de santé paramédicaux. C'est également une traduction du **sentiment d'appartenance à l'institution**.

Les questionnaires ont été testés auprès de 4 personnes (2 AS et 2 IDE) avant diffusion générale et n'ont pas révélé de difficulté particulière de compréhension et de réponse aux questions posées.

Cent questionnaires³² ont été distribués au total sur les 2 sites soit 50 questionnaires par site selon les postulats suivants :

- avoir 18 mois de présence minimum au sein de l'institution pour les soignants
- n'avoir jamais été membre de la CSSI

Nous pensons en effet qu'inclure des professionnels membres ou l'ayant été, aurait donné à notre étude une image tronquée de la réalité par rapport aux hypothèses que nous souhaitions vérifier.

Une partie des questionnaires a été confiée aux cadres des services des 2 établissements ; les autres ont été distribués et récupérés par nos soins pendant la durée de notre stage. Le délai de retour fixé à 10 jours a permis d'obtenir un **taux d'exhaustivité de 67%**.

Questionnaires distribués – Réponses reçues et exploités

	Distribués	Récupérés et Exploités	
		Nombre	%
<u>CH</u>	50	42	84
<u>CHU</u>	50	25	50
<u>TOTAL</u>	100	67	67

³² Annexe 3

L'ensemble des questionnaires retournés a pu être exploité ; on note cependant un écart important de plus de 30% entre les taux de récupération issus du CH et du CHU. Ce dernier ayant dans des conditions de récupération analogues, moins répondu à notre demande ; l'une des explications vraisemblable, étant notre absence sur le terrain du CHU pour relancer les retours de questionnaires auprès des professionnels.

Représentativité des questionnaires récupérés sur chacun des 2 sites

	AS	IDE	CS	CSS	TOTAL
CH	18	14	8	2	42
CHU	8	12	3	2	25
TOTAL	26	26	11	4	67

L'explication de cette répartition des questionnaires a pour objectif initial de recueillir un maximum d'informations auprès des collègues IDE et AS, les plus importants dans la composition réglementaire actuelle. De plus, solliciter directement les acteurs du centre opérationnel revêt pour nous un intérêt particulier car il traduit l'état des connaissances au plus près de la vie des services.

Nous avons souhaité distribuer moins de questionnaires aux cadres, ces derniers étant des relais d'information auprès des équipes. Ils ont acquis par leur formation et leur position hiérarchique, la connaissance du fonctionnement des instances et de l'institution. Enfin, ils ne sont pas majoritaires au sein de l'instance au regard des 2 catégories professionnelles précédentes (AS + IDE).

L'intérêt de notre méthode par questionnaires est d'avoir recueilli un nombre significatif de questionnaires exploitables : supérieur à 3/5 de la population interrogée, nous permettant de mesurer sur un plan **quantitatif** la connaissance au sens large puis plus spécifique du fonctionnement de la CSSI. Nous en avons déduit secondairement, le positionnement de cette instance dans le cadre institutionnel.

1.2.3 L'analyse documentaire

L'analyse documentaire a porté sur l'étude de **9 procès verbaux (PV)** de CSSI de l'année 2003 pour les deux établissements et fait apparaître :

- ↳ les thématiques traitées : qualité et sécurité des soins, projet de soins, projet d'établissement, ...

- ↳ les projets et travaux validés par la CSSI et la présentation des travaux d'autres instances
- ↳ les pratiques soignantes
- ↳ les personnes invitées

L'intérêt de cette analyse résulte de la **diversité des informations** obtenues permettant d'évaluer le contenu et la qualité des débats au sein de la commission. Nous chercherons à savoir si la CSSI fonctionne afin de répondre strictement à ses attributions réglementaires ou plus largement à des besoins spécifiques de ses membres et plus largement de la communauté paramédicale.

On peut néanmoins remarquer que le CHU présente des comptes-rendus synthétiques et moins détaillés que ceux du CH. Ce dernier relate en effet les interventions des participants et joint les supports des intervenants en annexe.

2 ANALYSE DES RÉSULTATS

Au regard des hypothèses de travail présentées en introduction, les résultats de nos investigations vont s'attacher à :

- mesurer la **connaissance** que les acteurs soignants ont de cette instance
- démontrer que la commission **est un lieu d'expression**
- montrer que la CSSI **facilite la mise en œuvre de la politique de soins**
- présenter la **commission de soins** comme facteur contribuant à **développer le sentiment d'appartenance à l'institution**

La méthodologie retenue repose sur l'analyse des questionnaires, des entretiens et comptes rendus d'instance.

2.1 De la connaissance de la CSSI

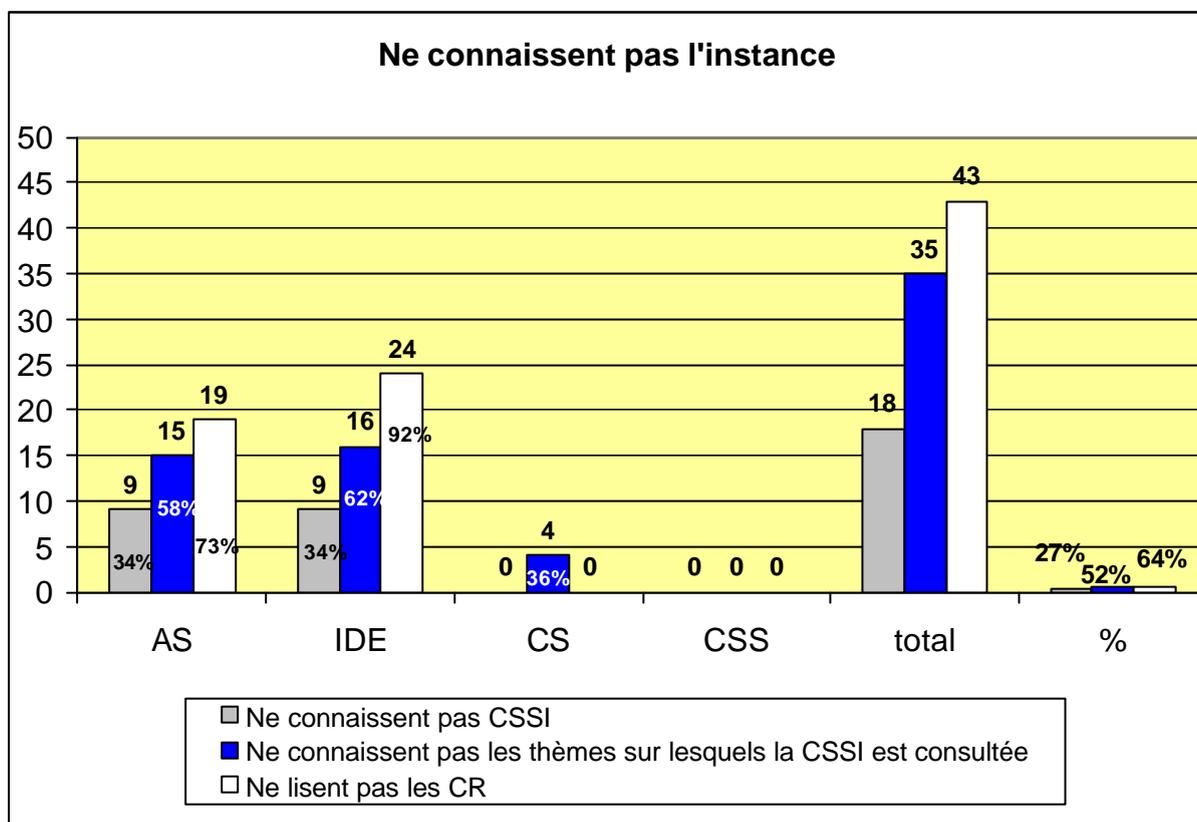
La première partie des questionnaires concerne **la connaissance** de la commission de soins par les professionnels (questions 1, 3, 4 et 13).

↳ *ce que montrent les questionnaires*

Par le biais des questions posées, les personnes interrogées expriment leur connaissance sur l'existence de la commission, son fonctionnement et ses prérogatives.

Nous pensons que connaître l'existence de la CSSI est important mais vague et incomplet au regard du **contenu des séances**, de la **fréquence** des réunions et de l'intérêt porté, dans l'implication des **lectures de comptes-rendus**. Nous nous sommes attachés à explorer ces différents aspects.

GRAPHIQUE 1 – Mesurer la connaissance de la CSSI auprès des acteurs soignants



Le tableau ci-dessus montre une **relative méconnaissance des acteurs soignants pour la commission des soins** : 34 % des AS et des IDE ne connaissent pas l'instance.

En revanche, les cadres dans leur globalité connaissent l'existence de la CSSI.

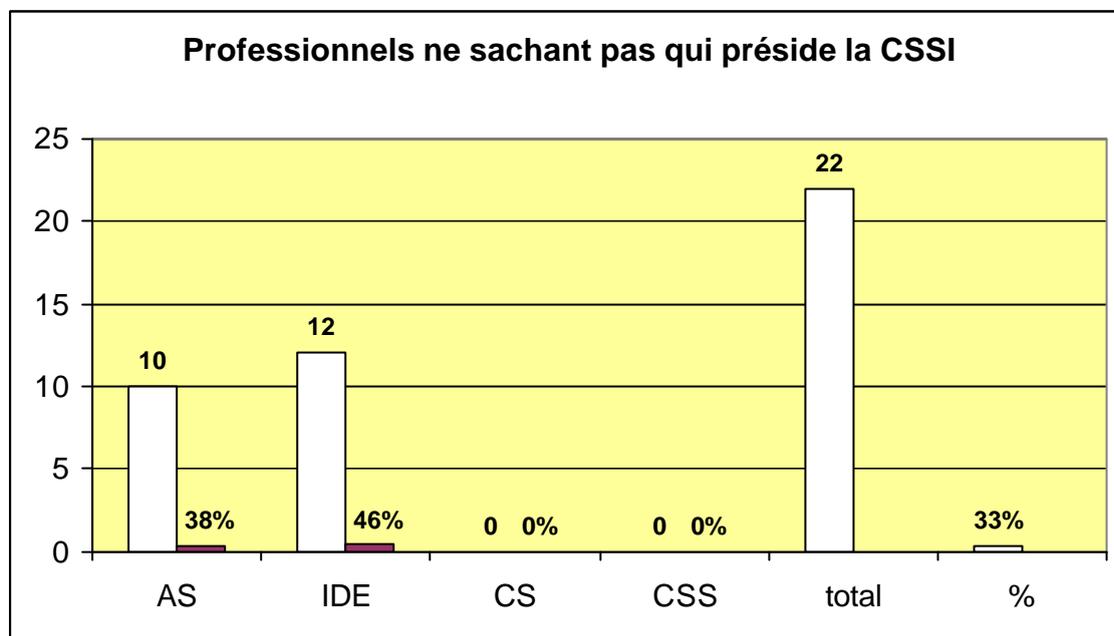
Dès lors que l'on demande des précisions sur la nature des thèmes de la CSSI : 58 % des AS, 62% des IDE et 36 % des cadres (CS) ne connaissent pas les thèmes instruits par la commission.

Concernant l'intérêt que l'on porte à la vie de l'instance, mesuré par l'item « lecture des comptes-rendus » : 73% des AS et plus de 92 % des IDE, confient ne pas les lire alors qu'ils existent.

A propos du fonctionnement de la commission, 69% des personnes interrogées dont 4 cadres, ignorent la fréquence des réunions annuelles. (Résultats non représentés sur ce graphe)

Afin de compléter ce point, nous avons pensé qu'il était également pertinent de connaître le nombre de professionnels de santé ne sachant pas qui préside la CSSI.

