



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

INFIRMIERS GÉNÉRAUX

Date du Jury : **25 – 26 octobre 2001**

**L'évaluation du projet de soins infirmiers :
enjeux et perspectives**

Gérard FALIGANT

Sommaire

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>1 DES CONSTATS ET DU CONTEXTE AU CADRE THEORIQUE</u>	2
<u>1.1 CONSTATS</u>	2
<u>1.1.1 Exercice professionnel antérieur</u>	2
<u>1.1.1.1 Situations d'expérience d'évaluation quantitative</u>	2
<u>1.1.1.2 Situations d'expériences d'évaluation visant le progrès</u>	3
<u>1.1.1.3 Projets de soins et évaluation</u>	4
<u>1.1.2 Premier stage de formation d'infirmier général</u>	6
<u>1.1.2.1 Constats</u>	6
<u>1.1.2.2 Entretiens exploratoires</u>	6
<u>1.1.2.3 Analyse et synthèse de ces entretiens</u>	8
<u>1.2 CONTEXTE</u>	10
<u>1.2.1 Textes d'avant 91</u>	10
<u>1.2.1.1 Plan directeur</u>	10
<u>1.2.1.2 Programme d'établissement</u>	10
<u>1.2.2 Loi hospitalière n° 91 – 748 du 31 juillet 1991</u>	11
<u>1.2.2.1 Projet d'établissement</u>	11
<u>1.2.2.2 Projet de soins infirmiers</u>	12
<u>1.2.2.3 Evaluation à travers cette loi</u>	13
<u>1.2.3 Ordonnance n° 96- 346 du 24 avril 1996</u>	13
<u>1.2.3.1 Evaluation de l'accueil, du séjour et de la prise en charge</u>	14
<u>1.2.3.2 Accréditation</u>	14
<u>1.3 CADRE THEORIQUE</u>	16
<u>1.3.1 Concept de projet</u>	16
<u>1.3.1.1 Définitions</u>	16
<u>1.3.1.2 Bases et dimensions du projet</u>	17
<u>1.3.1.3 Méthodologie d'élaboration et management du projet</u>	19
<u>1.3.1.4 Attentions particulières pour éviter les dérives</u>	21
<u>1.3.2 Concept d'évaluation</u>	22
<u>1.3.2.1 Origine de l'évaluation et définitions</u>	22
<u>1.3.2.2 Approches de l'évaluation</u>	23
<u>1.3.2.3 Contrôle et évaluation</u>	24
<u>1.3.2.4 Variables de l'évaluation</u>	26
<u>1.3.3 Fonction de cadre supérieur infirmier</u>	26
<u>1.3.3.1 Contexte réglementaire</u>	27
<u>1.3.3.2 CSI : acteur dans la structure hospitalière</u>	28
<u>1.3.3.3 Lien CSI et DSSI</u>	29
<u>2 ETUDE DE TERRAIN</u>	30
<u>2.1 MODALITES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES</u>	30

2.1.1	<u>Questionnaires</u>	30
2.1.2	<u>Terrains d'enquête</u>	31
2.1.3	<u>Intérêts et limites du recueil d'information par questionnaire</u>	31
2.1.3.1	<u>Intérêts</u>	31
2.1.3.2	<u>Limites du recueil d'information par questionnaire</u>	32
2.1.4	<u>Grilles d'analyse et présentation générale</u>	32
2.1.4.1	<u>Grilles d'analyse</u>	32
2.1.4.2	<u>Présentation générale des établissements enquêtés</u>	33
2.2	PROJET DE SOINS INFIRMIERS	36
2.2.1	<u>Diagnostic et management</u>	36
2.2.1.1	<u>Diagnostic</u>	36
2.2.1.2	<u>Management</u>	37
2.2.2	<u>Orientations et objectifs opérationnels des PSI</u>	38
2.2.2.1	<u>Orientation et objectifs liés à l'activité soins</u>	39
2.2.2.2	<u>Orientation et objectifs liés à l'organisation</u>	40
2.2.3	<u>Implication des CSI dans le PSI</u>	41
2.3	ÉVALUATION DU PSI	42
2.3.1	<u>Nature des indicateurs d'évaluation</u>	43
2.3.1.1	<u>Indicateurs quantitatifs</u>	43
2.3.1.2	<u>Indicateurs qualitatifs</u>	44
2.3.1.3	<u>Indicateurs de performance</u>	44
2.3.2	<u>Temps de l'évaluation</u>	45
2.3.2.1	<u>Moment d'élaboration de l'évaluation</u>	45
2.3.2.2	<u>Planification de l'évaluation</u>	46
2.3.3	<u>Place des CSI dans le processus d'évaluation</u>	47
2.3.3.1	<u>Place qualifiée de très importante</u>	47
2.3.3.2	<u>Plus grande implication des CSI en position transversale</u>	47
2.3.3.3	<u>CSI considéré comme responsable</u>	48
2.3.4	<u>Difficultés rencontrées</u>	48
2.3.4.1	<u>PSI de première génération</u>	48
2.3.4.2	<u>PSI de seconde génération</u>	48
3	<u>SYNTHESE ET ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES</u>	50
3.1	<u>SYNTHESE</u>	50
3.1.1	<u>Validation des hypothèses</u>	50
3.1.1.1	<u>Première hypothèse</u>	50
3.1.1.2	<u>Seconde hypothèse</u>	50
3.1.2	<u>Éléments incontournables</u>	51
3.1.2.1	<u>Dimension du PSI</u>	51
3.1.2.2	<u>Difficulté d'approche des deux niveaux de l'évaluation</u>	51
3.1.3	<u>Infirmier général</u>	52
3.2	<u>DÉVELOPPER UNE SYNERGIE DU PROJET ET DE L'ÉVALUATION AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT</u>	52
3.2.1	<u>Innover vers la formulation d'un projet de soins commun</u>	53
3.2.2	<u>Développer une politique d'évaluation</u>	55
3.2.2.1	<u>Contenu</u>	55

<u>3.2.2.2</u> <u>Fréquence</u>	56
<u>3.2.3</u> <u>Participer à une politique managériale institutionnelle</u>	56
<u>3.3</u> <u>DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS</u>	57
<u>3.3.1</u> <u>Positionner le CSI comme un interlocuteur privilégié</u>	57
<u>3.3.2</u> <u>Développer le concept d'évaluation au sein du service de soins infirmiers</u>	59
<u>3.3.3</u> <u>Donner un sens à ce qui est fait ou doit être fait</u>	60
<u>CONCLUSION</u>	61

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Liste des sigles utilisés

E.N.S.P. : Ecole Nationale de la Santé Publique

PSI : Projet de Soins Infirmiers

CSI : Cadre Supérieur Infirmier

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSSI : Direction du Service de Soins Infirmiers

CHG : Centre Hospitalier Général

CH : Centre Hospitalier

CSSI : Commission du Service de Soins Infirmiers

CME : Commission Médicale d'Etablissement

INTRODUCTION

La structure hospitalière s'est inscrite depuis quelques années dans la culture de projet. Le contexte socio-économique et l'obligation de maîtriser les dépenses de santé amènent à anticiper les actions afin de mieux les adapter à un environnement sans cesse en mouvance. « *Le concept de projet devient un concept fleurissant pour ne pas dire incantatoire* ». ¹ Il est aujourd'hui incontournable.

Le projet d'établissement, pour les structures hospitalières, existe depuis la loi n° 91 - 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Le management de la plupart des établissements de santé s'appuie sur des projets de seconde génération. Fait de multiples composantes, l'une d'entre elles nous intéresse dans ce travail : le projet de soins infirmiers (PSI).

Notre questionnement est né à partir de notre expérience de cadre supérieur infirmier (CSI). Nous avons participé à l'élaboration de différents PSI ; ainsi qu'à des opérations d'évaluation de ces projets.

Si le projet nous paraît être une notion acquise pour chacun des managers hospitaliers, l'évaluation nous semble plus floue, moins évidente ; bien que l'ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, ait mis en avant la nécessité d'évaluer les actions entreprises au bénéfice de la personne soignée.

Restant interrogatif sur ces actions d'évaluation ; leur contenu, leurs modes opératoires, leur impact et l'utilisation qui pouvaient en résulter ; nous avons souhaité cheminer à travers ce travail afin de mieux appréhender la notion d'évaluation du PSI, dans la perspective d'exercice de notre future fonction : celle d'infirmier général.

Notre réflexion s'articulera autour de trois parties.

La première partie s'appuiera sur des constats personnels, issus de notre expérience professionnelle. Ces constats sont à l'origine de notre interrogation initiale à propos de l'évaluation du PSI. Ils seront complétés par le contexte dans lequel évoluent les structures hospitalières. Enfin, une définition des concepts de projet et d'évaluation, associée à une réflexion autour de la place et du rôle du CSI dans ce dispositif complètera notre recherche.

De là, sont nées des hypothèses que nous essaierons de vérifier à partir de notre outil de recherche : des questionnaires envoyés dans différents centres hospitaliers français. Leur analyse constituera notre seconde partie.

Enfin, nous terminerons notre travail, en nous appuyant sur la réflexion conceptuelle et l'analyse des questionnaires. La synthèse, exposée dans la troisième partie, sera complétée par une proposition d'actions possibles à mettre en œuvre par l'infirmier général sur ce sujet.

¹ BOUTINET J.P. *Psychologie des conduites de projet*. PUF, 1993,p.7

1 DES CONSTATS ET DU CONTEXTE AU CADRE THEORIQUE

1.1 CONSTATS

Notre questionnement initial est né à partir de notre expérience de CSI. Aussi exposerons-nous dans un premier temps les éléments de cet exercice nous amenant à nous interroger sur le thème de l'évaluation, et plus particulièrement celle du PSI.

Par ailleurs, nous avons souhaité, au début de notre formation d'infirmier général, vérifier le bien fondé de notre interrogation. Notre premier lieu de stage de formation d'infirmier général à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P.) nous a permis de mener des entretiens exploratoires , en regard du thème traité, après un temps d'observation. Les éléments retenus constitueront le second point de nos constats.

1.1.1 Exercice professionnel antérieur

L'exercice de la fonction de CSI nous a permis d'identifier plusieurs approches d'évaluation :

- l'évaluation d'ordre quantitatif,
- l'évaluation en lien avec le progrès, ou d'ordre qualitatif.

Par ailleurs, nous avons été amené à conduire le PSI au sein du service dont nous avons la responsabilité, et d'y réaliser certaines évaluations.

Enfin, nous avons participé à l'élaboration du PSI de seconde génération et approché les modalités de son évaluation.

1.1.1.1 Situations d'expérience d'évaluation quantitative

A *Evaluation et dotation*

Dans l'établissement où nous exerçons, certains produits sont délivrés sous la forme de « dotation » comme :

- les produits hôteliers,
- la papeterie,
- les dispositifs médicaux .

La dotation a pour objectif de limiter les dépenses et d'engager des commandes correspondant au plus juste à la réalité. Cette gestion évite les stocks et l'existence de produits périmés.

La dotation se réalise à partir d'une évaluation du nombre de produits consommés. Les données , de nature numérique, intéressent deux années : celle en cours ou fin d'exercice ainsi que l'année précédente. Une comparaison des évolutions de consommation, une identification de ce que sera l'activité médicale pour l'année à venir, permettent de déterminer la dotation au plus juste.

Pour réaliser ce type d'approche, nous avons besoin de connaître les modifications de l'activité médicale et d'identifier son ou ses projets (surtout vis à vis des dispositifs médicaux).

Un travail de partenariat est donc nécessaire.

L'efficacité est l'objectif poursuivi dans ce type d'évaluation. Ce type ou ce mode d'opération permet à l'établissement de projeter les sommes qu'il aura à engager, voire qu'il pourra économiser. La politique d'économie en matière de santé invite à réaliser des approches rigoureuses vis à vis des dépenses de santé et initie des évaluations dont les éléments doivent être précis.

B Gestion des effectifs

Nous avons eu une approche d'évaluation quantitative, pour la gestion des personnels, dans son aspect numérique, au regard de la :

- prévision du nombre de remplacements dans le cadre de l'organisation des congés annuels,
- perspective de remplacements pour les absences prévisibles ou prévue (maternité, interventions chirurgicales planifiées, ...).

Evaluer, dans ce domaine, permet d'envisager la sécurité afin de garantir les personnels nécessaires pour répondre à la demande en soins de l'utilisateur.

A travers ces deux expériences, l'**évaluation d'ordre quantitatif**, associée à une prospective , nous a semblé relativement aisée. Par ailleurs, l'identification des projets médicaux est une source de facilité pour ces approches évaluatives.

1.1.1.2 Situations d'expériences d'évaluation visant le progrès

Nous avons mis en place des entretiens dits de « progrès » des personnels que nous encadrions, correspondant à une démarche personnalisée d'évaluation des performances. Celle ci permet de faire le bilan des acquis, des difficultés rencontrées pour répondre à l'offre de soins, dans un niveau de compétences requis pour la fonction exercée.

Cette évaluation est d'ordre qualitatif.

Après avoir suivi une formation sur la conduite d'évaluation des personnels, nous avons pratiqué pendant quelques années ce type d'évaluation.

Nous pouvons, aujourd'hui, apporter les conclusions suivantes :

- ce mode d'évaluation ne présente pas de difficultés majeures lorsque l'exercice est maîtrisé,
- la pérennisation de cette pratique sur plusieurs années permet de développer des capacités d'auto-évaluation chez les agents évalués,
- la mise en confiance, le sens donné à cette évaluation, en terme d'évolution personnelle et professionnelle, facilitent cette pratique pour l'évaluateur.

Les pratiques de ces différents modes d'évaluation nous ont permis d'identifier les sources de facilité et de difficulté rencontrées.

D'ores et déjà, nous pouvons énoncer que :

la clarté de l'objectif poursuivi et du sens donné à l'évaluation sont des facteurs favorisant la mise en place et la pratique de l'évaluation.

Nous nous appuyerons sur cette remarque, issue de notre expérience, pour la progression de notre travail.

1.1.1.3 Projets de soins et évaluation

Notre expérience professionnelle nous a permis de connaître deux générations de PSI :

- le premier se déclinant sur la période 1993 – 1998,
- le second sur la période 2000 – 2004.

A Projet de soins infirmiers de première génération

Ce PSI se construit à partir d'un diagnostic de l'offre de soins qui met en évidence des points forts et des points perfectibles.

Conduit par l'encadrement infirmier (cadres supérieurs infirmiers et cadres infirmiers), sous la responsabilité de l'infirmière générale, Directeur du service de soins infirmiers, ce diagnostic repose sur un ensemble d'activités :

- activités liées aux soins,
- activités liées à la gestion des ressources humaines,
- activités liées à l'information,
- activités liées à la formation,
- activités liées à la gestion du matériel et de l'environnement architectural,
- activités liées à la recherche.

Après analyse des résultats, quatre grandes orientations quinquennales sont identifiées. Déclinées en objectifs opérationnels, chaque service a toute initiative pour s'inscrire, comme il le souhaite, dans telle ou telle orientation. Un grand nombre d'actions sont menées.

L'évaluation se réalise toujours a posteriori. La conception de l'évaluation n'est pas identifiée en même temps que l'élaboration du PSI. Aussi, des actions sont menées et les éléments à considérer comme essentiels pour cette évaluation sont laissés à l'appréciation des différents CSI.

Un rapport d'étapes, couvrant la période des années 94 – 95 – 96, est réalisé avec des données d'ordre quantitatif :

- nombre d'actions menées par orientations,
- mesure du niveau d'atteinte de l'objectif : complètement atteint, partiellement atteint, non atteint .

Mais ne figure pas dans ce rapport une analyse permettant de comprendre ce qui a permis d'atteindre ou non les objectifs définis.

Par ailleurs, dans cette approche, l'impact du PSI dans l'évolution des pratiques de soins de l'établissement n'est pas mesuré, ni la mesure de la dynamique induite par le PSI.

Ce type d'évaluation ne met pas en exergue la valeur ajoutée dans la prise en charge du malade liée à l'existence d'un PSI et de son application.

L'aspect qualitatif de l'évaluation fait défaut.

B Projet de soins infirmiers seconde génération

A partir d'un bilan, élaboré par le Directeur du service de soins infirmiers de notre établissement, le groupe professionnel des CSI a pour mission d'écrire le second PSI.

Après avoir :

- défini les valeurs liées à l'exercice professionnel et à la prise en charge du malade,
- déterminé les grands axes de l'offre de soins à partir des points forts et des points à améliorer, en tenant compte du contexte (PSI précédent, projet médical, contrat Etat / CHU, Schéma régional d'organisation sanitaire,...),

des actions sont définies pour les cinq années à venir dans le cadre du projet d'établissement.

L'écriture du PSI, par le groupe des CSI, est plutôt aisée. La limitation des objectifs poursuivis permet un recentrage et reste facilitant pour identifier l'ensemble des actions à mener. L'adhésion générale des professionnels infirmiers est acquise.

Le mode d'évaluation du précédent PSI ayant laissé quelques insatisfactions, préciser l'évaluation avant la mise en place du nouveau projet est souhaité. Cet exercice se révèle

être un exercice difficile, voire infructueux. La réflexion menée met en avant une confusion entre l'évaluation des résultats, l'évaluation du suivi du projet et une difficulté à pouvoir mesurer l'amélioration de la qualité dans la prise en charge de la personne soignée, apportée par ce PSI. D'où, notre interrogation :

Pourquoi la question d'évaluation tant quantitative que qualitative paraît-elle être difficile dans sa réflexion, mais aussi dans sa réalisation ?

Notre questionnement est entier. Nous souhaitons, à travers ce travail, y trouver un éclaircissement.

1.1.2 Premier stage de formation d'infirmier général

Notre premier stage de formation d'infirmier général s'est déroulé dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

Trois infirmiers généraux composent l'équipe de la Direction du service de soins infirmiers (D.S.S.I.).

Travaillent, dans cet établissement de 900 lits, neuf cadres supérieurs dont six CSI.

Nous avons observé l'exercice de la fonction d'infirmier général; mais aussi celle des CSI, en lien avec l'organisation du travail de l'établissement.

1.1.2.1 Constats

Nous avons observé les mêmes domaines que ceux décrits précédemment :

- l'évaluation de nature quantitative existe et recouvre les mêmes domaines,
- l'évaluation de nature qualitative à propos des entretiens dits « de progrès » se met en place et vise aussi le champ des ressources humaines.

L'évaluation, dans ces deux approches, est issue d'une analyse de l'existant et d'une projection sur les besoins futurs. Cette évaluation est d'ordre quantitatif.

Lors d'échanges, les différents CSI se sentent à l'aise avec le dispositif.

1.1.2.2 Entretiens exploratoires

Afin d'avancer dans notre réflexion, nous avons conduit des entretiens exploratoires à propos de l'évaluation, en lien avec le PSI, auprès de six CSI.

Après avoir rapporté le contenu de ces entretiens, nous ferons une analyse et une synthèse nous amenant à formuler notre question initiale de recherche.

A *Contenu des entretiens*

Nous pouvons classer les réponses apportées aux questions posées (annexe n°1) en différentes rubriques.

A.1 *Elaboration du PSI*

- « Le PSI est un guide de conduite, d'avancée pour la prise en charge de la personne soignée au niveau de la réalisation des soins infirmiers ».
- « Le PSI est très général au sein de l'établissement. Il mérite d'être décliné au niveau de chaque service en tenant compte de sa spécificité, mais aussi de son histoire ».
- « Il est parfois difficile de faire des liens entre l'énoncé du PSI et sa mise en place pratique au niveau des services ».
- « Le PSI est complexe de par la complexité du projet d'établissement, ses composantes sont multiples ».

A.2 *Evaluation et méthode*

- « L'évaluation doit être à la fois quantitative et qualitative ».
- « L'évaluation est permanente ».
- « L'évaluation est une mesure de l'écart : comparaison entre l'objectif assigné et ce qui est fait ».
- « Les CSI ont peur du regard de l'autre en lien avec les résultats que nous pouvons avancer ».
- « L'évaluation doit s'imposer, sinon elle n'est pas réalisée ».
- « L'évaluation doit être construite de façon concomitante à l'élaboration du PSI ».

A.3 *Evaluation outil*

- « Grille qui doit se remplir rapidement ».
- « Outil identique au sein d'un même établissement ».
- « Les critères, les indicateurs doivent viser la sécurité, la qualité ».

A.4 *Retombées de l'évaluation*

- « L'évaluation doit permettre les réajustements du PSI : changement d'orientation, arrêt temporaire, etc. ».
- « Le retour sur investissement est nécessaire après l'évaluation ».

Par ailleurs, les six CSI interviewés pensent que leur fonction est une fonction « pivot » dans l'opérationnalité du PSI, tout comme pour celle de l'évaluation. Ils estiment pouvoir assurer le lien entre la définition du PSI au niveau institutionnel et sa déclinaison au niveau des services dont ils sont responsables.

1.1.2.3 Analyse et synthèse de ces entretiens

De ces entretiens notre réflexion s'attarde sur deux points :

- le PSI,
- l'évaluation.

A Le PSI

Si chacun des CSI reconnaît la nécessité du PSI au sein de l'établissement, sa mise en place, sa déclinaison dans leur secteur de responsabilité peut être source de difficulté, ou de facilité en fonction de la liberté que peut avoir le CSI à décliner les actions.

Le PSI est cadrage, repère, mais ne doit pas être un carcan dans lequel chacun doit avancer au même rythme, et dans les mêmes rubriques.

La notion de projet devra donc être explicitée.

B L'évaluation

Deux identités se définissent autour du terme « Evaluation ».

Celle-ci est à la fois la démarche et le résultat. Il nous faudra donc élucider ces différentes dimensions.

Pour les CSI, l'évaluation doit permettre un réajustement dans les orientations du PSI. Elle doit être facile à utiliser.

Enfin, l'évaluation est génératrice, pour certains CSI, d'une crainte, d'une peur de l'autre. Nous supposons que cet état peut être un frein à la mise en place des démarches évaluatives.

Il nous apparaît important d'identifier ce qu'est l'évaluation, mais aussi de préciser la fonction des CSI.

A partir de notre contexte, de nos constats , notre **question initiale de recherche** se pose dans les termes suivants :

Quelle évaluation du PSI, pour quelles finalités ? Quelle place des CSI dans cette démarche ?

Avant d'apporter une réponse à ces interrogations, définir le contexte nous semble nécessaire.

1.2 CONTEXTE

La notion de projet et de management par projet semble depuis quelques années s'être fortement répandue dans le secteur public, et notamment au sein des hôpitaux.

Afin d'éclaircir notre propos, nous souhaitons identifier le contexte légal du projet et celui de l'évaluation au sein des structures hospitalières depuis les trente dernières années.

1.2.1 Textes d'avant 91

La notion de projet est apparue au sein du secteur public avec la circulaire du 23 février 1989² relative au renouveau du service public. Cette circulaire répondait au devoir d'évaluation des politiques publiques, de la politique de développement des responsabilités, de la gestion plus dynamique des personnels. Un certain esprit managérial est alors apparu dans les organisations de service public.

Deux éléments ont précédés le projet d'établissement au cours des trente dernières années :

- le plan directeur : loi n° 70 - 1318 du 31 décembre 1970³,
- le programme d'établissement : décret n° 74- 569 du 17 mai 1974⁴ et la circulaire n° 87 - 224 du 7 décembre 1987⁵.

1.2.1.1 Plan directeur

La loi n° 70 – 1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a pour objet d'endiguer les augmentations des dépenses de santé. Le texte de loi affirme l'existence d'un véritable service public hospitalier.

Elle introduit le plan directeur relevant de la compétence du conseil d'administration en l'articulant avec la carte sanitaire. L'originalité de cette loi est d'ébaucher une norme commune à la gestion hospitalière.

1.2.1.2 Programme d'établissement

La notion apparaît dans un premier temps en 1974. Le décret n° 7- 569 du 17 mai 1974 définit les besoins que l'établissement doit satisfaire. Le plan directeur répartit les différents éléments du programme d'établissement. Celui-ci n'est, alors, qu'un outil technique, sans dimension humaine, ni stratégique.

² Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public.

³ Loi n° 70 – 1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁴ Décret n° 74 – 569 du 17 mai 1974 relatif aux opérations d'équipement sanitaire et social.

⁵ Circulaire n° 87 – 224 du 7 décembre 1987 relative au programme d'établissement des établissements d'hospitalisation publics.