GRAPHIQUE 2 – Présidence de la commission de soins



22 soignants sur 67 soit 33% ignorent qui préside la commission de soins. Cette tendance est plus marquée pour les infirmières dont 46% d'entre elles ne savent pas que le président de la commission des soins est le Directeur de Soins.

↳ *ce que traduisent les entretiens*

Nous souhaitons recueillir auprès des **directeurs des soins** leur perception de la connaissance de l'instance par les personnels soignants. Il apparaît qu'ils sont tous unanimes à penser que **la CSSI n'est pas ou peu connue des professionnels soignants excepté des cadres.**

Le coordonnateur général des soins du CHU décrit cette instance comme étant moins bien connue que le CTE et la CME. **Pour les médecins** qui représentent la CME à la CSSI, **l'avis est identique.** « *Je n'entends jamais parler de la commission des soins même au sein de mon propre service.* ». L'analyse des 2 médecins est complétée par le constat qu'ils font que cette instance est peu ou pas connue de l'ensemble du corps médical. « *Je dois d'ailleurs reconnaître que pour ma part, je ne fais peut-être pas tout ce qu'il faut auprès de mes collègues médecins pour faire connaître cette commission et*

parler d'elle. » Pour le directeur général, la commission est surtout connue des cadres et des infirmières.

Synthèse : la commission est connue des cadres mais fort peu des autres catégories de personnel au sein des 2 établissements. Cette méconnaissance s'amplifie et se précise auprès des AS et des IDE lorsque celles-ci sont consultées sur la nature des thématiques, la lecture des comptes-rendus et la fréquence des réunions de la CSSI. En marge de l'analyse des questionnaires, il apparaît également que le corps médical connaît mal cette instance.

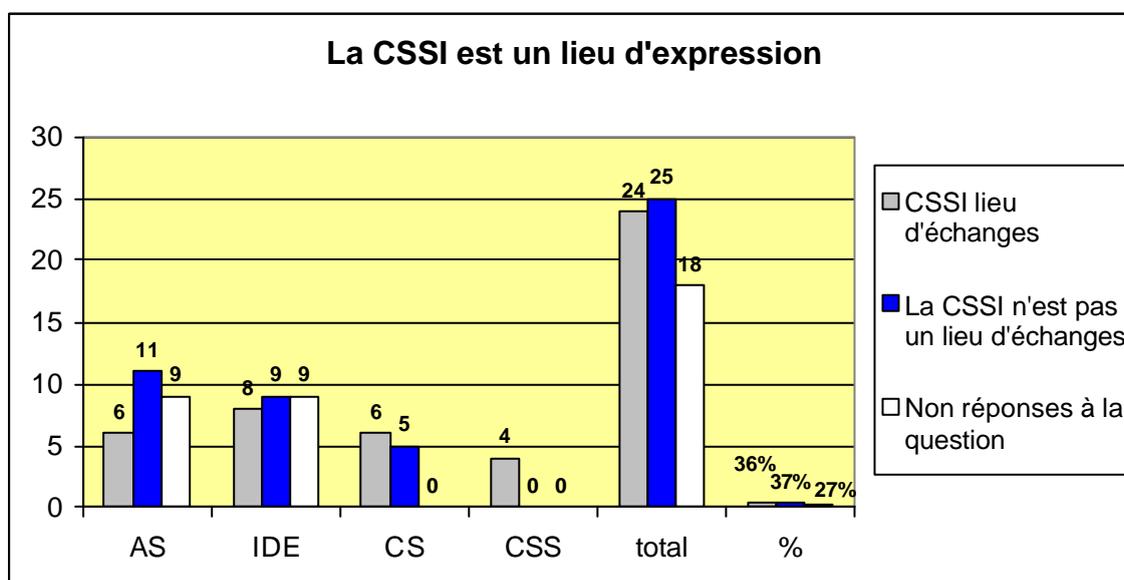
2.2 La CSSI : un lieu d'expression

Nous avons tenté d'examiner si la commission de soins des deux établissements est perçue par les professionnels comme une **instance d'échanges et d'expression** (question n°6). En complément, les entretiens effectués auprès des directeurs des soins, du corps médical et du Directeur Général nous permettent de vérifier que la CSSI est une **instance participative**.

↳ ce que montrent les questionnaires

Les réponses apportées à la question composée de deux volets (« la CSSI est-elle un lieu d'échange ? » et description de la nature des échanges) contribuent à mesurer si les commissions de soins des 2 sites peuvent être considérées comme des lieux d'expression des personnels. Le contenu des échanges entre professionnels est précisé par la typologie des informations recueillies.

GRAPHIQUE 3 – La commission de soins : une instance participative



Il convient de lire à partir de ce graphique, que **seulement 36% soit 1/3 des soignants considèrent la CSSI comme un lieu d'échanges**.

Les AS sont 23%, les IDE 31% à penser que la CSSI est perçue comme étant une instance participative.

Les cadres, dans 45% des cas ont répondu « non » à cette question sans donner d'explication pour illustrer leur réponse, qu'ils appartiennent au CHU ou au CH.

Les cadres supérieurs quant à eux, évaluent cette instance comme un lieu d'échanges à 100%.

Il est à noter que les questionnaires comportent **un taux de non réponse de 27% pour les AS et les IDE** à la question : *dans votre hôpital, la CSSI est-elle un lieu d'échanges entre professionnels ?* Cet item n'a pas été renseigné ou a simplement été annoté de points d'interrogation.

Les acteurs percevant l'instance comme un lieu d'échanges soit 36% des personnels ont cité les thèmes suivants (par ordre de fréquence) :

Typologie des informations échangées	CH	CHU
Les expériences professionnelles	X	X
Les procédures de soins	X	X
Certains concepts : famille, maladie, etc.	X	X
Qualité des soins		X
Organisation du travail	X	X
Projet de soins	X	X
Législation	X	X
Le dossier de soins		X
La prise en charge des malades		X
Utilisation de nouveaux appareils	X	
Réflexion sur les pratiques	X	X
Restructurations	X	
Formations	X	
Les protocoles	X	X
Projets de services	X	
L'avancement des projets de l'établissement	X	

Nous pouvons observer que les différents sujets d'échanges déclinés parmi les réponses fournies sont nombreux et concernent la politique de soins de l'hôpital.

Néanmoins, on peut relever que les thèmes : qualité des soins, dossier de soins et prise en charge des malades ne sont pas traités au sein de la CSSI du CH et que les thèmes tels que : projets de services et avancement des projets de l'établissement ne sont pas

non plus discutés au sein de la CSSI du CHU. Ceci nous amène à penser que les thèmes non traités au sein de cette instance le sont vraisemblablement au sein d'autres lieux d'expression et de réunions relevant de l'organisation propre à chaque établissement.

↳ *ce que traduisent les entretiens*

Nous avons orienté nos entretiens dans 2 domaines : atmosphère pendant les débats et facteurs favorisant l'expression.

A l'unanimité, les directeurs des soins évaluent la commission des soins qu'ils président comme un lieu d'échanges entre les professionnels. Le CH et le CHU adressent à leurs membres, dans les quinze jours précédant la commission, **un ordre du jour détaillé** parfois accompagné de documents inhérents aux sujets traités. Ces dispositions selon les interviewés facilitent les débats ultérieurs.

Il existe par ailleurs, un autre point commun entre les 2 institutions : **la CSSI consacre un temps d'information** en début ou en fin de réunion consacré à la vie de l'hôpital et à l'état d'avancement des projets. Cette organisation permet sous forme de questions-réponses, **d'entretenir une dynamique et un certain niveau d'échanges entre les participants.**

Les deux instances sont des **instances de validation** mais fonctionnent différemment. Le CHU est organisé en sous commissions pour travailler ; la CSSI se recompose en assemblée plénière pour présenter l'état des réflexions, statuer et valider. A l'inverse, le CH ne retient pas la commission comme une instance de travail et de réflexion. Elle n'est qu'un lieu de présentation des travaux émanant de groupes préalablement constitués et valide les travaux de ces derniers si besoin.

A propos du niveau de participation, il apparaît que sur les 2 sites, les 3 catégories d'acteurs membres de la commission s'expriment de manière inégale. Ainsi, **le collègue des aides-soignants reste spontanément en retrait des débats** de la CSSI, et ceci quels que soient les sujets traités ou abordés. Les **infirmières sont un peu plus participantes** et semblent quant à elles plus sûres d'elles pour prendre la parole en public. Le collègue des cadres n'exprime quant à lui aucune difficulté et monopolise souvent le temps de parole si l'animateur de la réunion ne prend pas soin de le répartir entre les participants représentant les différents collèges.

« *La commission fonctionne aussi sur le principe de donner la parole à des personnes qui n'avaient pas l'habitude de s'autoriser à la prendre.* »³³

³³ Citation tirée des entretiens conduits au CHU

L'ambiance générale au sein de la commission est pour nous un indicateur permettant d'apprécier le bon déroulement des débats de l'instance. Celui-ci peut encourager ou au contraire, remettre en cause l'implication et la participation des professionnels dans les échanges. **Pour les 2 établissements, le climat est propice** et qualifié de cordial et respectueux.

Pour le Directeur Général, la commission de soins de son établissement **est une instance trop formelle** où l'on reçoit de l'information. Les cadres y sont souvent très actifs au détriment des autres catégories de personnel. Enfin, pour lui, les membres de cette instance s'arrêtent trop souvent au détail et occultent l'essentiel.

Les 2 médecins représentants de la CME à la CSSI, **confirment la faible contribution des AS** et la « *présence d'un noyau dur participatif* » représenté par l'encadrement.

↳ ce qu'apporte l'analyse documentaire

L'analyse documentaire confirme en grande partie les motifs de participation avancés par les professionnels. Les thématiques évoquées au sein des deux instances relèvent pour l'essentiel du cadre réglementaire relatif à la CSSI et plus particulièrement de la politique de soins³⁴.

Nous pouvons ainsi constater qu'ils ont servi de supports nourrissant en amont des **échanges entre professionnels**, et en aval faire **l'objet de discussions** conduisant si besoin à l'étape de validation.

Au sein du CHU : des sujets complémentaires sont traités : informations générales avec organisation de conférences sur l'histoire de la société, sur la sociologie et les comportements humains... On relève également dans les comptes-rendus d'instance de cet établissement, la présence d'autres acteurs paramédicaux.

Ces deux derniers points laissent penser que le mode de fonctionnement de la CSSI du CHU est volontairement plus tourné vers l'extérieur.

Synthèse : les 2 commissions de soins observées montrent que tous les éléments sont présents pour encourager l'échange et la participation de leurs membres. Les séances se déroulent dans une bonne ambiance basée sur l'écoute et le respect mutuel.

Néanmoins, les composantes réglementaires que constituent les 3 collèges professionnels, ne s'y expriment pas de manière identique.

³⁴ Annexe 3

2.3 La CSSI : un outil de mise en œuvre de la politique de soins

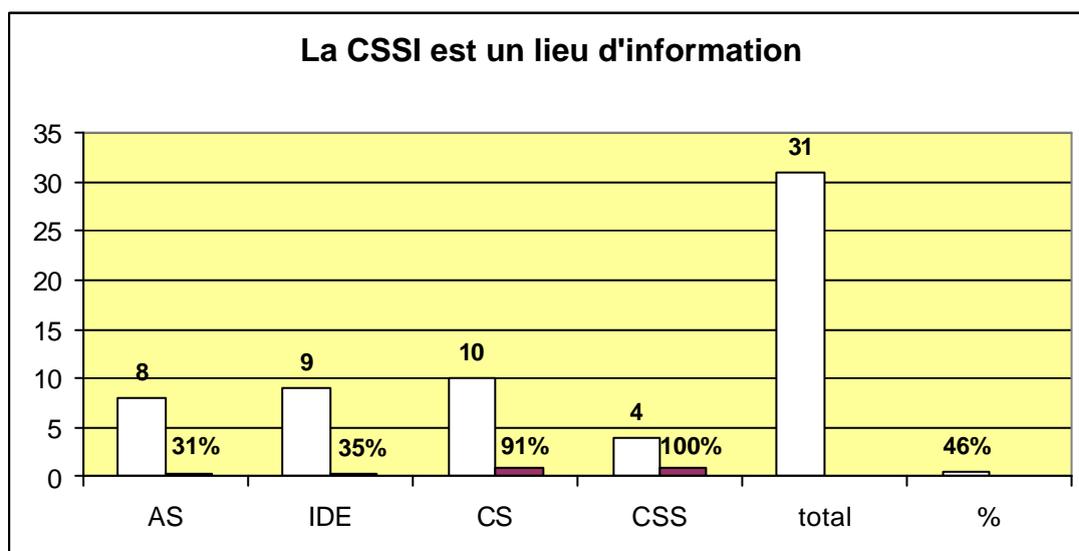
L'intérêt de notre étude au regard de nos hypothèses de recherche, est d'expliquer en quoi **la CSSI permet de faciliter la mise en œuvre de la politique de soins**. Nous souhaitons savoir également comment cette politique trouve sa traduction au quotidien au niveau de la commission et de l'institution.

↳ *ce que montrent les questionnaires*

Quatre questions (n° 5, 7, 8 et 11) abordent dans un sens très large le thème de l'information. Elles sont posées aux professionnels afin de confirmer que la commission permet de mettre en œuvre la politique de soins.

Les réponses apportées concernent respectivement : « la CSSI, lieu d'informations ? », les thèmes abordés au cours des séances, la communication des travaux réalisés et la connaissance du projet de soins.

GRAPHIQUE 4 – La commission de soins : une source d'information



Ce graphique montre que pour 46% des soignants, la commission de soins, est un lieu d'information.

Les pourcentages issus de ce graphique sont à rapprocher de ceux du graphe n°3 (lieu d'expression) pour les AS et les IDE car ces personnels considèrent la CSSI comme étant à la fois un lieu d'échanges et d'information (entre 30 et 35%).

En revanche, les cadres (CS) perçoivent la CSSI davantage comme un lieu d'information (91%) que comme un lieu d'échanges (54%).

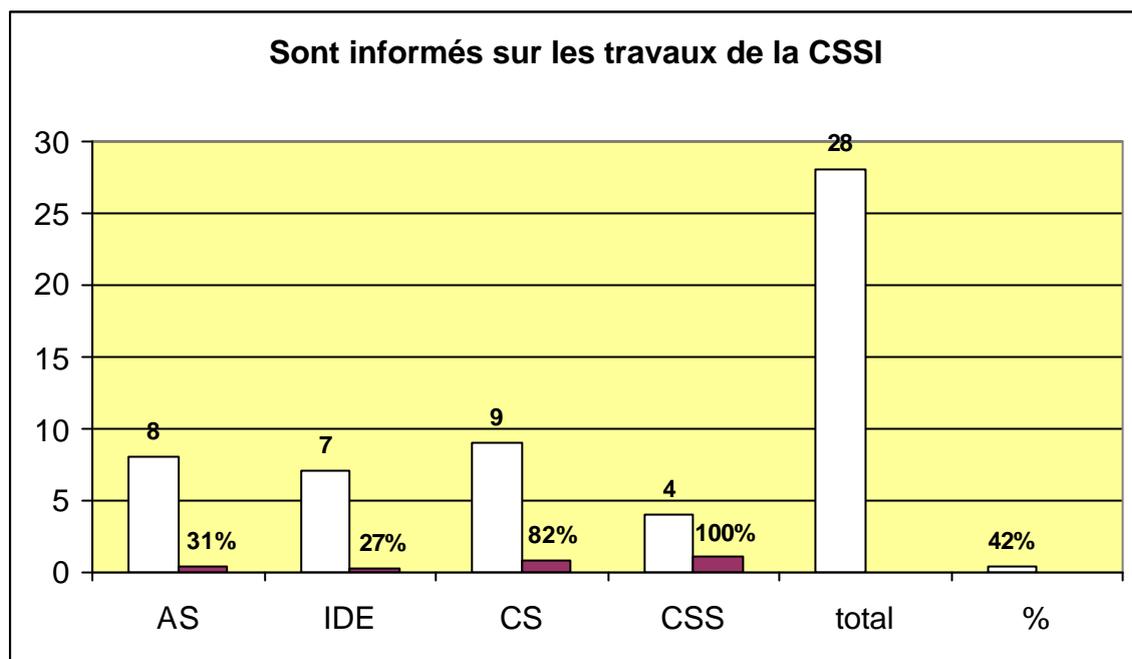
Examinons maintenant, quels sont les **thèmes abordés en séance**.

Typologie des informations générales données	CH	CHU
La vie à l'hôpital	X	X
L'organisation du travail	X	X
Le budget de l'établissement	X	X
La législation	X	X
Les relations avec les malades	X	
Les travaux		X
Le point sur les groupes de travail institutionnels	X	X
La formation continue	X	X
Le point sur les effectifs et les postes vacants		X
Les informations sur les fermetures de lits	X	X
Les mensualités de remplacement	X	X

Un grand nombre d'informations sont relatives aux données générales de fonctionnement et d'organisation des 2 établissements de santé. Nous avons retenu les items généralistes à l'hôpital. Certaines thématiques sont communes aux 2 sites et traduisent les attentes des membres de la commission.

Afin d'être le plus exhaustif possible, nous analyserons le pourcentage de réponses positives à la question 8 : « êtes-vous informé des travaux de la commission de soins ? » et listerons par type d'établissement, la nature de ces travaux.

GRAPHIQUE 5 – Informations transmises sur les travaux réalisés



42% des professionnels de santé déclarent qu'ils sont informés sur les travaux. Ce taux global sur l'information des travaux de la CSSI est cohérent avec celui sur l'information en général (graphique n°4 : 46%), avec cependant une légère différence par catégorie professionnelle : le pourcentage reste identique pour les AS (31%), il est inférieur de 7% pour les IDE et de 9% pour les cadres (CS). On peut néanmoins remarquer que les cadres et cadres supérieurs sont les plus informés, alors que les AS et les IDE le sont à hauteur de 30% en moyenne.

Sujets des travaux réalisés :

Nature des travaux	CH	CHU
Le projet de soins (élaboration, validation)	X	X
Les nouveaux protocoles		X
Le suivi des groupes de travail	X	X
Les travaux d'amélioration de la qualité des soins	X	X
Le suivi du projet de soins	X	
La recherche en soins		X
Le projet d'établissement	X	X
Les liens entre projet de soins et projets de soins des services		X

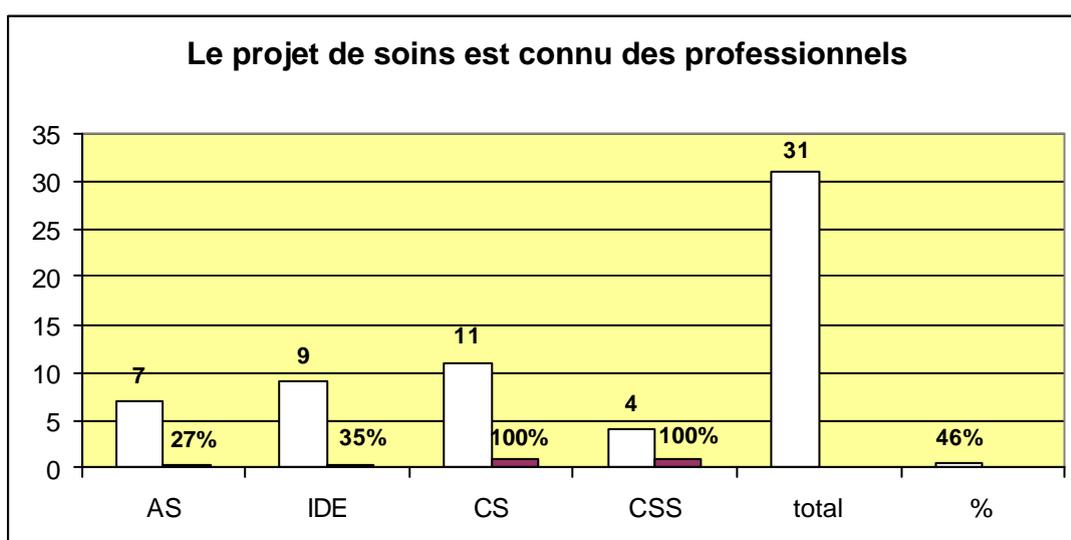
Voici les **modes de transmission de l'information** énumérés par les acteurs soignants :

Comment est-on informé des travaux de la CSSI ?	CH	CHU
Le journal interne à l'hôpital	X	X
Les comptes-rendus	X	X
Les membres du service qui y siègent	X	X
Le cadre de santé	X	
Un feuillet spécifique à la CSSI trimestriel	X	
En réunions de Cadre Supérieur de Santé	X	X
En réunions de Cadre de Santé	X	X

Nous retiendrons de ce tableau qu'il existe plusieurs vecteurs d'information communs aux 2 sites. **Néanmoins, le CH a créé un document spécifique à la commission, rédigé par le président de cette instance.** Le document est ensuite distribué de manière à informer le plus grand nombre de professionnels paramédicaux : ce dernier est agrafé au bulletin de salaire.

Il paraît intéressant dans le cadre de la politique de soins, de mesurer **l'état des connaissances des professionnels sur le projet de soins.**

GRAPHIQUE 6 – La connaissance du projet de soins



Ce graphique nous montre une faible connaissance du projet de soins de la part des aides-soignantes et des infirmières (environ 30%). Cette tendance se traduit dans

des proportions égales pour chacun des 2 sites. Par ailleurs, l'encadrement a une connaissance optimale du projet de soins.

↳ *ce que traduisent les entretiens*

La majeure partie des entretiens réalisés présente la CSSI comme un outil de mise en œuvre de la politique de soins. Au sens large, cette politique se décline en plusieurs domaines étroitement liés, dont le premier est relatif à **la dynamique de projet et plus spécifiquement, à celle qui relève du projet de soins** lui-même. L'autre domaine concerne les pratiques soignantes, la gestion des risques, les protocoles et procédures qui accompagnent le projet dans sa phase opérationnelle.

Les entretiens conduits auprès des directeurs de soins et du corps médical présentent le projet de soins comme **vecteur de la politique de soins** institutionnelle.

Pour l'un des établissements, il a eu une préparation en amont à l'élaboration du projet. Des **groupes de travail issus de la CSSI** et élargis à d'autres acteurs institutionnels, ont été constitués pour définir les valeurs soignantes qui vont sous-tendre le projet de soins. L'être humain, le soin, la santé, font appel à des dimensions philosophiques, biologiques, culturelles, spirituelles et sociales qui vont permettre aux soignants d'avoir un langage commun. *« Ce travail est un préalable nécessaire pour déterminer des **valeurs partagées**, gage de la réussite d'une appropriation future. »*

Le second établissement, a réalisé lui aussi un travail en amont sur les valeurs et la conception des soins. Mais les groupes de travail n'émanent pas directement de la CSSI. Ce sont des **groupes de travail animés par les cadres** qui vont dans un second temps, proposer l'état de leurs réflexions aux membres de l'instance.