La circulaire n° 87 – 224 du 7 décembre 1987 redéfinit le contenu et la nouvelle dimension du programme d'établissement. Celui-ci est alors défini comme l'un des documents de référence de la planification sanitaire : il est à la fois l'instrument de la carte sanitaire et l'expression des missions et des objectifs d'un établissement

1.2.2 Loi hospitalière n° 91 – 748 du 31 juillet 1991

L'assimilation progressive par l'hôpital des différents textes que nous venons de présenter, a donné naissance au projet d'établissement.

La loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière poursuit trois objectifs fondamentaux :

- améliorer la prise en charge et la qualité au service des usagers,
- optimiser l'offre de soins,
- maîtriser les dépenses.

1.2.2.1 Projet d'établissement

Il inscrit l'hôpital dans une dynamique de projet qui conduit l'établissement à définir sa vision prospective à plus ou moins long terme.

Ainsi , est-il précisé dans le texte de loi :

*« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs de schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme ».*⁶

Le projet d'établissement permet de situer l'établissement dans son environnement, et constitue une réponse stratégique à l'environnement et aux politiques de santé.

Si le principe du projet d'établissement est posé, cette loi ne définit ni le contenu, ni son mode d'élaboration. Elle précise seulement les objectifs et les champs généraux.

⁶ Loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Article L 714 - 11

Cependant, la loi fait état de composantes obligatoires :

- le projet médical, réalisé à partir d'un diagnostic stratégique, est la pièce centrale du dispositif. Les orientations médicales développées explorent les scénarios possibles en intégrant des études de faisabilité, un programme d'action et un programme en nombre de lits et places,
- le projet social ou projet des ressources humaines positionne l'établissement vis à vis des grandes tendances de la gestion des ressources humaines, en tenant compte des contraintes budgétaires vis à vis des dépenses en personnel,
- le projet du système d'information définit les orientations en terme de management du système d'information au sein de l'établissement,
- le projet de soins infirmiers définit, quant à lui, les orientations concernant la prise en charge de la personne soignée, dans le registre des soins infirmiers.

1.2.2.2 Projet de soins infirmiers

La loi hospitalière légitime le projet de soins infirmiers.

Ainsi, est-il précisé :

« Il est créé dans chaque établissement, un service de soins infirmiers dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction. Une commission, présidée par le directeur du service de soins infirmiers et composée de différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers, est instituée en son sein. Elle est consultée dans des conditions réglementaires sur :

- 1)- l'organisation générale des soins infirmiers et l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers,*
- 2)- la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation des besoins,*
- 3)- l'élaboration d'une politique de formation,*
- 4)- le projet d'établissement »⁷.*

Le PSI est donc inscrit dans un dispositif projet spécifique, reposant sur le projet médical et s'incluant dans un dispositif plus vaste : le projet d'établissement.

Il se décline en deux champs spécifiques et complémentaires :

- l'activité soin,
- l'organisation : gestion du service de soins infirmiers .

⁷ Loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Article L 710 - 26

A *Le champ de l'activité soins*

A partir de valeurs exprimées et retenues par le groupe infirmier, une conception de soins infirmiers est élaborée. Cette conception s'appuie sur un cadre conceptuel d'une théorie en soins infirmiers (V. HANDERSON, D. ORHEM,...), ainsi que sur différentes conceptions comme celles de l'Homme, de la Santé, de la Maladie .

Le champ de l'activité soins identifie les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs dans ses différentes dimensions : technique, relationnelle, éducationnelle⁸.

B *Le champ de l'organisation*

Il vise l'organisation du Service de Soins Infirmiers, la gestion des ressources, la formation et la recherche. Ce champ est dépendant des moyens. Il se rapproche souvent des orientations définies dans le projet social.

Le PSI identifie, à la fois, la finalité des soins tout en ayant une attention sur les moyens mis à disposition pour les réaliser.

1.2.2.3 Evaluation à travers cette loi

La loi portant réforme hospitalière met en avant la notion d'évaluation. Elle lui attribue un rôle dans la promotion de la qualité des services de soins.

« Les établissements de santé développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation, des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin, notamment, d'en garantir la qualité et l'efficience »⁹.

Cependant, elle cite l'évaluation sans en définir le contenu et les contours. La notion d'évaluation en 1991 reste encore une notion vague, voire floue.

1.2.3 Ordonnance n° 96- 346 du 24 avril 1996

Si la loi hospitalière a mis en avant la notion de projet, l'ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée attire l'attention sur la notion d'évaluation et en précise sa nature.

⁸ Décret n° 93 – 245 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Article 1

⁹ Loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Article L 710 - 4

1.2.3.1 Evaluation de l'accueil, du séjour et de la prise en charge

Des évaluations doivent être conduites comme le précise l'ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 :

« Réaliser des évaluations régulières auprès des patients sur la qualité de leur accueil, de leur séjour et de leur prise en charge »¹⁰.

Bon nombre d'établissements transmettent avec le livret d'accueil un questionnaire dit « de sortie », à l'hospitalisé. Celui-ci peut s'exprimer vis à vis de son séjour. Ces questionnaires sont exploités et permettent des réajustements dans les pratiques au sein des différents services hospitaliers. La difficulté essentielle réside dans le nombre de questionnaires retournés. Généralement, il représente un infime pourcentage de réponses en regard du nombre d'hospitalisés. Pour cela, bien que les résultats soient pris en compte, les établissements doivent s'intéresser à d'autres indicateurs pour mesurer son niveau de performance dans la prise en charge de l'usager. Certains établissements organisent, dans le même ordre d'idée, des enquêtes mesurant le niveau de satisfaction.

D'autres outils sont également mis en place dans les établissements. Différentes commissions existent afin d'évaluer la pratique hospitalière : le comité du médicament, l'évaluation de la prise en charge de la douleur, des groupes de suivi comme celui de l'escarre avec la réalisation d'enquêtes de prévalence...

Si les établissements ont obligation de mesurer le niveau de satisfaction, ils doivent aussi recueillir le niveau des plaintes et tous les éléments permettant de préciser le niveau de qualité de la prise en charge.

1.2.3.2 Accréditation

L'ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 a, par ailleurs, institué dans le système hospitalier français une procédure d'accréditation, inspirée de celles développées dans plusieurs pays d'Amérique du Nord et destinée à organiser au sein des établissements la recherche active de la qualité des soins.

Cette procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concerne l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient.

Ainsi, est-il précisé :

¹⁰ Ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée . Article L 710 – 1 - 1

« appréciation indépendante sur la qualité de (chaque) établissement ou, le cas échéant ; d'un ou plusieurs services ou activités de (cet) établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement »¹¹.

Quelques principes fondent cette démarche :

- la place centrale du patient,
- l'amélioration de la sécurité des soins,
- l'amélioration continue de la qualité,
- l'implication des professionnels exerçant dans l'établissement de santé.

Pour mener à bien cette démarche s'est créée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Soins (A.N.A.E.S.).

Le point essentiel de cette démarche est la capacité d'un établissement à réaliser son auto-évaluation, et à partir de ses résultats, à s'engager dans une procédure continue d'amélioration de la qualité.

Différents référentiels concernent le service de soins infirmiers et sont en relation avec l'activité soins et son organisation :

- Droits et information du patient,
- Dossier du patient,
- Organisation de la prise en charge.

La loi n° 91 – 748 du 31 juillet 1991 et l'ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 ont donc précisé les notions de projet et d'évaluation vis à vis des structures hospitalière et de leur activité.

De là , une approche conceptuelle va compléter notre réflexion.

¹¹ Ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Article L 710 - 5

1.3 CADRE THEORIQUE

En regard de notre question initiale de recherche, notre réflexion théorique va s'articuler autour de trois concepts:

- le projet ;
- l'évaluation ;
- la fonction CSI.

1.3.1 Concept de projet

Nous l'avons déjà écrit, la notion de projet dans le secteur public est apparue avec la circulaire relative au Renouveau du Service Public. La loi n°91 - 748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière définit la notion de projet d'établissement, ainsi que celle du projet de soins infirmiers.

Mais qu'est-ce qu'un projet ? Sur quelles bases repose-t-il ? Quel en est son management ? Quelles précautions devons-nous avoir dans la conduite ?

Autant de questions qu'il nous semble important d'envisager afin de cheminer dans notre réflexion.

1.3.1.1 Définitions

- Le mot PROJET vient du latin *prodicere* « jeter en avant ». C'est le participe passé de ce verbe, *projectum*, qui formera en vieux français, *project*. Ensuite, ce terme passera en anglais sous cette forme, tandis qu'il perdra son « c » en français. Le latin, pas plus que le grec, ne possèdent de terme pour désigner ce que nous entendons par projet. Pour signifier l'action de « jeter en avant », le grec utilise le mot composé, *proballein*, qui forgera le mot français *problème*. Projet et problème expriment donc tous deux l'idée de « jeter en avant », le projet avec une intention, le problème avec une question à résoudre.
- L' AFNOR¹², quant à elle, complète avec la définition suivante:

*« Démarche spécifique, qui permet de structurer méthodiquement une réalité à venir. Un projet est défini et mis en œuvre pour élaborer une réponse au besoin d'un utilisateur, d'un client et il implique un objectif et des actions à entreprendre avec des ressources données ».*¹³

¹² AFNOR: Agence Française de Normalisation

¹³ JOLY M. MULLER G. *De la gestion de projet au management par projet*. AFNOR, 1994, p. 18

De ces définitions, nous retiendrons que le projet est un acte défini :

- une démarche volontaire,
- une volonté de faire.

Le PSI a pour finalité de servir un client qui, dans son contexte, est le patient, la personne soignée, l'usager.

1.3.1.2 Bases et dimensions du projet

A *Les bases du projet*

Pour P. PEYRE :

« Tout projet suppose la vision du rapport

- Finalités - Objectifs - But ,

fondé sur le rapport

- Désir - Besoins - Valeur,

médiatisé par le rapport

- Ressources - Contraintes - Gestion.

*On est manifestement là dans un contexte de logiques hypercomplexes où chacun des composants des systèmes en présence n'est réductible à aucun autre ».*¹⁴

Nous pouvons nous interroger sur la complexité du PSI. Celle-ci est liée à plusieurs éléments :

- la structure hospitalière composée de multiples logiques organisatrices : logique administrative, logique médicale, logique de soins,
- l'hétérogénéité du public rencontré : la personne soignée est unique, l'âge, la culture, les croyances sont des déterminants singuliers,
- le PSI n'est qu'une des composantes de projet d'établissement. L'articulation avec les autres projets est une préoccupation permanente lors de son élaboration, sa mise en place, tout comme dans sa réalisation ; et par là même dans son évaluation.

La complexité du projet est fonction également de chacun des trois rapports cités par P. PEYRE.

¹⁴ PEYRE P. *Le projet professionnel, un médiateur au service de la qualité*. Gestions hospitalières N° 135, Février 1997,p.142

A.1 *Rapport " FINALITE - OBJECTIFS - BUTS"*

La finalité d'un projet de soins peut paraître évidente: assurer des soins individualisés et de qualité à la personne soignée.

Ceci écrit, notre pratique nous amène à dire que l'évidence n'est pas aussi simple au quotidien. Si l'objectif est défini, il se heurte parfois à certaines réalités comme les dysfonctionnements dans l'organisation du travail, dans les relations de travail des différents professionnels intervenant auprès de l'hospitalisé.

A.2 *Rapport " DESIRS - BESOINS - VALEURS"*

Un certain nombre de valeurs sont déclinées dans les PSI, dans les conceptions de soins.

Cependant, si les valeurs déclinées dans le PSI sont des valeurs partagées entre les professionnels du service de soin infirmier, elles ne sont pas toujours discutées avec les autres professionnels hospitaliers intervenant dans la prise en charge de la personne soignée. Ceci peut amener à une certaine incompréhension des logiques de prise en charge. Par ailleurs, les besoins énoncés pour la réalisation ne sont pas toujours honorés. L'aspect économique entre en jeu. Dans notre système de santé, où la maîtrise des dépenses de santé prévaut, le PSI se heurte à l'obtention de moyens supplémentaires, garantissant sa réalisation optimale.