Cependant, dans les 2 cas, la commission de soins **valide le projet** après l'avoir soumis à l'approbation des équipes, du corps médical et des autres instances réglementaires.

Si les directeurs des soins et les médecins représentants de la CME à la CSSI pensent que cette commission joue un rôle important dans la mise en œuvre de la politique de soins, il n'en n'est pas de même du point de vue du Directeur Général, pour qui **l'impact de la CSSI est minime** dans ce domaine. En effet, la question du **réinvestissement des membres de la commission** au sein de l'établissement pose problème. *« Je pense que cette instance doit travailler à se faire connaître mais surtout gagner en crédibilité et en légitimité notamment en communiquant mieux au sein de l'institution. »*

↳ *ce qu'apporte l'analyse documentaire*

L'analyse documentaire confirme et complète par le biais des comptes-rendus, la nature des travaux de la CSSI évoqués précédemment.

Les PV rappellent le **suivi des projets** (ex : la prise en charge de la douleur aux urgences qui doit aboutir à un protocole médical sur un établissement, le plan de fidélisation du personnel infirmier sur l'autre site, etc.)

La lecture des comptes-rendus permet également d'observer que la commission est à la fois un **lieu et une source potentielle d'information pour les professionnels**. Les 2 instances exploitent les interventions des membres qu'elles invitent.

Ainsi, pendant l'année 2003, les DG des deux hôpitaux ont été invités pour présenter le schéma directeur de leur établissement.

L'analyse documentaire permet de vérifier quels sont les destinataires des comptes rendus de l'instance.

Qui est destinataire des PV de la CSSI ?	CH	CHU
Les membres de la commission	X	X
Le DG	X	X
Les Cadres Supérieurs	X	X
Les Cadres de Santé	X	X
Le Président de la CME		X
La responsable de Communication		X

Synthèse : nous observons que les CSSI des 2 sites remplissent leurs prérogatives réglementaires notamment en matière de projets de soins, qu'elles initient, présentent et valident. Elles sont par ailleurs porteuses d'une **réelle dynamique** de mise en place et de soutien de la **politique de soins**.

Il existe néanmoins, des sources de difficultés liées à la **méconnaissance du projet de soins institutionnel** par les catégories professionnelles infirmières et aides-soignantes. En outre, ces professionnels ont une très faible connaissance des travaux réalisés par la CSSI, la considérant peu comme un lieu d'informations. « - *Cette commission me fait penser à un cercle fermé ; il n'y a pas d'ouverture et d'information sur ce qu'elle fait : quel sens, quels buts, quels moyens ?* » (Témoignage IDE du CHU annexe 6)

2.4 De la CSSI au sentiment d'appartenance à l'institution

Nous avons évoqué dans la première partie de notre étude, en quoi la dynamique de projet est prépondérante et doit être considérée comme un facteur structurant pour l'institution.

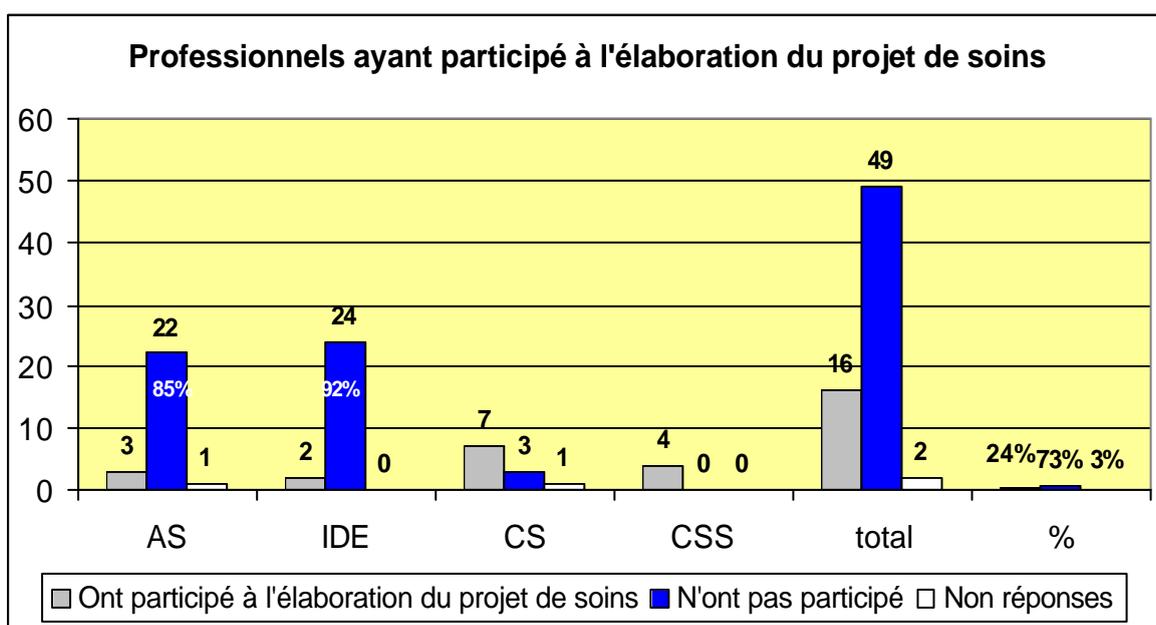
Nous souhaitons examiner maintenant, en quoi le projet de soins, la participation à la CSSI et aux travaux qu'elle produit, favorise le **développement d'un sentiment d'appartenance institutionnelle**.

Nous entendons par appartenance, la définition donnée en mathématique qui consiste à appartenir à un ensemble. Ce terme est pour nous la traduction forte d'une implication et de motivations émanant de professionnels à construire ensemble dans un but commun : l'intérêt du patient au travers du bon fonctionnement de l'institution.

↳ *ce que montrent les questionnaires*

Trois questions (n° 2, 12 et 9) posées aux professionnels appréhendent le sentiment d'appartenance à l'institution en étudiant dans un premier temps : la contribution à l'élaboration du projet de soins, la participation aux groupes de travail émanant ou non de la Direction des Soins et dans un second temps, en mesurant le souhait des professionnels à s'impliquer concrètement dans la vie de la CSSI.

GRAPHIQUE 7 - Degré de participation des professionnels



Ce graphique montre qu'une **très forte proportion d'acteurs soignants** (les trois quarts) **n'a pas participé à l'élaboration du projet de soins** au sein de leur institution respective. Dans le même temps, l'encadrement (CS et CSS) est très impliqué (73%), laissant penser que sur les 2 sites, ce sont les cadres qui sont moteurs en la matière. La participation des IDE est cependant très faible (8%) et celle des AS est quant à elle de 11%.

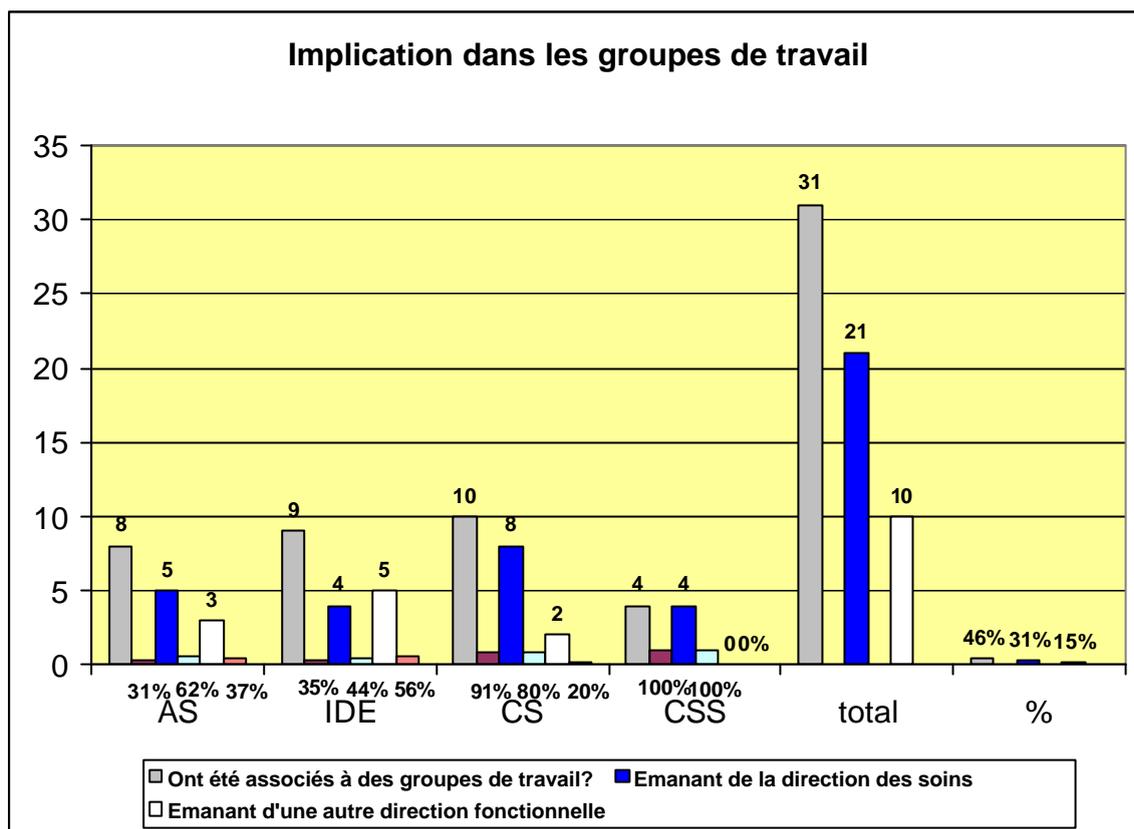
Le tableau suivant reprend de manière synthétique, les **modes de participation** évoqués par les professionnels :

<u>De quelle manière avez-vous participé à l'élaboration du projet de soins ?</u> <i>(Par ordre d'importance)</i>	CH	CHU
Groupes de travail	X	X
Réunions de cadres (organisées par les CGS)	X	X
Animation d'équipe (par les cadres)	X	X
Restitution de travaux en CSSI	X	X
Réunions de Service		X
Questionnaires		X

Les modes participatifs énumérés sont similaires entre les 2 établissements ; le CHU se différencie du CH en proposant en plus l'élaboration du projet de soins lors de réunions de service et par une sollicitation des professionnels au moyen de questionnaires.

Le mode de contribution le plus fréquemment évoqué dans les réponses aux questionnaires est **l'implication dans des groupes de travail**. Ce point nous permet d'apprécier les éléments servant le sentiment d'appartenance à l'institution

GRAPHIQUE 8 - Implication institutionnelle des professionnels



Ce graphique fait apparaître une **forte implication des professionnels dans les groupes de travail, surtout chez les cadres** (91 % pour les CS et 100% pour les CSS). Conformément aux résultats des graphes précédents, les AS et les IDE participent dans une moindre proportion (respectivement 31 % et 35%).

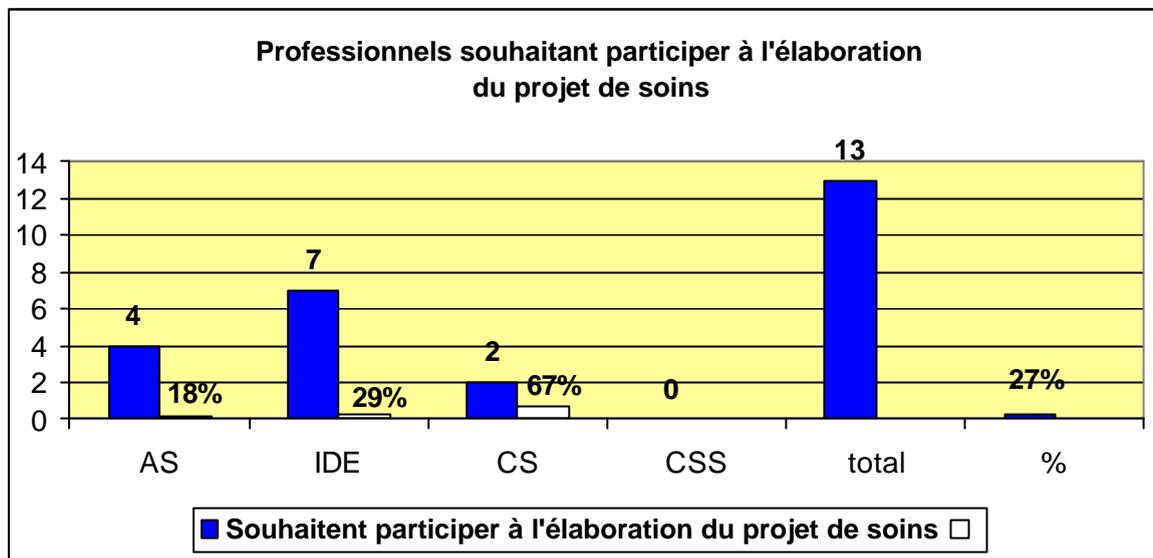
Lorsqu'ils sont sollicités par la Direction des soins, **les cadres supérieurs sont tous concernés et les cadres de santé pour 80%**. Les autres catégories professionnelles participent à hauteur de 44% pour les IDE et 62% pour les AS.

Les autres directions fonctionnelles ont également recours aux acteurs soignants au sein de groupes de travail qui leur sont propres. Cette tendance est un peu plus marquée au sein du CHU.

En comparant les résultats des graphiques 7 et 8, nous constatons pour **l'encadrement (CS et CSS)** que la **participation à l'élaboration du projet de soins est une tendance analogue retrouvée dans l'item relatif à l'implication dans les groupes de travail émanant de la Direction des Soins** ; celle des AS et IDE y est inférieure.

En complément du constat faisant état d'une importante participation des cadres par rapport à celle des IDE et AS, nous apprécierons le désir de ces acteurs à participer à l'élaboration du projet de soins et d'appartenir à la CSSI.

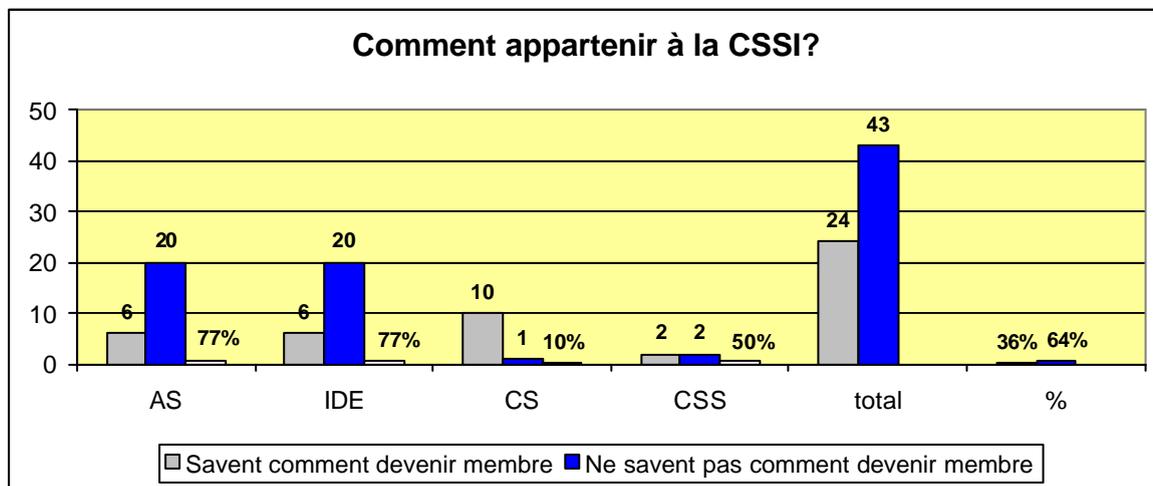
GRAPHIQUE 9 – Professionnels désirant participer à l'élaboration du projet



Ce graphique est corrélé au graphique N° 7 « Participation à l'élaboration du projet de soins. » Nous devons considérer pour chaque catégorie de personnel, ceux qui n'ont pas participé à l'élaboration du projet de soins. Nous excluons ainsi les non réponses à la question et les personnels ayant contribué au projet de soins.

Nous pouvons alors constater : 67% des cadres (CS) n'ayant pas participé à l'élaboration du projet de soins (graphique 7), souhaitent s'y investir. Cette dynamique est plus nuancée pour les IDE (29%) et les AS (18%). Notons que **pour les IDE**, ce résultat, marque un **fléchissement des tendances précédentes**.

GRAPHIQUE 10 – Comment faire partie de la commission de soins ?



Il convient de lire que **64% des personnes interrogées ne savent pas comment devenir membre** de la commission des soins, toutes catégories confondues pour les 2 sites hospitaliers. Le pourcentage le plus élevé est celui des AS et des IDE avec un taux identique de 77%. Celui de l'encadrement fait apparaître une relative méconnaissance pour cet item, avec un taux de 10% pour les CS et de 50% pour les CSS.

↳ *ce que traduisent les entretiens*

Les directeurs des soins interrogés, présentent le fonctionnement de l'instance **comme étant à améliorer et à adapter** aux évolutions actuelles institutionnelles et professionnelles. Ils sont unanimes pour déclarer que la CSSI ne valorise pas suffisamment les personnes appartenant à l'ensemble du service de soins. Ils notent que la mobilisation des potentiels individuels peut servir l'intérêt collectif. Les DS regrettent que la commission n'entretienne pas suffisamment de liens avec d'autres instances et l'institution dans son ensemble. La commission doit s'ouvrir davantage pour être connue et reconnue. La **représentativité réglementaire** actuelle ne favorise pas une dynamique collégiale du service de soins. D'autre part, **le statut actuel de « membres invités ou invités permanents » est réducteur**, le professionnel concerné ne pouvant prendre part aux votes et s'impliquer dans la prise d'une décision. *« Il est grand temps que les textes nous permettent d'ouvrir la commission à d'autres professionnels paramédicaux³⁵. »* Les directeurs de soins aimeraient que le **mode de désignation** par tirage au sort pour siéger soit abandonné au profit de **l'élection des membres**. Actuellement, cette procédure n'est guère propice à l'engagement et à la responsabilisation des personnes désignées. Un autre point sur lequel les DS s'accordent à dire la même chose concerne la **présence peu fréquente du DG à la CSSI**. Sur chacun des 2 sites, le DG n'a été présent qu'une seule fois dans l'année. Les entretiens conduits auprès des DS montrent que ce n'est pas par faute d'invitation mais plutôt d'emploi du temps chargé.

Les médecins représentants de la CME partagent cette analyse et la complètent de la façon suivante : *« Je pense que cette instance est essentielle à la vie de l'hôpital mais qu'elle est trop méconnue. La présidente a par exemple beaucoup de mal à établir la liste des volontaires après appel à candidature au moment du renouvellement. C'est pour moi révélateur ! »*

³⁵ Citation tirée de l'entretien avec le CGS du CH

L'analyse du Directeur Général se traduit par une commission des soins centrée sur elle-même et trop formelle. Selon lui, cette instance peut jouer un rôle important en tant que **lien fédérateur**. Cette opportunité peut à terme permettre de construire une dynamique d'appartenance mais pour cela, il est nécessaire de **repenser les interfaces avec le corps soignant**. « *La participation et la dynamique de cette commission sont pour moi des signes forts de rattachement à l'institution.* » Un autre point est avancé par le DG ; il concerne **l'ouverture à d'autres acteurs, signe d'un réel décloisonnement et d'une richesse supplémentaire**.

L'analyse documentaire n'apporte pas de précision particulière et supplémentaire pour la question relative au sentiment d'appartenance institutionnelle.

Synthèse : l'analyse quantitative nous amène à constater que l'encadrement est fortement impliqué dans la participation à l'élaboration au projet de soins et dans l'implication des groupes de travail. Ceux qui n'avaient pas participé au projet se déclarent favorables à cette démarche.

Par ailleurs, les IDE et les AS contribuent dans une très faible proportion à l'élaboration du projet de soins. Notons que les infirmières manifestent une volonté de contribuer à ce projet.

Enfin, un pourcentage élevé de professionnels montre une méconnaissance des procédures permettant de faire partie de la commission et même pour une partie de l'encadrement.

2.5 Politique de Soins institutionnelle et Politique de Soins des Services

Afin d'approfondir notre réflexion dans le cadre de cette étude, nous avons souhaité **recueillir certaines données relatives à l'existence des conseils et projets de services**.

Les questions 13 et 14 ont été posées dans le but d'apprécier la présence de projets de services et de mesurer ainsi le potentiel d'appropriation de la politique de soins déclinée avec ses spécificités médicales au niveau opérationnel.

Ces questions nous renseignent également sur la présence d'un management de subsidiarité des cadres dans le contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets de services.

<u>Données spécifiques aux conseils de service, de département ou de pôle pour le CH et le CHU</u>	Nombre de réponses et %
Existence de conseils de service, de département ou de pôle	Oui pour 39 (58%)
Existence d'un projet de service, de département ou de pôle	Oui pour 39 (58%)
Participation à l'élaboration du projet de service (3 collègues)	Oui pour 22 (33%)

La lecture de ce tableau nous permet d'apprécier la cohérence des réponses 1 et 2. Il nous renseigne par ailleurs, sur le taux de participation à l'élaboration des projets de services. Ce taux reste néanmoins faible et comparable à celui exprimé au global par les acteurs soignants lorsque nous leur demandons s'ils souhaitent participer à l'élaboration du projet de soins. (27%)

En affinant ces réponses, les questionnaires montrent une très faible participation des IDE (23%) et des AS (23%) à l'élaboration des projets de services. (Éléments de réponse ne figurant pas sur ce tableau)

2.6 Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces résultats ?

La première partie des résultats relative à la **connaissance de la commission** de soins montre que cette dernière est bien connue des cadres. En revanche, cette observation ne s'applique pas aux collègues des AS et des IDE dont la méconnaissance de l'instance est réelle. Ce constat est renforcé lorsque nous examinons plus en détail, ce qui touche à l'organisation et au fonctionnement de l'instance ainsi qu'à la connaissance de la traçabilité de ses débats.

A la lumière de ces premiers résultats, nous observons que les AS mais surtout les IDE restent en retrait de la vie de la commission. Nous pensons que ses activités et son organisation sont perçues comme trop éloignées des professionnels et tirons la conclusion que la CSSI est peu lisible de l'ensemble des acteurs soignants paramédicaux consultés.

Ce premier constat nous pose en tant que directeur des soins, le problème de l'information et d'une manière générale de la communication sur cette instance.

Nous nous proposons d'améliorer la connaissance de la CSSI dans un premier temps, au regard de notre étude auprès des IDE et des AS, et dans un second

temps au niveau institutionnel (autres professionnels paramédicaux bientôt membres et futurs diplômés.)

La seconde partie aborde l'**expression des professionnels** au sein de la commission. Nous souhaitons montrer que la CSSI est un lieu d'échanges et d'information lui conférant ainsi le statut d'instance participative.

Nos résultats confirment la tendance selon laquelle cette instance est ressentie comme « favorisant l'expression » pour 1/3 des soignants sollicités par questionnaires. Nous pensons que cette question était mal formulée au regard de la forte proportion de professionnels interrogés qui n'ont pas répondu à cet item.