A.3 *Rapport " RESSOURCES - CONTRAINTES - GESTION"*

Pour cela, et en lien avec le rapport « Désirs- Besoins- Valeurs », le PSI doit être réaliste. Il doit ainsi tenir compte des possibilités de l'établissement. Les objectifs déclarés doivent résider dans un principe de réalité, et non pas d'utopie.

Par ailleurs, le PSI met en valeur chaque acteur du service de soins infirmiers.

B *Les dimensions du projet*

Avec ARDOINO, deux notions se confrontent:

- celle du projet - visée,
- celle du projet - programmatique.

Ainsi:

« Le projet est avant tout une intention philosophique ou politique, une visée affirmant des valeurs en quête de réalisation. Ceci ne pouvant se réaliser que dans un temps non programmable.

C'est seulement ensuite, la traduction stratégique, opératoire; précise, déterminée d'une telle visée, par opposition au projet - visée précédent, nous parlerons plutôt de projet -

*programmatische. Ce projet se traduit par des objectifs, se définit avant tout en terme d'espace (plans - programmes) et requiert parfois une autre dimension, il fait seulement appel à un temps mesuré, homogène. Il est à remarquer que le projet - programmatique s'assortit d'un contrôle, tandis que le projet visée ne peut que donner matière à l'évaluation. Le projet - programmatique est très influencé par les perspectives contemporaines voulant rénover les fonctions de direction, de gestion, de commandement dans les entreprises et les organisations, en privilégiant les idées de participation et de management. Il s'agit alors d'une conception organisationnelle qui " fonctionnalise" les processus, les procédures... lorsque les composantes du projet, convenablement distinguées, hiérarchisées, équilibrées l'une par rapport à l'autre, jouent effectivement ensemble, la réalisation des objectifs reste subordonnée à la prise en compte des finalités. Lorsqu'il n'en va plus ainsi, les objectifs et leur réalisation tendent vers l'insignifiance, parce que désormais coupés de leur inspiration initiale ».*¹⁵

Il en est ainsi du projet d'établissement qui doit conjuguer à la fois la visée et le programme de mise en place.

A partir d'un diagnostic de la situation hospitalière ; en tenant compte de la politique de santé publique, du schéma régional d'organisation sanitaire ; des axes prioritaires sont définis.

Des plans d'action sont déclinés, mis en œuvre grâce à des actions pour lesquelles sont alloués des moyens négociés à la mise en place du projet d'établissement avec la tutelle (contrats d'objectifs et de moyens). L'évaluation est ensuite envisagée.

Nous pouvons avancer que ce qui est vrai pour le projet d'établissement, l'est aussi pour le PSI. Il est à la fois visée et programmatique : le projet visée étant celui de l'intention, le projet programmatique correspondant à la planification des actions à mener en vue de la réalisation du projet défini.

1.3.1.3 Méthodologie d'élaboration et management du projet

A Méthodologie du projet

Pour J.P. BOUTINET¹⁶, trois étapes sont essentielles :

- l'analyse de situation,
- l'esquisse d'un projet possible,
- la stratégie entrevue.

¹⁵ ARDOINO J. *Finally, it is never pedagogy without project.* Education permanente N°87, 1987,p. 153 à 157

¹⁶ BOUTINET J.P. *L'anthropologie du projet* Editions P.U.F., 1993

A.1 *L'analyse de situation*

Cette analyse tient compte des contraintes et des ressources de l'environnement, des dysfonctionnements et problèmes posés, l'histoire des acteurs concernés.

En regard de l'élaboration du PSI, des évolutions observées et envisagées, de la déclinaison du projet médical, la conception de soins définie méritera d'être ajustée, réactualisée ou adaptée.

L'analyse de situation, selon J.P. BOUTINET, fait état de points à connotation négative (dysfonctionnements, problèmes). Nous pensons que cette analyse doit reposer également sur les facilités ou points forts qui seront des points d'appui et d'ancrage pour poursuivre le travail à accomplir.

Cette notion situe le projet dans un continuum temporel. Un fil conducteur lie la succession des séquences composant le PSI.

Enfin, l'analyse de situation s'appuie sur l'exercice professionnel de chacun des acteurs du service de soins infirmiers (du Directeur de soins infirmiers à l'agent de service hospitalier). Le CSI a donc toute sa place pour faire émerger les aspirations du groupe professionnel dont il est responsable.

A.2 *L'esquisse entre le possible et le souhaitable*

Nous retiendrons ici le principe de réalité déjà cité. Ceci repose sur une adaptation du projet aux possibilités de l'établissement. Le projet vise, bien entendu, la progression, l'amélioration du service rendu. Cependant, il ne doit pas décevoir par une utopie exagérée. Il repose, par là même, sur une définition réaliste.

Ceci va entraîner une négociation entre les différents acteurs et leurs aspirations à des niveaux très différents. La négociation va porter sur ce qui est essentiel pour l'établissement. Ainsi, certaines aspirations ne pourront pas être prises en compte. Le CSI a ici une place importante dans le sens où il est acteur de lien entre le service dont il est responsable et la Direction du Service de Soins Infirmiers (DSSI).

Le CSI négocie , à ce titre, à deux niveaux :

- celui du service,
- celui de l'institution.

A.3 *Détermination des choix stratégiques*

Le projet explicité sera spécifié à travers la mise en place d'une stratégie de management appropriée. Cette stratégie vise à transformer la situation initiale dans le sens des objectifs définis. Elle réside dans le choix d'un certain style d'actions, d'une façon de procéder. Pour cela, devront être pris en compte les obstacles perçus, le coût induit pour contourner ou surmonter ces obstacles.

B Management du projet

Toujours selon J.P. BOUTINET :

« Se lancer dans une démarche d'innovation et de changement en utilisant le projet comme principe fondateur, c'est prendre à son compte quatre prémisses de base sans lesquels il ne saurait y avoir de démarche projet :

- l'unicité de l'élaboration et de la réalisation,
- la singularité d'une situation à améliorer,
- la gestion de la complexité et de l'incertitude,
- l'exploration d'opportunités dans un environnement ouvert ».¹⁷

L'infirmier général, manager du PSI, doit prendre en considération ces quatre prémisses définies par J.P. BOUTINET. Le PSI s'inscrit dans un cadre réglementaire, dont l'objectif est celui d'améliorer la prise en charge de l'utilisateur en tenant compte des particularités de l'établissement où il exerce. La complexité de l'organisation hospitalière complexifie la définition et la mise en place du PSI.

Aussi, aura-t-il besoin d'être entouré de professionnels pour le déploiement des actions à mettre en place au niveau des services. Ces relais, ne sont-ils pas les CSI ?

Manager le projet dans ce sens amène à la définition d'un cahier des charges : qui fait quoi et pourquoi.

Sont aussi pris en considération le statut, la fonction, le rôle, l'expérience, l'expertise, la personnalité et la motivation.

Le projet nécessite également un suivi.

Envisager le suivi fait appel à la notion d'évaluation des actions entreprises. L'évaluation sera développée dans le second point de notre cadre conceptuel. **Une politique de management mérite donc d'être définie avant la mise en œuvre du projet.**

1.3.1.4 Attentions particulières pour éviter les dérives

Avant de se lancer dans une démarche projet, certaines dérives doivent être connues afin de contourner les pièges liés à la démarche projet.

Ainsi, à travers nos différentes lectures¹⁸, en avons-nous identifié quelques unes :

- la tentation d'élaborer un projet idéalisé, sans être certain de le réaliser,
- la désillusion due au fossé qui peut se créer entre l'intention ambitieuse et la réalisation très modeste,

¹⁷ BOUTINET J.P. *L'anthropologie du projet*. Editions PUF, 1993, p 226

¹⁸ Ibid. 17

- la fuite en avant dans le futur provoquant une certaine incapacité à gérer les exigences du présent,
- la lourdeur des dispositifs du projet, étouffant la créativité.

La complexité de l'organisation hospitalière renforce l'importance de connaître, d'identifier ce qu'est le projet, afin que le management conduise à une synergie d'acteurs divers, aux aspirations différentes, parfois opposées.

1.3.2 Concept d'évaluation

Après avoir envisagé le concept de projet, nous souhaitons nous attarder maintenant sur celui de l'évaluation.

L'évaluation hérite d'une image particulièrement négative, souvent associée au contrôle. Elle se heurte, ainsi, à des freins nés de la crainte du jugement et de la sanction.

1.3.2.1 Origine de l'évaluation et définitions

Au niveau des services publics, l'évaluation s'est renforcée avec la réduction des ressources budgétaires et est devenue une volonté.

A Origine

En France, trois visions ont émergé au cours des vingt dernières années :

- 1986 : Le « rapport Deleau »¹⁹ définit l'évaluation comme le fait de « reconnaître et mesurer ses effets propres ». Cette définition met l'action sur le caractère scientifique de l'évaluation et la dimension cognitive : chercher à connaître et à mesurer les effets.
- 1989 : le « rapport Viveret »²⁰ met l'accent sur la dimension normative de l'évaluation : « émettre un jugement sur la valeur ».
- 1990 : la définition officielle apparaît dans le décret du 22 janvier 1990²¹ qui organise le dispositif national d'évaluation des politiques publiques :

« Evaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés »

¹⁹ DELEAU M., NIOCHE J.P., PENZ P ; et POINSARD R., *Evaluer les politiques publiques*, La Documentation Française, 1986

²⁰ VIVERET P., *L'évaluation des politiques publiques*, La Documentation Française, 1989

²¹ Décret n° 92 – 82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques

L'évaluation vise à produire un changement dans l'action. Nous entrons dans l'ère dite « managériale ».

J.P. NIOCHE²² précise à cet égard qu'en France, le champ de l'évaluation est écartelé entre trois logiques :

- la logique politique : l'évaluation constitue un enjeu de pouvoir,
- la logique scientifique : la validité de l'information produite par l'évaluation,
- la logique managériale.

Dans le cadre de notre travail, nous envisageons l'évaluation comme essentiellement managériale, dans le sens, évaluer pour évoluer.

B Définitions

Nous définirons l'évaluation en empruntant celle donnée par TYLER en 1942 :

« Opération qui mesure l'écart entre un objectif prédéterminé que l'on poursuit et le résultat obtenu ».

Cette définition est complétée par les propos de C. HADJI :

*« Evaluer consiste à vérifier la présence de quelque chose attendue, à situer (un individu, une production) par rapport à un niveau, une cible ; à juger (la valeur de ...) ».*²³

Dans le cadre du PSI, l'évaluation est une étape de management du projet. Elle permet, après la mesure de ce qui est fait, ce qui est mis en place ou en cours de réalisation, de définir ce qu'il reste à parcourir pour que l'objectif défini initialement soit réellement atteint.

Le concept d'évaluation s'inscrit dans une dynamique.

1.3.2.2 Approches de l'évaluation

Le terme évaluation, ambigu dans son expression, nous invite à envisager deux approches complémentaires l'une de l'autre :

- une approche centrée sur la mesure,
- l'autre à la recherche d'une construction et production collective de sens.

²² NIOCHE J.P., *Unicité et diversité de l'évaluation des politiques publiques en Europe*, Revue française de comptabilité, p 27

²³ HADJI C. *L'évaluation, règles du jeu*. Editions E.S.F., 1990, p.22

A *Evaluation et mesure*

Dans ce cas, nous considérons la dimension instrumentale de l'évaluation. C'est un ensemble de méthodes, d'outils mesurant le niveau d'atteinte des objectifs. Dans ce cadre, les tableaux de bord liés à la mesure ont toute leur place.

Cependant, réduire l'évaluation à la mesure, est , à fortiori, limitatif. Dans ce type d'approche, tout ce qui n'est pas mesurable sort du champ de l'évaluation et n'est pas pris en compte.

B *Evaluation et production de sens*

L'évaluation est ici considérée comme une production de connaissances du système évalué, dans notre cas le PSI.

L'évaluation devient alors une stratégie, liée à la prise de décision.

« *L'évaluation est au service de l'action* ». ²⁴

L'évaluation consiste en un travail de collecte, de traitement et d'analyse d'informations afin d'étayer les jugements portés sur une politique et ses conséquences.

Dans le cadre de notre travail, nous considérons que ces deux approches sont à prendre en compte pour évaluer le PSI. Pour cela, nous retiendrons les deux éléments, mesure et production de sens, au cours du cinquième chapitre (propositions d'actions).