L'autre partie des résultats de l'étude montre par le biais des entretiens, que les AS s'expriment très peu ou quasiment pas lors des débats de la commission. Ce constat est formulé unanimement par les DS et les médecins représentants de la CME à la CSSI.

Il apparaît par ailleurs, que l'encadrement est très actif au niveau de l'instance pour chacun des 2 sites.

Ces résultats appellent à la réalisation d'une action d'amélioration ayant pour but, de faciliter l'expression des personnels aides-soignants membres de l'instance ou se destinant à l'être.

En tant que directeur des soins, nous allons définir et mettre en oeuvre les mesures nécessaires pour aider les personnels éprouvant des difficultés à parler en public.

Le troisième volet des résultats, a pour but de montrer que la **commission de soins est un élément facilitant la mise en oeuvre de la politique de soins**. Les résultats confirment cette tendance en montrant que la CSSI est porteuse d'une dynamique dans ce domaine, remplissant par ailleurs ses obligations réglementaires. La commission introduit dans ses débats les thématiques relatives à la politique de soins. Le projet paramédical y figure toujours en place centrale. Selon l'établissement, l'instance est une instance de travail ou à l'origine de groupes de travail ; mais dans les 2 cas, elle valide un certain nombre de travaux dont les projets d'établissement et de soins.

Cependant, si au prime abord la CSSI favorise la mise en oeuvre de la politique de soins, les résultats font apparaître une méconnaissance importante du projet de soins par les AS et des IDE, élément que le DS doit prendre en considération.

Notre action sera conduite dans le cadre d'une amélioration des processus d'appropriation du projet de soins des acteurs paramédicaux AS et IDE, passant par la commission mais aussi par d'autres voies.

La quatrième et dernière partie de notre analyse correspond au **sentiment d'appartenance** que contribue à développer la commission de soins. Les résultats montrent en premier lieu, que les cadres s'impliquent très fortement dans l'ensemble des domaines conduisant à prendre une part active à la vie de l'institution.

AS et IDE restent minoritaires dans le champ de l'implication institutionnelle (participation au projet de soins et groupes de travail). On peut néanmoins relever de leur part, un timide désir d'être plus « acteurs » pour participer à l'élaboration du projet de soins.

Nous pensons qu'il est nécessaire d'engager un effort d'information et de communication auprès de l'ensemble des acteurs soignants paramédicaux. Cette initiative a pour objet d'aider les professionnels à avoir une meilleure connaissance du fonctionnement de l'institution hospitalière. Il doit permettre à terme de faciliter aux soignants l'accès aux lieux permettant d'être associés à la vie de l'hôpital et d'en avoir le désir.

2.7 Analyse critique

L'interprétation de nos résultats nous conduit à penser qu'il eut été peut être plus pertinent d'élargir notre étude à un troisième établissement. Cette option nous permettant d'accroître la représentativité de nos résultats et de diminuer l'incidence des réponses produites par les cadres qui, dans plusieurs domaines, amendent nos résultats.

Nous pensons par ailleurs que cet élargissement aurait pu nous permettre de solliciter les futurs professionnels paramédicaux qui vont réglementairement intégrer cette instance. Recueillir leurs perceptions et attentes aurait eu l'avantage de se projeter dans l'avenir proche, permettant au directeur des soins d'anticiper et de préparer le fonctionnement et l'organisation de la future commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation.

2.8 Statut des hypothèses

Rappel de nos hypothèses :

① Les acteurs soignants paramédicaux de l'hôpital connaissent l'existence, l'organisation et les prérogatives de la CSSI.

- ② La CSSI favorise l'expression des personnels soignants.
- ③ La CSSI facilite la mise en œuvre de la politique de soins par le projet de soins.
- ④ La CSSI contribue à développer le sentiment d'appartenance à l'institution.

En conclusion de cette seconde partie, au vu du statut de nos hypothèses après l'analyse des résultats, nous observons que **les trois dernières hypothèses sont partiellement confirmées, à la faveur du rôle des cadres très présents dans la politique institutionnelle du service de soins et du faible taux de soignants à s'impliquer et à participer.**

Notre première hypothèse est quant à elle infirmée, compte tenu de la méconnaissance de l'instance, affichée par les professionnels consultés dont 36% des cadres.

Nous souhaitons, après les résultats fournis par notre étude, mettre en œuvre des propositions d'amélioration afin que la commission de soins soit une instance connue de tous et incontournable dans l'organisation et le fonctionnement du service de soins et de l'institution. Ce sera l'objet de notre troisième partie.

TROISIÈME PARTIE

1 PROPOSITIONS ET AXES D'AMÉLIORATION

Notre étude a mis en évidence un certain nombre d'imperfections inhérentes au fonctionnement de la commission de soins par le biais des réponses fournies par les professionnels interrogés. Il importe à nos yeux de **la considérer comme un lien fort institutionnel** permettant d'instaurer ou de renforcer les modes de collaboration entre les acteurs du corps social paramédical. Enfin dans un avenir proche, l'actuelle CSSI va devenir la commission de l'ensemble des professionnels paramédicaux toutes filières soignantes confondues : infirmière, médico-technique et de rééducation. Cette évolution est une opportunité.

1.1 La connaissance de la CSSI comme processus d'acculturation

Les résultats relatifs à la connaissance de la CSSI montrent par le biais des entretiens et des questionnaires, que celle-ci est fortement méconnue des professionnels ; nous souhaitons à ce titre, **mettre en œuvre un plan de sensibilisation et d'information** auprès de l'ensemble des acteurs soignants concernés.

1.1.1 Faire connaître la CSSI aux AS, IDE et aux autres acteurs paramédicaux

L'objectif premier de cette action de communication organisée par le directeur des soins est de faire connaître à l'ensemble des professionnels paramédicaux, le rôle et la place de la CSSI dans l'hôpital.

↳ **conception**

Le directeur des soins va procéder par la méthode des « petits projets » permettant d'être plus efficace sur un plan pédagogique et surtout d'apprécier rapidement les effets positifs de la démarche en terme d'impact.

Après une phase préparatoire réalisée en amont entre les cadres et le DS, l'objectif opérationnel et la méthodologie sont définis, le contenu de l'information à donner est élaboré et les critères d'évaluation de l'action de formation sont déterminés.

↳ mise en œuvre

Afin de rendre ce plan de communication opérationnel, nous nous attacherons à utiliser les ressources dont l'institution dispose.

➤ Le rôle des cadres et cadres supérieurs de santé

Nous avons vu lors des résultats de notre étude que les cadres étaient très impliqués dans la politique de soins et dans la vie de l'institution en général. Nous nous appuyons sur ces « personnes ressource » auprès des équipes pour transmettre les informations. Nous pensons que le rôle des cadres est déterminant pour cette opération de sensibilisation car ils constituent le lien premier avec les professionnels des services.

L'information à diffuser aux professionnels par les cadres et les membres de l'instance est composée d'une approche réglementaire fondée sur l'explication des textes et sur une présentation synthétique des travaux aboutis de la commission de soins sur les 3 dernières années.

Trois méthodes ont été retenues et sont laissées au choix de l'encadrement pour faire connaître la commission : élaboration d'un poster sur la CSSI de l'établissement, formalisation d'une plaquette explicative, utilisation d'un support vidéo réalisé par les membres de l'instance ayant pour objet de présenter la commission de soins. Ces trois options peuvent être associées.

Les cadres renforcent la transmission de l'information auprès des équipes par le biais de l'animation de réunions dans les services.

L'information est également donnée par le cadre supérieur au moment des réunions de conseil de services ou de pôles, sous la forme d'un point de l'ordre du jour.

➤ Le rôle des membres de la CSSI

Le rôle des membres de l'instance (AS et IDE) est important et vient en complément de celui des cadres au cours des réunions organisées. Les travaux finalisés de la commission qui relèvent de la dynamique et de l'implication de ses membres sont présentés succinctement et commentés par le biais du poster, de la plaquette d'information et du support vidéo. Cette méthode pédagogique présente l'intérêt pour le public formé de procéder à des échanges sans pression hiérarchique directe mais néanmoins sous le contrôle d'un cadre animateur de la réunion.

➤ Le rôle du directeur des soins

Dans le but de pérenniser l'information, la direction des soins intégrera cette action pédagogique au programme de formation réservé à l'accueil des nouveaux arrivants. Dans le cadre de la présentation générale du service de soins, le projet de soins et la commission avec son plan d'actions seront notamment exposés.

Dans un second temps, le DS et les membres de la commission des soins en exercice interviendront dans les instituts de formation paramédicaux pour présenter aux étudiants de dernière année, la commission de soins, son rôle, son fonctionnement et sa place dans l'établissement.

↳ **évaluation du dispositif**

Le premier critère d'efficacité que nous retenons pour évaluer l'action de formation, est le taux de satisfaction exprimé par les professionnels formés, mesuré par questionnaires³⁶ et remis aux cadres après l'intervention. L'exploitation est faite par la direction des soins et permet de réajuster la formation si besoin.

Le second critère permettant d'évaluer l'impact du travail accompli est mesuré à moyen terme. Il consiste à quantifier le volume des candidatures adressées à la direction des soins lors du renouvellement de la commission en le comparant aux périodes précédentes.

Enfin, le bilan de cette action de formation sera ajouté au bilan d'activité du service de soins.

1.1.2 Les autres moyens permettant de faire connaître l'instance

Nous pensons que l'action de sensibilisation décrite précédemment doit être accompagnée d'autres mesures qui permettent d'accroître la lisibilité de la CSSI auprès des professionnels.

Le directeur des soins doit veiller à une diffusion plus large des comptes-rendus.

« - J'aimerais bien savoir plus souvent de ce qui a été dit par nos collègues à cette commission »³⁷

Indépendamment des cadres et des membres de cette instance, les professionnels doivent pouvoir prendre connaissance des travaux de la commission. Un exemplaire doit être adressé « pour information » dans chaque unité de soins, au même titre que les comptes-rendus des autres instances et comités. Nous comptons là aussi sur les cadres pour inciter les soignants à lire ces informations. Nous pensons que la technique de classement par classeur permet à tous et à tout moment de trouver l'information au plus vite. La gestion documentaire, confiée à un membre de l'instance ou un cadre permettrait d'optimiser l'organisation de l'information au niveau du service. Cette technique n'exclue

³⁶ Annexe 5

³⁷ Témoignage annexe 6 : libre expression des professionnels du CH

d'ailleurs pas la consultation des données intranet relatives aux instances et comités si l'établissement en est équipé et que les professionnels ont accès à cet outil .

Le DS doit veiller également à ce que le compte-rendu de l'instance soit un support d'information permettant de valoriser les travaux des membres de la commission et ceux présentés en débats par d'autres intervenants. Il est important que les PV de CSSI soient clairs, lisibles et retracent les propos tenus pour donner une dynamique et un intérêt à la lecture.

Nous souhaitons par ailleurs, élaborer **un feuillet récapitulatif des travaux de la CSSI**, diffusé chaque semestre à l'ensemble du corps professionnel paramédical et médical. Ce document est réalisé par les membres de la commission et notamment les IDE et les AS. Les cadres de l'instance et le DS n'intervenant qu'au travers d'un appui méthodologique et logistique et d'une relecture finale. Cette plaquette d'information est ensuite validée par son président. Nous comptons beaucoup par cette mesure, impliquer les membres de l'instance et ajouter par la symbolique de l'écrit soignant, une valeur supplémentaire à la commission et aux activités qui s'y déroulent.