1.3.2.3 Contrôle et évaluation

Nous avons retenu que l'évaluation amène à une production de sens. Nos lectures nous orientent à devoir distinguer deux termes : le contrôle et l'évaluation.

A *Contrôle*

« *Le contrôle a pour objet de vérifier le degré de conformité entre les phénomènes occurrents, que l'on rencontre dans une situation donnée, et un modèle de référence préexistant* ». ²⁵

Par ailleurs,

« *le contrôle est un processus de vérification de l'état du système* ». ²⁶

²⁴ HADJI C. *L'évaluation des actions éducatives*, PUF, 1992

²⁵ ARDOINO J ; BERGER G. *L'évaluation au pouvoir*. POUR, N° 107, 1986, p. 120 à 123

²⁶ HADJI C. *L'évaluation, règles du jeu*. Editions E.S.F., 1990, p. 66

Il nous apparaît important de noter que la notion de contrôle est étroitement liée à celle de la conformité; le contrôle mesure les écarts entre les résultats obtenus et ceux attendus. Il ne prend pas en compte le processus qui a amené à tel ou tel résultat. Dans le cadre du contrôle, il n'y a pas d'informations sur les raisons ou les modalités de déroulement des opérations. Les données sont à l'état brut.

B *Evaluation*

Selon les mêmes auteurs que ceux cités dans le paragraphe précédent :

*« l'évaluation est un questionnement sur le sens de ce qui se produit dans la situation observée ».*²⁷

de même que

*« l'évaluation est un processus d'appréciation par lequel on juge de l'adéquation des résultats aux buts assignés ».*²⁸

L'évaluation fait donc appel à l'analyse, à la mise en relation des éléments relevés afin de comprendre la situation, ou le processus évalué.

L'analyse portera sur la mise en rapport :

- entre ce qui existe et ce qui est attendu,
- entre un comportement donné et un comportement ciblé,
- entre une réalité et un modèle souhaité.

L'évaluation, là encore, génère une dynamique.

Contrôle et évaluation sont, eux aussi, complémentaires et peuvent être résumés dans le tableau ci-dessous :

CONTROLE	EVALUATION
<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de conformité - Référentiels, normes - Mesure des écarts (quantitatif) <p style="text-align: center;">MESURE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jugement de valeur - Construction de l'appréciation - Mesure des effets (qualitatif) <p style="text-align: center;">SENS</p>

²⁷ Ibid. 25

²⁸ Ibid.25 p. 66

1.3.2.4 Variables de l'évaluation

L'évaluation s'articule autour de questions simples, qui permettent une approche globale de la situation.

Ces questions sont celles utilisées dans les analyses de situation ou de résolutions de problème, résumées par les initiales « Q.Q.O.Q.C.P. », correspondant aux « Qui – Quoi – Où – Quand – Comment – Pourquoi ».

- Le **QUI** interroge l'acteur qui doit mener l'évaluation. Est-ce une évaluation externe, interne ? Quelle est la fonction de l'opérateur conduisant cette évaluation ?
- Le **QUOI** intéresse le contexte, les processus, les réalisations.
- Le **OU** est dans le cadre de notre travail défini naturellement : le centre hospitalier où le PSI est déployé. Cependant, dans le cadre d'une politique de réseaux, cette question invite à évaluer les conséquences du PSI dans le secteur extrahospitalier lorsque des actions y sont menées.
- Le **QUAND** fait appel à la fréquence des évaluations : sont-elles régulières (semestrielles, annuelles) ? Une évaluation finale semble nécessaire, mais quel sens faut-il lui accorder ?
- Le **COMMENT** interroge les modalités de l'évaluation : quantitatives, qualitatives. Il pose aussi la nécessité de définir les moyens qui seront nécessaires pour mener l'opération d'évaluation, mais aussi pour explorer les résultats.
- Le **POURQUOI** vise, dans le cadre du PSI, l'amélioration du service rendu et est une aide à la décision, au regard de l'utilisateur bénéficiaire des actions de soins entreprises, mais aussi vis à vis de l'institution.

Ainsi, de notre réflexion naît notre **première hypothèse** :

Le sens donné à l'évaluation et annoncé par l'infirmier général est un facteur favorisant la mise en place de cette évaluation.

1.3.3 Fonction de cadre supérieur infirmier

Projet et évaluation sont étroitement liés dans l'aspect managérial. Notre question initiale laisse supposer que le CSI a une place particulière dans la mise en place du PSI, mais aussi dans la conduite de l'évaluation, et par là même, son management.

Pour cela, notre réflexion s'arrêtera sur cette fonction.

1.3.3.1 Contexte réglementaire

Les décrets n° 62 – 132 du 2 février 1962²⁹ et n° 69 – 281 du 24 mars 1969³⁰ instituent la fonction de surveillant chef.

Le décret n° 88 – 1077 du 30 novembre 1988 relatif aux statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière supprime le grade de surveillant chef et met en place une « reconnaissance fonctionnelle » qui sera délaissée au profit du rétablissement du grade par l'arrêté n°89 – 538 du 3 août 1989³¹, puis réaffirmé par le décret n° 91 – 1271 du 18 décembre 1991³² qui établira :

- l'accès au grade par concours sur titre,
- le stage d'un an précédant la titularisation dans le grade,
- l'accession à la catégorie A.

A propos des missions du surveillant chef, un document de travail est proposé à la réflexion des hôpitaux par Gérard VINCENT, Direction des hôpitaux, dans sa lettre circulaire du 20 février 1990.

Nous retiendrons de ce document une description de la fonction en quatre grands axes :

- Technicité, décomposée en quatre domaines d'activités :
 - ✓ Soins,
 - ✓ Gestion,
 - ✓ Formation des stagiaires,
 - ✓ Recherche,
- Information,
- Relation, communication,
- Contribution économique.

Dans la nomenclature des emplois types, la mission et les fonctions du CSI sont définies ainsi :

« Dans le cadre du projet d'établissement, il participe en collaboration avec le ou les chefs de service, l'infirmier général et l'encadrement dont il est responsable, à l'élaboration des

²⁹ Décret n° 62 – 132 du 2 février 1962 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics.

³⁰ Décret n° 69 – 281 du 24 mars 1969 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics.

³¹ Arrêté 89 – 538 du 3 août 1989 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière modifiant le décret n° 88 – 1077 du 30 novembre 1988

³² Décret n° 91 – 1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs de la fonction publique hospitalière.

*objectifs de son secteur. Il est responsable de l'harmonisation, de la coordination et de l'organisation des moyens de plusieurs unités ».*³³

1.3.3.2 CSI : acteur dans la structure hospitalière

Dans le vocabulaire hospitalier, se retrouve une volonté de radicaliser les rapports autour d'une ligne hiérarchique verticale.

J.M. CLEMENT écrit à ce propos :

*« des classes, des grades, des généraux, des adjoints, des chefs, des surveillants, autant d'expressions qui relèvent plus d'une fonction d'encadrement quasi militaire que d'une mission de responsabilité ».*³⁴

Cet auteur décrit la problématique de la hiérarchie hospitalière. Cependant, de nouveaux modèles hiérarchiques et d'autres types de management émergent dans le milieu hospitalier, et font dire à M. LE SAGET³⁵ que le chef traditionnel qui du haut de sa pyramide use de son pouvoir pour en imposer aux autres est en voie de disparition

Le CSI, dans cette logique, devient un acteur au sens où l'entend M. CROZIER³⁶ : pouvoir faire des choix, avoir une marge de manœuvre, prendre des initiatives ; tout comme l'affirme M. SEREYX :

*« Dorénavant, les organisations ne devront plus leur survie à des hommes ou des femmes qui obéissent, mais à des hommes et des femmes qui prennent des initiatives, qui décident et qui s'engagent ».*³⁷

Ainsi, le cadre manager, quel qu'il soit, est en prise directe avec la réalité de son secteur de responsabilité. La notion de mérite est abandonnée, et le CSI doit posséder des compétences spécifiques à sa fonction pour répondre à la mission de coordonner , d'animer, et de savoir rendre compte.

³³ Nomenclature des emplois types de l'Hôpital , Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, Direction des Hôpitaux, Editions ENSP, Rennes, 1990

³⁴ CLEMENT J.M. *Les pouvoirs à l'hôpital*, Berger Levrault, 1993, p 180

³⁵ LE SAGET M. *Le management intuitif*, DUNOD, 1992

³⁶ CROZIER M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système* Editions Le Seuil, 1991

³⁷ CROZIER M., SEREYX H., *Du management panique à l'entreprise du XXIème siècle* Editions Maxima, 1994

1.3.3.3 Lien CSI et DSSI

Le guide du Service Infirmier n° 3 définit la fonction de cadre infirmier surveillant chef en ces termes :

*« Cadre infirmier responsable de l'organisation et du fonctionnement d'un service ou d'un groupe de services de soins, de l'encadrement de ces services et du contrôle des soins. Il est chargé de mettre en œuvre la politique de soins définie par le service infirmier sous la responsabilité de l'infirmier général, qui peut lui confier des fonctions de coordination, de conseil, de formation, de recherche dans un domaine spécifique ».*³⁸

Il nous semble que le rôle du CSI est essentiel. Le CSI n'est plus le cadre qui agit à un niveau opérationnel, comme l'est le cadre infirmier. Il est à un niveau décisionnel. Il participe à la décision et a un rôle stratégique à jouer au sein de l'institution dans laquelle il travaille.

En cela, nous pensons qu'il a une place prépondérante dans le dispositif d'évaluation du PSI.

Aussi, formulons-nous notre **seconde hypothèse** :

Le CSI a une place prépondérante dans le management du PSI, ainsi que dans la démarche d'évaluation de celui-ci.

Au vu de l'approche théorique que nous venons de faire, nous reprenons les deux hypothèses posées :

1 - Le sens donné à l'évaluation par l'infirmier général, et annoncé est un facteur favorisant la mise en place de cette évaluation.

2 - Le CSI a une place prépondérante dans le management du PSI, ainsi que dans la démarche d'évaluation de celui-ci.

Nous proposons au travers de l'étude de terrain de vérifier ces propositions.

³⁸ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE *Guide du service infirmier. Terminologie des soins infirmiers.* Paris, Journaux Officiels, 1986, N°3.

2 ETUDE DE TERRAIN

A travers les propos du premier chapitre, nous avons vu que le PSI est inscrit dans les textes législatifs. Notre pratique professionnelle nous a permis, par ailleurs, d'approcher le projet tant au niveau de son élaboration que dans sa mise en place.

Bien que l'évaluation soit également inscrite dans les textes, notre pratique nous a laissé insatisfait.

Pour identifier le niveau d'appropriation des concepts sur le terrain, nous avons souhaité conduire notre recherche à partir de questionnaires.

Avant de développer les résultats et leur analyse, nous exposerons la méthodologie utilisée pour mener notre étude de terrain.

Après avoir présenté notre outil de recherche, nous exploiterons les résultats en fonction de deux thèmes :

- le PSI,
- son évaluation.

2.1 MODALITES DE VERIFICATION DES HYPOTHESES

2.1.1 Questionnaires

En raison du sujet traité et du type d'informations à recueillir, le questionnaire nous a semblé pertinent pour réaliser notre enquête.

Nous avons utilisé un seul type de questionnaire, envoyé à l'intention d'infirmiers généraux (Directeur du service de soins infirmiers ou non).

Le choix des établissements a été orienté par notre second stage de formation d'infirmier général à l'E.N.S.P. Afin d'obtenir un maximum de réponses, nous avons envoyé les questionnaires sur les lieux de stage de nos collègues en formation. Nous avons convenu qu'ils nous rapporteraient les questionnaires remplis, à l'issue de leur stage.

Les questionnaires sont constitués de questions fermées et ouvertes. Les questions ont été regroupées en grandes rubriques selon les thèmes abordés :

- le projet d'établissement,
- le projet de soins infirmiers,
- l'évaluation du PSI de première génération,
- l'évaluation du PSI de seconde génération.

Trente cinq questionnaires ont été envoyés, vingt sept sont revenus, vingt cinq sont exploitables.

2.1.2 Terrains d'enquête

Nous n'avons posé aucun critère d'exclusion, ni concernant les sites dans lesquels ont été diffusés les questionnaires, ni concernant les personnes (Directeurs de service de soins infirmiers et Infirmiers généraux).