1.2 Professionnaliser le statut de membre de la commission de soins

Pour compenser le mode actuel de désignation des membres de la CSSI qui repose sur un tirage au sort et afin de diminuer les difficultés inhérentes à la composition des listes de renouvellement, nous pensons qu'il est nécessaire de professionnaliser la fonction de membre de cette instance.

1.2.1 La présence d'une charte de fonctionnement

Nous souhaitons en tant que président de l'instance, établir les règles de fonctionnement de la commission pour la période des 3 ans.

La définition de ces règles fait l'objet d'un règlement intérieur ou d'une charte de fonctionnement. Le but de ce principe est de définir le rôle de la commission dans l'établissement, les missions de ses membres et représentants à d'autres instances, la fréquence des réunions, les moyens dont elle dispose, le mode de fonctionnement interne, les modalités de communication externe et le plan d'actions de l'instance avec les thèmes de travail et de réflexion en cours, pour l'année à venir. Le plan d'actions est corrélé au projet de soins.

Chacun des nouveaux membres de la CSSI prend connaissance de ces règles et les approuve en séance inaugurale.

1.2.2 Apprendre aux membres de la CSSI à mieux communiquer

Nous souhaitons par cette mesure, développer les compétences individuelles des acteurs de la commission (hors encadrement) pour servir le collectif et le projet commun de l'institution. Une action de formation est nécessaire, prise en charge en interne ou confiée à un organisme extérieur en fonction des crédits de formation qui nous seront alloués. Le rôle du directeur des soins comprend aussi la négociation de cette action de formation, à lui d'en démontrer le bien fondé.

Plusieurs axes vont guider la démarche :

- ↳ approfondir la connaissance et le fonctionnement institutionnel
- ↳ apprendre à s'exprimer en public
- ↳ travailler en groupe et rédiger
- ↳ argumenter et rendre compte

Les résultats obtenus après la formation permettront aux acteurs paramédicaux :

- de connaître les missions de la commission et de se situer comme acteur
- d'identifier leur rôle au sein de celle-ci et au niveau global institutionnel
- pour les représentants de la CSSI aux autres instances, savoir porter les valeurs du service de soins, les expliciter, voire même les défendre
- de contribuer efficacement aux travaux de l'instance
- de relayer l'information au plus près des services

Nous évaluerons les effets bénéfiques de cette formation au niveau de l'instance, par le degré de participation des membres, la qualité de leur travail, la pertinence de leurs propos, leur capacité à être réactifs, innovants et force de proposition.

En dehors de la commission, les retours d'information par le biais des autres présidents d'instances et observations des cadres, sont des indicateurs significatifs.

1.3 La diversité professionnelle : un enrichissement pour l'institution

La non représentativité actuelle du corps soignant paramédical à la commission de soins contribue à une forme de cloisonnement que nous souhaitons modifier.

1.3.1 L'ouverture aux professionnels médico-techniques et de rééducation

Le législateur n'a pas encore officialisé la présence des acteurs de soins autres que les personnels de la filière infirmière à la commission³⁸. « - *En tant que Cadre Sage-Femme, je ne participe pas à cette instance ; j'aimerais bien y être invitée de temps en temps*³⁹ »

Les nouveaux textes sont en préparation et nous souhaitons en tant que directeur des soins, élargir cette instance aux professionnels médico-techniques et rééducateurs. Nous pensons que la présence de ces professionnels contribue à créer des liens entre les acteurs et les métiers. La complémentarité naît de la connaissance du travail de l'autre ; l'approche commune des problèmes, des situations et des activités partagées pour le bien du malade renforcent la collaboration et l'efficacité des soins.

La CSSI doit être un lieu de synergie et permettre au travers des projets médicaux et de soins, d'impliquer les acteurs dans une démarche collective.

Mais l'ouverture de la commission ne doit pas se borner qu'à un élargissement interne.

1.3.2 L'ouverture à d'autres professionnels

Nous savons combien l'hôpital est dépendant de son environnement extérieur. A ce titre la permanence des soins et leur continuité nécessitent des liens continus avec des professionnels du champ sanitaire et social. Ces professionnels exercent leurs métiers en dehors de l'hôpital. En amont ou en aval du passage du patient au sein de la structure hospitalière, ils contribuent à sa prise en charge. Responsable de la mise en œuvre de la politique de soins et de son évaluation, nous nous proposons d'inviter en commission de soins, un représentant d'un réseau de santé, de l'hospitalisation à domicile (HAD), du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), etc.

La présence de ces professionnels de santé extérieurs à l'institution va favoriser les échanges et entretenir une dynamique de l'instance ; il nous importe par ailleurs d'éviter l'hospitalo centrisme.

1.3.3 Entretien du lien institutionnel

Les conseils de service et projets de service sont de réels relais de la politique de soins. Le Directeur des soins doit encourager l'élaboration des projets de service et le cas échéant apporter de l'aide aux cadres pour leur réalisation.

³⁸ Ils le sont ponctuellement au titre d'invités permanents

³⁹ Témoignage annexe 6 : libre expression des professionnels du CH

Les conseils de service peuvent également permettre par le biais des cadres et des membres du service appartenant à la commission, d'informer les acteurs soignants des travaux de la CSSI en accord avec le Chef de Service. Nous souhaitons que les cadres et autres professionnels soient actifs à ce niveau.

L'existence des conseils de service permet également aux professionnels de pouvoir inviter et dialoguer avec d'autres acteurs hospitaliers. Leur expertise permet de répondre aux attentes du service et des professionnels ou va servir une action pédagogique orientée vers des conseils et un rappel des bonnes pratiques. Prenons l'exemple de l'intervention du médecin du travail, qui constate dans un service, une élévation des accidents exposants au sang (AES).

La démarche peut être reproduite avec le médecin responsable du comité de lutte contre la douleur (CLUD) dans le cas du traitement d'une plainte de malade insatisfait de la prise en charge de sa douleur.

Il est un autre domaine par lequel il est possible d'entretenir le lien institutionnel et donner plus de poids à la commission des soins. Inviter le DG plus fréquemment permettrait aux membres de l'instance d'avoir plus de contacts et d'échanges avec le chef d'établissement. Cela donnerait une dimension supplémentaire à cette instance.

Nous pensons qu'à terme, tout ce qui produit du lien entre les personnes donne du sens et contribue à la construction du sentiment d'appartenance ou à le renforcer.

CONCLUSION

Notre étude tend à démontrer que la commission des soins a rencontré des difficultés à être connue et reconnue par une majorité d'infirmiers et d'aides-soignants. Cependant, des réponses apportées aux questions et du contenu des entretiens, émane un souhait de changement de la part de ces professionnels.

Le monde hospitalier est un système complexe où s'expriment des pouvoirs, des contraintes, et où s'articulent des logiques professionnelles en interactivité permanente et en perpétuelle évolution.

Les acteurs du système hospitalier ont besoin de structures leur permettant d'exprimer leurs opinions, leurs logiques et leurs valeurs professionnelles.

C'est tout l'enjeu des instances et notamment de la commission des soins pour les professionnels paramédicaux. Plus qu'un endroit de prérogatives réglementaires, cette instance, en dehors de toute appartenance syndicale, est un lieu de régulation sociale facilitant la cohésion institutionnelle. Elle fédère les acteurs autour d'un axe essentiel : le projet d'établissement dont le projet de soins est une composante majeure. La commission des soins permet de renforcer la coopération et la collaboration entre tous les professionnels paramédicaux du service de soins.

Cette collaboration est primordiale car elle permet à partir de préoccupations individuelles, d'appréhender la dimension collective institutionnelle.

En tant que directeur des soins et à la veille de la réforme de l'organisation interne de l'hôpital, il nous appartient de donner davantage de sens à cette commission désormais élargie à un plus grand nombre de professionnels. Nous pensons qu'elle contribue à entretenir le lien institutionnel et l'homogénéité du service de soins.

Les valeurs partagées du soin, la responsabilisation des professionnels paramédicaux, l'ouverture, la transparence, la reconnaissance et l'expression des identités professionnelles, sont des éléments qui donnent à cette instance toute sa dynamique, sa richesse et sa raison d'être.

La commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation contribue à donner l'image du service de soins. Au travers elle, s'expriment le professionnalisme des paramédicaux et l'harmonie développée avec les autres acteurs concourant aux soins. Il nous importe de la faire vivre afin de garantir au patient, la qualité et la sécurité de sa prise en charge dans le respect de ses droits.

Bibliographie

1) TEXTES LEGISLATIFS

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. - Loi N° 92-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Journal officiel de la République Française, 2 août 1991, 10255-10269.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1992. - Décret N° 92-272 du 26 mars 1992 relatif aux missions, à l'organisation et aux personnels des établissements publics de santé. Journal officiel de la République Française, 27 mars 1992, 4257-4260.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 1997. - Circulaire DH/EO/97 N° 22 du 13 janvier 1997 relative aux contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.

TEXTE EUROPEEN, 2000. - Déclaration de Munich du 17 juin 2000 : les Infirmières et les Sages-femmes, un atout pour la santé.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Décret N° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de Directeur des soins de la Fonction Publique Hospitalière. Journal officiel de la République Française, 23 avril 2002, 7187-7191.

RÉPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Circulaire DHOS/E1/2004 N° 61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

2) OUVRAGES

BLANCHET A., GOTRAN A. L'entretien. Nathan Université, (coll. 128), 2001. 119 p.

BOUTINET JP., Anthropologie du projet. Paris : PUF, 2001. 310 p.

CREMADEZ M., GRATEAU F., Le management stratégique hospitalier. Paris : inter éditions, MASSON, 1992-1997. 4^e partie, l'évolution des pratiques professionnelles, pp. 357-435.

DE SINGLY F., L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Nathan Université, (coll. 128), 2003. 124 p.

GENELOT D., Manager dans la complexité. Paris : INSEPCONSULTING, 2001. 345 p.

HONORE B. L'hôpital et son projet d'entreprise. Paris : Privat, 1992. 205 p.

MINTZBERG H., Le management : voyage au centre des organisations. New York : Editions d'Organisation, 1989. 1^{ère} et seconde partie, A propos du management, pp. 17-25. A propos des organisations, pp. 145-367

QUIVY R., CAMPENHOUDT LV. Manuel de recherche en sciences sociales. Paris : Dunod, 1995. 288 p.

3) MÉMOIRES ENSP

MAGGI M. Le Directeur du Service de Soins Infirmiers et le projet de soins. Mémoire filière des Infirmiers Généraux : ENSP Rennes, 1996. 72 p.

MOINE D. La CSSI : enjeux pour l'hôpital. Mémoire filière des Infirmiers Généraux : ENSP Rennes, 1993.

POURRIERE JL. De la Commission de conciliation à la gestion de la qualité et des risques. Mémoire filière des Infirmiers Généraux : ENSP Rennes, 1999. 69 p.

TOUPE M.F La Commission du Service de Soins Infirmiers, des textes à l'application. Mémoire filière des Infirmiers Généraux : ENSP Rennes, 1992.

4) ARTICLES DE PÉRIODIQUES

BEAU P. « M MATTEI veut réformer hardiment le management des hôpitaux ». Espace Social Européen, Décembre 2003, n° 663, p 9.

CAUVIN CH., LE JOLY K. « La Gouvernance de l'entreprise à l'hôpital ». Gestion Hospitalière, Novembre 2003, pp 709-731.

Centre Hospitalier intercommunal de Fréjus/Saint-Raphaël. « La Commission du service de soins infirmiers est-elle un long fleuve tranquille ? ». Objectif Soins, avril 1998, pp 24-26

CREMADEZ M. « Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ? ». Revue Hospitalière de France, Janvier – Février 2003, n° 490, pp 42-49

MORSAIN A. « Le management stratégique ». Soins Cadres, Mai 2003, n°46, pp 40-43.