La seule règle retenue a été la présence d'infirmier général en formation sur le site.

Le tableau suivant précise l'origine des établissements interrogés par catégorie de site.

Nature des établissements	Nombre de questionnaires envoyés	Nombre de réponses obtenues	Nombre de questionnaires exploitables
CHU	8	6	6
CHG³⁹	6	5	4
CH⁴⁰	14	9	8
CH psychiatriques	6	6	6
Etablissement privé	1	1	1
TOTAL	35	27	25

Sont ainsi représentées, dans cette étude, différentes catégories d'établissements d'hospitalisation composant le paysage sanitaire hospitalier français.

2.1.3 Intérêts et limites du recueil d'information par questionnaire

2.1.3.1 Intérêts

Selon C. JAVEAU⁴¹, les enquêtes par questionnaires permettent de recueillir trois catégories de données :

- des faits ou données factuelles, concernant les domaines personnels des individus, de leur environnement ou de leur comportement,
- des jugements subjectifs, constitués par des opinions, des attitudes ou des motivations, des attentes, des aspirations,
- des cognitions, c'est à dire des indices de niveau de connaissance des objets étudiés par enquête.

³⁹ Lire Centre Hospitalier Général

⁴⁰ Lire Centre Hospitalier

⁴¹ JAVEAU C. *L'enquête par questionnaire*, Editions de l'université de Bruxelles, 1990/1992

Les réponses fournies doivent être analysées selon quatre critères qui constituent en quelque sorte les qualités attendues du répondant :

- la compétence : l'objet des questions est connu du répondant,
- la compréhension : le répondant maîtrise le vocabulaire utilisé,
- la sincérité : le répondant répond selon sa conscience,
- la fidélité : le répondant traduit bien en parole ce qu'il pense et ressent.

En ce qui concerne notre enquête, nous considérons que nos « répondants » vérifient les quatre qualités attendues. Le vocabulaire employé est un vocabulaire professionnel qu'ils utilisent en permanence. La confidentialité des réponses leur permet d'être sincères. Quant à la fidélité, nous pouvons penser, qu'en fonction du thème abordé, ils ont dû réfléchir aux questions posées.

Le questionnaire que nous avons employé se présente comme un document sur lequel sont notées les réponses. Il s'agit d'un questionnaire qualifié par les sociologues de « questionnaires d'administration directe » : le sujet note lui même les réponses sur le document, par opposition au « questionnaire indirecte » où c'est l'enquêteur qui note les réponses fournies par le sujet.

2.1.3.2 Limites du recueil d'information par questionnaire

Dans le cas particulier de notre enquête, les limites sont surtout liées :

- au fait que nous n'avons pas constitué d'échantillon représentatif,
- aux modalités de diffusion des questionnaires : nous avons pris le risque d'envoyer notre enquête, adressée aux Directeurs de service de soins infirmiers et infirmiers généraux, par l'intermédiaire de nos collègues infirmiers généraux en formation,
- enfin, qu'il s'agit d'une population restreinte qui ne permet pas des généralisations.

2.1.4 Grilles d'analyse et présentation générale

2.1.4.1 Grilles d'analyse

Nous avons bâti trois grilles d'analyse des questionnaires.

A *Grille n° 1 (annexe n°3) : Présentation de l'établissement*

Elle explore la présentation générale des établissements, en précisant le contexte de chacun d'eux vis à vis de :

- son identité : CHU, CHG, CH, CH de secteur psychiatrique, établissement privé,

- sa dimension : nombre de lits ou places, les effectifs,
- son projet d'établissement et ses différentes composantes.

Cette lecture permet de photographier chaque établissement enquêté. Les éléments répertoriés permettent une relative connaissance de l'établissement pour analyser les réponses obtenues vis à vis du PSI et de son évaluation.

B Grille n° 2 (annexe n°3) : Projet de soins infirmiers

Elle observe le PSI à travers :

- sa construction : les éléments posés pour son élaboration,
- son champ d'exploration,
- la place des CSI tant pour l'élaboration que la mise en place.

Cette grille permet d'identifier les difficultés rencontrées, mais aussi le mode de management défini par l'infirmier général.

C Grille n° 3 (annexe n°3) :Evaluation du PSI

Elle examine le mode opératoire de l'évaluation, depuis sa conception jusqu'à sa réalisation ; en identifiant la place occupée par les CSI dans cette procédure.

Chaque grille a été déployée par catégorie d'établissement.

A partir de ces différentes grilles, nous avons essayé de soustraire les éléments pouvant confirmer ou infirmer nos hypothèses en les analysant à deux niveaux :

- ce qui est commun et divergeant par catégorie d'établissement,
- ce qui est commun et divergeant pour l'ensemble des établissements enquêtés.

2.1.4.2 Présentation générale des établissements enquêtés

A CHU

- L'importance en lits des cinq CHU est très variable (de 825 à 3000).
- Chacun d'eux a comme responsable au niveau de la DSSI un Directeur du service des soins infirmiers ayant pour collaborateurs des infirmiers généraux dont le nombre varie de 2 à 5.
- Le nombre de CSI est lui aussi variable, les proportions vont du simple au triple (11 dans un établissement, 31 nombre maximal mentionné) .
- Un seul établissement n'a pas de projet d'établissement, ni de projet médical. Cependant, tous les établissements ont un PSI. Pour cinq d'entre eux, le PSI est

de seconde génération. Les composantes du projet d'établissement varient d'un établissement à un autre.

B CHG

- L'importance en lits varient du simple au double (600 à 1200).
- La DSSI existe dans chacun des établissements avec pour responsable un Directeur du service de soins infirmiers. Pour quatre établissements, le Directeur du service de soins infirmiers a un ou deux infirmiers généraux comme collaborateur.
- Le nombre de CSI est moins important que celui noté pour les CHU : de 6 à 12. Là encore, l'effectif varie du simple au double.
- Deux établissements n'ont pas de projet d'établissement : il est en cours de validation pour l'un, pour l'autre il n'est pas écrit.

C CH

- La capacité en lits varie du simple au triple (427 lits dans l'établissement le plus petit, 1100 lits pour l'établissement le plus important).
- Un Directeur du service de soins infirmiers est responsable du service de soins infirmiers, avec un collaborateur infirmier général dans trois établissements.
- Le nombre de CSI est très variable. La différence d'un établissement à un autre est très marquée dans cette catégorie d'établissement : de 2 à 12.
- Chaque établissement a un projet d'établissement, quatre sont de première génération. La composition des projets d'établissement est relativement homogène dans cette catégorie d'établissement.

D CH secteur psychiatrique

- Le nombre de lits n'est pas significatif, puisque, dans ce secteur, est utilisée l'appellation « nombre de places ». Notre question, mal formulée, ne pouvait pas prétendre à une réponse.
- Pour les six établissements enquêtés, tous un Directeur du service de soins infirmiers comme responsable du service de soins infirmiers. Dans deux établissements existe un infirmier général collaborateur du Directeur du service de soins infirmiers..
- Le nombre de CSI est proche de celui observé dans les CHU, et varie du simple au double (de 9 à 20).
- Tous les établissements ont un projet d'établissement. Un seul est de première génération.

E Etablissement privé

- Le Directeur du service de soins infirmiers est seul et a pour collaborateurs des cadres infirmiers, responsables d'unités de soins.
- Le projet d'établissement est de première génération et ses composantes sont limitées, en comparaison aux autres centres hospitaliers ayant répondu à notre enquête.

Nous ne pourrons pas explorer l'ensemble des éléments de cet établissement, puisque certains renseignements font défaut. Pour ces raisons, l'exploitation ne sera que partielle.

Nous pouvons résumer la présentation des établissements dans le tableau ci-dessous.

	CHU	CHG	CH	CH psychiatrique	Etablissement privé
NOMBRE	6	5	9	6	1
Directeur Service de soins infirmiers	oui	oui	oui	oui	oui
Infirmier général	Dans tous	Dans 4	Dans 3	Dans 2	non
CSI	De 11 à 31	de 6 à 12	De 2 à 12	De 9 à 20	non
Projet d'établissement	5/6	3/5	Pour tous	Pour tous	oui
Projet médical	5/6	3/5	Pour tous	Pour tous	oui
PSI	Pour tous	4/5	8/9	Pour tous	oui
Projet social	Pour tous	4/5	8/9	5/6	non
Projet architectural	2/6	4/5	7/9	5/6	oui
SDSI⁴²	3/6	4/5	7/9	Pour tous	non
PSI 1^{ère} génération		2/5	4/9	1/6	oui
PSI 2^{ème} génération	5/6	2/5	5/9	5/6	

⁴² Schéma Directeur du Système d'Information

Ainsi, pouvons – nous mettre en avant la complexité des différents projets d'établissements. L'ensemble de l'activité hospitalière, les différentes organisations sont exprimées dans les différentes composantes constituant le projet d'établissement.

2.2 PROJET DE SOINS INFIRMIERS

L'ensemble de nos enquêtes identifie le projet de soins infirmiers comme un projet de soins infirmiers. Aucune autre appellation n'a été remarquée. Aussi, parlerons-nous exclusivement de projet de soins infirmiers.

Notre analyse se divisera en trois points :

- le diagnostic et le management du PSI,
- les orientations et les objectifs opérationnels du PSI,
- l'implication des CSI dans le PSI.

2.2.1 Diagnostic et management

2.2.1.1 Diagnostic

A CHU

Il est réalisé à partir de l'évaluation du précédent PSI pour les cinq CHU. Ces établissements mettent en place un projet de seconde génération.

B CHG

Pour les projets de seconde génération, il est élaboré à partir du bilan du précédent projet. Par contre, l'établissement innovant son premier projet a réalisé un diagnostic collectif, mené par l'encadrement infirmier et finalisé ensuite par les CSI .

C CH

Il est réalisé à partir des points forts et points faibles , soit du précédent PSI lorsqu'il existe, ou vis à vis du fonctionnement actuel.

D CH secteur psychiatrique

Pour les établissements dont le projet est de seconde génération, le diagnostic est réalisé à deux niveaux :

- ✓ au niveau de chaque service pour certains établissements,

✓ au niveau de la DSSI, avec la participation des CSI, pour les autres.

Pour l'établissement qui réalise son projet pour la première fois, le diagnostic a consisté en un recueil des différents projets de service existants, et d'une compilation réalisée par la DSSI et l'ensemble des CSI

E Etablissement privé

Le projet a été écrit par l'infirmier général en place, à partir d'un diagnostic réalisé par lui - même.

Le diagnostic repose, pour l'ensemble de ces établissements, sur une analyse construite à partir :

- **d'une évaluation du précédent PSI, dans tous les cas lorsqu'il existe,**
- **d'une identification des points forts et des points faibles,**
- **d'une compilation de projets de service.**

Dans une grande majorité des cas, les CSI participent à ce diagnostic et réalisent les évaluations nécessaires à l'élaboration du nouveau ou futur PSI.

2.2.1.2 Management

A CHU

Pour chacun d'eux, un comité de pilotage est mis en place dont la composition est diverse :

- ✓ CSI et cadres infirmiers,
- ✓ CSI, cadres infirmiers et médico-techniques.

Dans de nombreux cas, des groupes de travail thématiques se créent, souvent animés par les CSI. Le projet écrit est toujours présenté aux instances. Dans tous les cas, la Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI) émet un avis sur le PSI.

B CHG

Sont mentionnés pour ces établissements des sous - groupes de travail. Il n'est pas fait état , pour aucun d'eux, d'un comité de pilotage. Pour un établissement, la participation de l'équipe médicale est mentionnée, sans aucune autre précision. Là encore, le PSI est validé au niveau de la CSSI.

C *CH*

La participation des CSI dans le management est imprécise. La fonction entre le CSI et le cadre infirmier est plutôt indifférenciée en regard du management du PSI.

D *CH secteur psychiatrique*

Tous les CSI sont associés, et ceci dans tous les établissements. Des comités de pilotage sont mis en place, mais le groupe des CSI valide les travaux finalisés. Le management est plus global au niveau de l'encadrement infirmier.

E *Etablissement privé*

Le management est réalisé uniquement par l'infirmier général. Les cadres infirmiers ne sont pas consultés. Ils appliquent les décisions prises.

Dans cet item, nous ne pourrions pas prendre en compte cet établissement.