GUILLOU M., DUPRAT P. Le projet d'établissement : un instrument de transformation des modes de management hospitalier ? ENSP, Septembre 1998, Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse des Systèmes de Santé (ALASS), pp 1-12

5) ARTICLES ÉLECTRONIQUES

LANGLOIS G. Hôpital une modernisation sans précédent. Hospimédia [en ligne]. Janvier 2004 [visité le 20.01.2004]. Disponible sur Internet : <[http : //www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)>

PAGEAU S. Table ronde sur le plan hôpital 2007 à l'Assemblée. Hospimédia [en ligne]. Janvier 2004 [visité le 23.01.2004]. Disponible sur Internet : <[http : //www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)>

PIA H. Tous en faveur du management participatif. Hospimédia [en ligne]. Février 2004 [visité le 28.02.2004]. Disponible sur Internet : <[http : //www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)>

6) RAPPORTS ET ENQUETES

Assemblée Nationale : rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, présenté par M. René COUANAU, député, 19 Mars 2003.

Projet Hôpital 2007 : mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale » DESBROSSE D., PERRIN A., VALLANCIEN G.

Direction des hôpitaux : les commissions de soins infirmiers, enquête de 1993

Direction des hôpitaux : les commissions de soins infirmiers, enquête de 1997

7) MANUELS, GUIDES

Manuel d'Accréditation des Établissements de Santé : ANAES (Version Juin 2003)

Liste des annexes

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 2 : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE

ANNEXE 4 : GRILLE D'ANALYSE DOCUMENTAIRE

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION « Action de sensibilisation »

ANNEXE 6 : EXPRESSION LIBRE DES PROFESSIONNELS SUR LA CSSI
(Question N° 15)

ANNEXE 1

Entretien N° :

Date :

Fonction :

H. début :

H. fin :

Etablissement :

GUIDE D'ENTRETIEN

Selon vous, les acteurs soignants de l'établissement connaissent-ils la Commission de Soins ?

Comment fonctionne la Commission ?

Comment ressentez-vous l'ambiance au sein de la Commission ?

Quels sont les thématiques ou sujets abordés en Commission de soins ?

Quel est le niveau d'implication des membres de l'instance dans les débats de la Commission ?

Comment est valorisé le travail des membres de cette instance ?

De quelle manière les membres de la Commission réinvestissent-ils les travaux de la Commission au niveau des Services et de l'institution ?

En dehors des membres désignés par la réglementation, la Commission de soins est-elle ouverte à d'autres professionnels ?

Que pourriez-vous me dire d'autre sur cette instance ?

ANNEXE 2

Grille d'analyse

En quoi la Commission de Soins est-elle un outil de management pour le Directeur des Soins ? Thèmes hypothèses	Hôpital X	
	Entretien N°1	Synthèse des thèmes
H1 Existence de la Commission de Soins		
H2 Expression des personnels		
H3 Mise en œuvre de la politique de Soins		
H4 Développer le sentiment d'appartenance à l'institution		
Synthèse de l'entretien		
Synthèse Générale		

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE

Nom de l'établissement :

Fonctions exercées : Aide-soignant(e) ou Auxiliaire de Puériculture

Infirmier(e) ou Infirmière spécialisée

Cadre de Santé

Cadre Supérieur de Santé

1- Connaissez-vous la Commission du Service de soins ? Oui Non

Si oui, en avez-vous été membre ? Oui Non

2- N'ayant jamais été membre de cette commission, savez-vous comment en faire partie ? Oui Non

3- Qui préside la Commission de soins : ✍.....

4- Savez-vous combien de fois par an se réunit la Commission de soins de votre établissement ? Oui Non

Si oui, combien de fois ? ✍.....

5- Dans votre hôpital, la commission est-elle un lieu d'information ? Oui Non

Si oui, quelles informations vous procure-t-elle ?

✍.....

6-Dans votre hôpital, la commission est-elle un lieu d'échanges entre professionnels ?

Oui Non

Si oui, sur quoi portent les échanges entre professionnels ? ✍.....

7-Au sein de votre établissement, savez-vous quels sont les thèmes sur lesquels est consultée la Commission de Soins ? Oui Non

Si oui, lesquels ? ✍.....

8- Etes-vous informé des travaux de la Commission de Soins ? Oui Non

Si oui, comment ? ✍.....

9- Avez-vous déjà été associé à des groupes de travail dans votre hôpital ?

Oui Non

Si oui, ces groupes de travail ont-ils été initiés par la Direction des Soins ?

Oui Non

Si oui, sur quoi portaient les thèmes de travail et de réflexion sur lesquels vous avez travaillé ? ✍.....

10- Connaissez-vous le projet de soins de votre établissement ? Oui Non

11- Avez-vous participé à l'élaboration du projet de soins de votre hôpital ? Oui Non

Si oui, de quelle manière ? ✍.....

Si non, auriez-vous souhaité y participer ? Oui Non

12- Avez-vous déjà lu un compte rendu de la Commission de Soins ? Oui Non

Si oui, où avez-vous pu y avoir accès ? ✍.....

13- Au sein du Service ou du département auquel vous appartenez, existe-t-il des conseils de Service ou de départements ? Oui Non

14- Au sein du Service ou du département auquel vous appartenez, existe-t-il un projet de Service ou de département ? Oui Non

Si oui, avez-vous été associé à son élaboration ? Oui Non

15- Pour conclure, que pourriez-vous dire à propos de la Commission de Soins de votre établissement que vous n'avez pas eu l'occasion d'exprimer au travers de ce questionnaire ?

✍.....
✍.....
✍.....
✍.....

ANNEXE 4

Lecture des PV de CSSI du CH et du CHU⁴⁰

<i>Type d'établissement</i>	<u>CH</u> L'analyse porte sur 4 PV 2003	<u>CHU</u> L'analyse porte sur 5 PV 2003
Critères retenus		
Qualité, sécurité et organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Restitution groupe de travail sur l'identité vigilance</i> - <i>Présentation et commentaires des résultats de la visite d'accréditation</i> - <i>Présentation des bonnes pratiques transfusionnelles</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Présentation d'un travail réalisé sur les différentes responsabilités et fonctions soignantes</i>
Élaboration, présentation, validation et évaluation du projet de soins	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Résultats des réflexions des groupes de travail sur le futur projet de soins : valeurs, axes stratégiques</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Projet de soins présenté validé en 2002</i>
Évaluation des pratiques soignantes paramédicales	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Résultat de l'audit sur la pré désinfection des dispositifs médicaux réutilisables (endoscopes)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>discussion et débat autour de situations de soins rencontrées à lier avec la politique de soins</i>
Informations générales	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Travaux de mise aux normes de la stérilisation</i> - <i>Remplacements d'été</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Programme des « Conférences du savoir »</i>
Actes de validation (Procédures, protocoles, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Protocole de prévention des escarres</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>1 procédure (organisation de la prise en charge de la douleur)</i> - <i>3 protocoles de prévention de la douleur en cas de geste invasif</i>
Plan de formation	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Plan de F° présenté</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Plan de F° présenté</i>
Présentation des Projets d'autres instances: CLUD, CLIN, SIH, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>CLIN programme d'actions pour 2003-2004</i> - <i>Projets informatiques pour 2004-2005</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>CLIN (priorités pour l'année à venir)</i>
Présence d'autres corps de métiers que ceux fixés par la réglementation (à partir de la liste des présents)		<ul style="list-style-type: none"> - <i>De façon permanente : kiné, diététicienne, éducatrice de jeunes enfants, etc.</i>

⁴⁰ Concerne les comptes-rendus de l'année 2003

ANNEXE 5

Questionnaire de satisfaction relatif à la connaissance de la commission de soins

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire

Hôpital X

Direction des soins

Fonctions exercées :

Service :

① Cette action de formation a-t-elle répondu à vos attentes ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ? 

② Pourriez-vous parler maintenant de la commission des soins à l'un de vos collègues ?

Oui

Non

③ Pouvez-vous citer 2 missions de la commission des soins ?



④ Pouvez-vous donner 2 sujets de travaux finalisés par la commission des soins ?



⑤ Où pouvez-vous consulter les comptes-rendus de la commission ?



⑥ Quels supports pédagogiques ont été utilisés pendant l'action de formation ?

Poster

Plaquette d'information

Vidéo projection

Merci de votre collaboration !

Ce questionnaire est à remettre à votre cadre, dès la fin de la formation.

ANNEXE 6

Synthèse de l'expression libre des professionnels (Question 15 du questionnaire en Annexe 3)

Professionnels du CH : 17 réponses formulées soit 40% du panel analysé

Les AS :

« - Nous manquons d'information sur la CSSI et nous n'avons pas de comptes-rendus »

« - Il serait bien que les informations soient retransmises et consignées quelque part ; j'aimerais bien pouvoir présenter des travaux à la CSSI »

« - Je ne connais pas le rôle exact de la commission des soins »

« - Cette commission est très vague dans mon esprit et je ne suis pas sûre des réponses que j'ai fourni dans le questionnaire »

« - Il y a un manque de comptes-rendus réunion de cette commission »

« - Nous n'avons pas accès avec facilité a tout ce qui se dit à la CSSI »

Les IDE :

« - c'est une instance importante pour assurer une harmonisation et une continuité dans nos pratiques de tous les jours. La CSSI est garante de la qualité des soins »

« - J'aimerais bien savoir plus souvent de ce qui a été dit par nos collègues à cette commission »

« - Il serait intéressant de connaître la liste des personnes qui appartiennent à cette commission ; avoir un référent par service ce serait bien pour être mieux informé »

Les Cadres :

« - la difficulté est que les informations en provenance de cette instance, redescendent mal »

« - Les PV devraient être envoyés à tous les Cadres ! »

« - En tant que Cadre Sage-Femme, je ne participe pas à cette instance ; j'aimerais bien y être invitée de temps en temps »

Les Cadres Supérieurs :

« - L'instance est méconnue ; et il y a une difficulté réelle pour obtenir des informations, par exemple pour moi qui n'y siège pas, je vais à la pêche aux infos auprès de mes autres collègues Cadres »

« - Je pense qu'il faudrait utiliser l'intranet pour diffuser les infos relatives à la CSSI »

ANNEXE 6 (suite)

Synthèse de l'expression libre des professionnels (Question 15 du questionnaire en Annexe 3)

Professionnels du CHU : 8 réponses formulées soit 32% du panel analysé

Les AS :

- « - Il faudrait plus de personnel soignant à cette commission »
- « - Je ne connais cette commission que par les conférences du savoir qu'elle organise »
- « - Je ne sais ce qui est dit dans les réunions de la CSSI mais je crois qu'elle sert à améliorer les soins aux patients et à leurs familles »

Les IDE :

- « - J'aimerais pouvoir en savoir plus et éventuellement participer à cette commission »
- « - Cette commission me fait penser à un cercle fermé ; il n'y a pas d'ouverture et d'information sur ce qu'elle fait : quel sens, quels buts, quels moyens ? »
- « - Cette commission donne peu d'informations et communique aussi assez peu ; on n'en entend presque pas parler ! »
- « - La commission de soins, je sais qu'elle existe mais je ne sais pas trop ce que l'on y fait »

Les Cadres :

Ils ne se sont pas exprimés à la question N° 15 du questionnaire

Les Cadres Supérieurs :

- « - La CSSI devrait se faire connaître davantage au sein de l'établissement et nous inciter à la diffusion des comptes-rendus »