Le management apparaît différent en fonction du nombre de CSI au sein des établissements.

Ainsi :

- ✓ **Pour les CHU et les CH de secteur psychiatrique où les CSI sont en nombre important par rapport aux autres structures, le groupe des CSI joue un rôle essentiel dans le management par sa participation à des groupes de travail, ou à un comité de pilotage mis en place pour le PSI.**
- ✓ **Pour les autres établissements, les réponses apportées à notre enquête laissent le management imprécis. Il semble y avoir une indifférenciation entre les fonctions de CSI et celle des cadres infirmiers, dans le cadre de la conduite du PSI.**

2.2.2 Orientations et objectifs opérationnels des PSI

Pour cette rubrique, nous ne distinguerons pas les établissements entre eux, les résultats de nos enquêtes n'étant pas différents selon la catégorie d'établissement.

Néanmoins, en lien avec le développement de notre cadre conceptuel, nous allons envisager les orientations et les objectifs opérationnels du PSI en deux groupes :

- le premier, pour les orientations et objectifs déclinés ayant un lien avec l'activité soins,
- le second, pour les orientations et objectifs déclinés ayant un lien avec l'organisation.

2.2.2.1 Orientation et objectifs liés à l'activité soins

A *Les orientations*

La plupart sont liées à la prise en charge du patient :

- « Enrichir la prise en charge du patient »,
- « Renforcer les droits du patient »,
- « Prise en charge personnalisée et éducation du patient »,
- « Droits et information de la personne soignée »,
- « Qualité et prévention »,
- « Renforcer la prise en charge de la personne soignée »,
- « Assurer la qualité des soins »,
- « Améliorer l'hygiène »
- « Développer le lien avec le secteur extra hospitalier ».

D'autres ont attiré à des modalités particulières dans la prise en charge comme :

- « Dossier de soins »,
- « Evaluation des soins »,
- « Développer la communication ».

B *Les objectifs opérationnels*

Ils sont synonymes de la mise en place d'actions visant l'amélioration de la prise en charge :

- « Lutte contre la douleur »,
- « Diagnostic infirmier »,
- « Accueil du patient »,
- « Mise en place d'instruments de calcul de charge en soins »,
- « Escarres »,
- « Protocoles ».

Les orientations, en regard de l'activité soins, visent l'amélioration de l'exercice infirmier, prenant en compte la spécificité des soins (préventive, curative, palliative) ; tout en intégrant leurs différentes natures (technique, relationnelle, éducationnelle).

Si les orientations visent bien les soins infirmiers, le champ de l'objectif est toujours très large. Les différents PSI des sites enquêtés sont, pour la plupart, de très grande envergure.

Aussi, peut être mis en cause le principe de réalité défini précédemment. Le PSI peut-il être réalisé dans sa totalité ? Cependant, il laisse une grande part d'autonomie à

ceux qui ont la charge de sa mise en place. La question est celle de la synergie des différents projets développés au sein de l'établissement.

En ce qui concerne les objectifs opérationnels, ils sont relativement communs pour chacun des projets. Par ailleurs, nous notons que contrairement aux orientations, ceux-ci sont plutôt peu nombreux. La déclinaison précise du PSI ne semble pas être une priorité pour l'ensemble des établissements questionnés. Cependant, cette remarque ne peut pas être généralisée puisque certains d'entre eux ont réalisé une déclinaison très précise du PSI.

Nous souhaitons également noter qu'un PSI s'est construit à partir du référentiel A.N.A.E.S., en s'inscrivant dans les rubriques comme « Organisation de la prise en charge », « Dossier du malade ».

2.2.2.2 Orientation et objectifs liés à l'organisation

A Les orientations

Elles sont de natures différentes, visent l'organisation logistique et intéressent également la gestion des ressources humaines.

Ainsi, retrouvons- nous retranscrits dans nos enquêtes :

- « Promouvoir le professionnalisme »,
- « Maîtrise des coûts et de l'organisation »,
- « Gestion de la fonction logistique »,
- « Améliorer les situations des agents au travail,
- « Développer la gestion des ressources humaines avec la Direction des ressources humaines ».

B Les objectifs opérationnels

Ils ont des cibles très spécifiques :

- « Prestation hôtelière »,
- « Gestion des déchets »,
- « Encadrement des stagiaires ».

Si les orientations définies vis à vis de l'organisation peuvent être considérées comme vagues, les objectifs opérationnels déclinés semblent être très ciblés. Il apparaît ici un souci d'opérationnalité, proche des préoccupations de terrain.

Par ailleurs, à la lecture de nos enquêtes, certains éléments comme :

- « Dossier de soins »,
- « Diagnostic infirmier »,

- « Professionnalisme »,
apparaissent dans les deux rubriques.

**Il y a donc, parfois, confusion entre les deux termes : orientation et objectif.
Ceci laisse supposer une éventuelle difficulté pour la mise en place de l'évaluation.**

2.2.3 Implication des CSI dans le PSI

L'implication des CSI , de manière générale, est très importante pour les infirmiers généraux qui ont répondu à notre enquête.

A CHU

- Les CSI participent au comité plénier, rassemblant l'ensemble des CSI de l'établissement, mais aussi à des comités de pilotage lorsqu'ils existent. Les différents Directeurs du service de soins infirmiers s'appuient sur des professionnels en prise avec la réalité de terrain (CSI responsables d'un ensemble de services) .
- Les infirmiers généraux considèrent que :
 - ✓ « l'engagement du CSI doit être majeur pour le PSI »,
 - ✓ « la qualité de l'implication est primordiale pour la mise en place du PSI ».
- Enfin, les différents CSI ont pour mission de décliner le PSI au sein de leur propre secteur de responsabilité. Il n'est pas précisé si le PSI a un calendrier d'actions à mettre en œuvre de manière commune ou s'il existe une certaine latitude d'action laissée à l'appréciation de chaque CSI.

B CHG

- Les CSI ont une double position affichée :
 - ✓ au niveau du service : il est demandé que le PSI soit décliné en projet de service. La responsabilité incombe aux CSI.
 - ✓ au niveau institutionnel avec une mission transversale pour certains CSI dans l'application de certaines actions comme « le dossier de soins », « le diagnostic infirmier ».
- Le CSI a également pour mission le suivi du PSI à travers l'élaboration de tableaux de bord et leur analyse.
- Les infirmiers généraux considèrent que :
 - ✓ « Le CSI est garant de la mise en œuvre du PSI au sein des services »,
 - ✓ « Le CSI est référent du PSI au niveau du secteur de responsabilité ».

C CH

Dans ces établissements, les réponses notées mentionnent le double positionnement des CSI :

- au niveau institutionnel avec une mission transversale,
- au niveau du service où il est garant de la mise en place et de la déclinaison du PSI.

Certains infirmiers généraux indiquent que le CSI est « le pilote du PSI au sein du service ».

D CH secteur psychiatrique

Les éléments d'analyse identifiés pour les centres hospitaliers sont aussi vérifiés pour les centres hospitaliers de secteur psychiatrique.

Les infirmiers généraux notent que le CSI doit « animer des groupes de travail au sein de l'établissement » et qu'« il participe aux synthèses réalisées » dans le cadre de l'animation du PSI.

Quelle que soit la catégorie d'établissement, les infirmiers généraux pensent que le CSI a une mission, une fonction très particulière dans la mise en place du PSI : il est le pilote du PSI au sein de son secteur de responsabilité.

Par ailleurs, dans le recensement des réponses apportées, il semble y avoir unanimité quant à la place occupée ou à occuper par le CSI. L'engagement ne doit pas faire défaut.

Ainsi donc, à travers l'analyse de notre première partie du questionnaire, notre seconde hypothèse se vérifie partiellement. Le CSI a une place prépondérante dans le management du PSI.

2.3 EVALUATION DU PSI

Notre troisième grille d'analyse de notre enquête s'intéresse à l'évaluation du PSI.

Différents points attirent notre attention :

- la composition de l'évaluation, les indicateurs qu'ils soient quantitatifs, qualitatifs ou de performance,
- le rythme défini pour ces évaluations.

Nous essaierons, par ailleurs, d'identifier :

- la place du CSI,
- les difficultés rencontrées.

2.3.1 Nature des indicateurs d'évaluation

Quelle que soit la génération du PSI, les indicateurs sont essentiellement d'ordre quantitatif. Les indicateurs qualitatifs font leur apparition massivement dans les PSI de seconde génération. En nombre, ils sont plus importants que dans les projets de première génération, mais nous remarquons qu'ils ne sont pas majoritaires.

Quant aux indicateurs, dits de performance, nous notons qu'ils n'existent pas.

2.3.1.1 Indicateurs quantitatifs

Tous les résultats des évaluations sont exprimés en pourcentage ou en nombre. Ils correspondent à la définition d'indicateurs quantitatifs.

Ainsi, pouvons-nous relever dans les réponses à nos enquêtes :

- « Nombre d'actions menées » ,
- « Nombre d'agents ayant participé à des actions du PSI » ;
- « Nombre de protocoles » ;
- « Nombre de plaintes » ;
- « Taux de participation ».

Quel sens faut-il donner à ces indicateurs ?

Nous pensons qu'ils visent deux cibles au regard de la satisfaction :

- la satisfaction de l'utilisateur : la mesure des plaintes en est une illustration ;
- la satisfaction du service infirmier :
 - ✓ la mesure du taux de participation ou du nombre d'agents engagés dans des actions peut donner une impression de l'importance que revêt le PSI dans la pratique quotidienne, et de l'intérêt suscité par le projet,
 - ✓ le nombre de protocoles peut orienter sur la dynamique induite par le PSI, en terme de clarification de l'exercice infirmier.

Cependant, quelle utilisation peut-il être fait de ces résultats ? Nous nous heurtons aux limites de notre enquête. En effet, nous n'avons pas trouvé de réponse pour déterminer les finalités de ce mode d'évaluation.

Les indicateurs quantitatifs sont-ils mentionnés pour justifier le bien fondé d'un PSI ou pour mettre en avant le bénéfice octroyé à la personne soignée ?

Ces indicateurs tendent, probablement, à répondre aux deux aspects de notre orientation.

Les réponses apportées à notre enquête nous indiquent que la notion d'évaluation, bien que déclarée nécessaire et importante, est encore floue.

2.3.1.2 Indicateurs qualitatifs

Nous constatons une progression dans l'évaluation des PSI de génération différente. Si les évaluations des PSI de première génération s'intéressent à des indicateurs quantitatifs, celles des PSI de seconde génération développent les indicateurs qualitatifs.

Il semblerait donc, d'après le constat que nous pouvons faire à travers nos enquêtes, un passage obligé, comme si l'appropriation de l'évaluation s'organisait de manière progressive. Nous écartons l'impact des procédures d'accréditation dans la définition des indicateurs qualitatifs. En effet, les établissements qui ont mis ou mettent en place leur évaluation procèdent de manière identique aux établissements dont les projets sont de seconde génération.

Nous avons pu identifier quelques indicateurs de qualité dans nos enquêtes.

Pour les PSI de seconde génération, nous rapporterons les annotations écrites :

- « Respect des procédures »,
- « Respect des protocoles »,
- « Respect des préconisations ».

La formalisation de ces indicateurs s'exprime toujours en terme de « respect ». La réponse immédiate est de nature binaire et peut se réduire sous la forme « OUI – NON » ; et ainsi être quantifiée.

Nous mettons en avant la difficulté qui règne dans la formalisation d'indicateurs de qualité.

Par ailleurs, nous n'avons pas noté de mesure explicite de l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur ou du malade.

2.3.1.3 Indicateurs de performance

L'appellation « indicateurs de performance » peut paraître ambiguë. Il mérite que nous précisions ce que nous entendons.

La performance ne vise pas l'exploit, mais la qualité optimale qui peut être donnée à l'utilisateur. Par ailleurs, pour nous, la performance a un lien avec la durée. Elle ne se limite pas à une existence ponctuelle, éphémère, mais elle est l'expression que la qualité est optimale et qu'elle perdure. Ainsi, la notion de temps est à prendre en compte.

A notre interrogation, quelques réponses ont été notées sur nos enquêtes :

- « Conformité aux protocoles et procédures »,
- « Inexistence de dysfonctionnement »,
- « Application des règles de sécurité ».

Ces réponses nous paraissent pauvres en nombre.

Nous en déduisons qu'il est sans doute prématuré d'envisager l'évaluation du PSI avec des indicateurs de performance. L'évaluation doit développer et s'appuyer sur les indicateurs quantitatifs, qualitatifs, pour envisager ceux qui visent la performance.

De ce premier point d'analyse vis à vis de la notion d'évaluation, nous pouvons résumer que l'évaluation des PSI a deux directions :

- l'une vise à dire ce que font les acteurs du service infirmier à travers le PSI, et légitime son existence,
- l'autre identifie l'amélioration de la prise en charge, mais les éléments notés dans nos enquêtes restent timorés.

Un sens est donc donné par l'infirmier général qui manage le PSI. Cependant, des précisions manquent et nous donnent une vision imprécise du sens donné à cette évaluation.

2.3.2 Temps de l'évaluation

Nous avons souhaité nous intéresser à deux aspects :

- celui de la conception : quand est envisagée l'évaluation ?
- celui de la réalisation : à quelle fréquence s'opère-t-elle ?

2.3.2.1 Moment d'élaboration de l'évaluation

Nous allons distinguer deux catégories de PSI :

- la génération des PSI clôturés,
- la génération des PSI en cours d'exercice (première et seconde génération).

Génération des PSI clôturés :14

	NOMBRE
Evaluation élaborés à la mise en place du PSI	4
Evaluation élaborée en cours de réalisation du PSI	5
Evaluation élaborée en fin d'exercice du PSI	3
Evaluation non élaborée	2

Génération des PSI en cours d'exercice

	Nombre de PSI première génération	Nombre de PSI seconde génération
Evaluation élaborés à la mise en place du PSI	3	12
Evaluation élaborée en cours de réalisation du PSI	4	1
Evaluation élaborée en fin d'exercice du PSI	0	1
Evaluation non élaborée	4	0
TOTAL	11	14

Nous remarquons l'évolution dans la conception de l'évaluation entre les projets de première et seconde génération.

La plupart des PSI de seconde génération ont envisagé l'évaluation à la mise en place du projet. De plus, il n'est pas concevable de mettre en place un PSI sans évaluation.

Pour les PSI de première génération, nous identifions des tendances semblables. L'évaluation n'est pas toujours un objet de préoccupation. L'évaluation reste un problème entier pour les établissements.

2.3.2.2 Planification de l'évaluation

Tous les cas de figure sont représentés. Il ne semble pas y avoir d'attitude commune.

Ainsi, les réponses nous indiquent que l'évaluation peut être :

- annuelle,
- tous les deux ans,
- en fonction des plans d'actions,
- objectif par objectif.

Cependant, un grand nombre d'établissements associent l'évaluation du PSI avec le rapport d'activité.

Par ailleurs, la plupart des établissements réalisent une évaluation finale, jugée nécessaire.

Dans ce cas, elle sert de base à la construction du futur PSI.

2.3.3 Place des CSI dans le processus d'évaluation

L'exploitation de nos questionnaires amène à rapprocher la place occupée par les CSI dans l'évaluation du PSI et celle occupée dans la mise en place du PSI.

2.3.3.1 Place qualifiée de très importante

Quelle que soit la génération des PSI, la place est déclarée importante par les différents infirmiers généraux interrogés :

- « CSI : pilote, responsable au niveau du service »,
- « L'évaluation conduite par le CSI donne réalité au projet. Les réajustements seront opérés par la suite »,
- « CSI : place centrale, à l'interface entre la direction et les services »,
- « CSI participent à l'élaboration des indicateurs de résultats au niveau de l'institution »,
- « Participation aux enquêtes, aux évaluations, aux analyses »,
- « Participation à la définition des axes du PSI après l'analyse des résultats des évaluations ».

Un seul établissement note que les CSI n'ont pas de place particulière dans le processus d'évaluation.

2.3.3.2 Plus grande implication des CSI en position transversale

Nos enquêtes nous ont révélé que certains CSI occupaient des fonctions aux missions transversales, comme la gestion des effectifs de compensation et suppléance, d'autres dans la gestion de dossier comme celui de la douleur.

Il semblerait que cette position engendre une implication plus importante dans les projets institutionnels.

Dans les établissements où des CSI sont en position transversale, sont notés les éléments suivants ;

- « Grande maîtrise des dossiers par les CSI » .

Ceci a, cependant pour corollaire des attitudes non souhaitées :

- « Repos des CSI, responsables de services, sur les CSI en fonction d'expertise vis à vis de l'évaluation »,
- « Existence de deux niveaux d'implication : institutionnel et service »,
- « Défaut de maîtrise de la résolution de problème ».

Ce niveau d'implication interroge sur le mode de management. Bien que le nombre d'enquêtes réalisées ne permette pas de généraliser, il semblerait, toutefois, que la mission transversale soit source de facilité pour l'implication dans les évaluations.

2.3.3.3 CSI considéré comme responsable

Dans toutes nos enquêtes, le CSI est considéré comme un acteur responsable, et ceci à tous les niveaux de l'exercice de sa fonction.

La place du CSI, dans le processus d'évaluation du PSI, est considérée comme essentielle. Le CSI est un lien entre la direction et le service. Ce lien permet de donner réalité au PSI, et le rendre réaliste. La mission transversale facilite l'adhésion des CSI.

Le CSI est donc incontournable pour la mise en place du processus d'évaluation du PSI au sein des différents établissements, quelle soit leur nature.

Notre seconde hypothèse se trouve ainsi vérifiée quant à l'implication et la place du PSI. Les différents infirmiers généraux mettent en avant une place prépondérante des CSI, mais notent une différence d'implication en fonction d'une position transversale ou non des CSI.

Nous pouvons imaginer, alors, qu'à partir de ces éléments, la mission de l'infirmier général consistera à motiver les CSI moins impliqués, afin que l'évaluation du PSI soit l'affaire de tous. Cependant, il faut aussi rester réaliste. Le comportement d'acteurs ne peut pas être stéréotypé, et est lui aussi fonction de l'individu, composé d'une histoire, de forces et de faiblesses. L'infirmier général devra donc articuler son management en s'appuyant sur les atouts de chacun et permettre à chacun des CSI de dépasser ses difficultés.

2.3.4 Difficultés rencontrées

L'analyse de nos enquêtes met en avant que les difficultés rencontrées sont plus importantes dans les cas de PSI de seconde génération.

2.3.4.1 PSI de première génération

Les difficultés remarquées sont en lien avec la méthodologie de l'évaluation :

- « Difficulté à définir les déterminants, le taux d'exhaustivité, les modes d'évaluation »,
- « Formalisation de critères pertinents très difficile ».

2.3.4.2 PSI de seconde génération

Les registres de difficultés sont multiples :

- Le PSI en lui même, lorsque celui-ci est trop ambitieux, l'évaluation devient alors un processus lourd,
- Les conditions d'exercice :
 - ✓ « La charge de travail devient un frein au processus d'évaluation »,
 - ✓ « Les moyens accompagnant l'évaluation sont jugés insuffisants ».

- Les conséquences d'une évaluation :
 - ✓ « Résistance au changement »,
 - ✓ « Harmonisation des sites ».
- L'animation de cette évaluation :
 - ✓ « Coordination »,
 - ✓ « Maîtrise de l'évaluation ».

Ainsi, nous notons qu'une évolution naît. Si le PSI de première génération est une aventure plus ou moins aveugle, les éléments d'analyse des bilans des PSI de première génération alimentent le second PSI, et clarifie les situations. Il semble y avoir un souci d'amélioration de la qualité.

3 SYNTHÈSE ET ORIENTATIONS PROFESSIONNELLES

Cette réflexion nous amène à formuler des orientations professionnelles vis à vis de l'évaluation du PSI, dans le cadre de l'exercice de la fonction d'infirmier général.

Ces orientations vont s'appuyer sur une synthèse des éléments d'analyse de notre travail, jusqu'alors réalisé.

3.1 SYNTHÈSE

3.1.1 Validation des hypothèses

3.1.1.1 Première hypothèse

Notre première hypothèse n'est vérifiée que partiellement. Probablement, la formulation des questions n'a pas permis à nos interlocuteurs, infirmiers généraux, de pouvoir donner des réponses suffisamment précises, pour éclairer notre questionnement.

Cependant, l'évaluation du PSI est une notion importante pour chacun des infirmiers généraux interrogés. Il apparaît que l'époque d'engager des actions, dans le cadre du projet, sans imaginer les évaluer, est révolu. Néanmoins, l'évaluation est conduite avec plus ou moins de facilité. Ceci est d'autant plus vrai que le PSI est de première génération.

En ce qui concerne la dimension du sens donné à l'évaluation, les réponses sont plutôt implicites. Les évaluations visent l'amélioration de la prise en charge de la personne soignée au sein de l'institution hospitalière. Par ailleurs, nos questionnaires n'ont pas relevé de sens explicite précisément. Pour cela, il nous apparaît difficile de vérifier la facilité, dans le processus d'évaluation, générée par l'annonce du sens donné à celui-ci.

Notre travail permet, ainsi, une vérification partielle.

3.1.1.2 Seconde hypothèse

La seconde hypothèse affirmant que le CSI a une place prépondérante dans la démarche d'évaluation du PSI est vérifiée à travers notre étude de terrain.

En effet, nous avons mis en avant, dans l'ensemble des dispositifs déployés au sein des différents établissements interrogés, que le CSI occupait une place particulière.

Elle se situe à deux niveaux de manager :

- celui de responsable de service,
- celui de manager au sein d'une institution.

L'ensemble des infirmiers généraux interrogés s'accordent à nous signifier que le CSI est un acteur incontournable. Cependant, des particularités apparaissent en fonction de la place occupée ou des missions confiées. Il semble que les CSI, en position transversale, aient plus de facilité d'appropriation de la conduite du PSI et de leur évaluation. La distanciation permise dans une telle position, vis à vis d'une réalité de terrain, peut être une des explications de la facilité constatée. Par ailleurs, la proximité de travail avec l'infirmier général peut être une source facilitant d'appropriation. Cependant, l'infirmier général devra veiller, dans son management, à uniformiser, autant faire se peut, les capacités nécessaires à l'exercice de la fonction de CSI.

3.1.2 Eléments incontournables

Notre étude de terrain nous permet d'identifier quelques éléments que nous considérons comme devant être pris en compte avant d'envisager les orientations professionnelles.

3.1.2.1 Dimension du PSI

L'ensemble des PSI que nous avons parcourus, au travers de nos questionnaires, ont des orientations très larges. Nous pourrions qualifier certains PSI comme des projets surdimensionnés.

Nous considérons que ceci est une difficulté pour conduire une évaluation efficace afin que les résultats puissent être utilisés.

Le PSI devra sans doute être moins prétentieux dans ce qu'il souhaite pouvoir améliorer, afin d'être réellement un élément d'amélioration.

Par ailleurs, il faut resituer le PSI dans la complexité du projet d'établissement, tout comme la complexité hospitalière. La pluridisciplinarité des professionnels intervenant dans la prise en charge est une réalité pouvant être une source de difficulté si elle n'est pas prise en compte.

3.1.2.2 Difficulté d'approche des deux niveaux de l'évaluation

Notre étude de terrain identifie que l'évaluation quantitative est un élément plutôt acquis, réalisé dans l'ensemble des établissements interrogés.

Par contre, l'aspect qualitatif reste encore une difficulté tant dans l'approche que celle de la réalisation, même si les PSI de seconde génération s'y intéressent plus.

En cela, l'infirmier général devra prendre en compte cette difficulté pour pouvoir la transformer en atout.

3.1.3 Infirmier général

Le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989, modifié par le décret n° 94 – 904 du 18 octobre 1994, portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière précise :

Les infirmiers généraux :

« contribuent à la définition d'une politique d'amélioration de la qualité des soins, au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers et à l'évaluation de ces soins.

Ils rendent compte du fonctionnement du service de soins infirmiers dans un rapport annuel d'activité remis au chef d'établissement ».⁴³

L'infirmier général est le manager du PSI au sein de l'établissement. Il a, par ailleurs, toute sa place dans le processus d'évaluation et doit même veiller à le développer en lien avec son champ d'action : les soins infirmiers.

Mener des actions d'évaluation, c'est aussi créer et entretenir la culture d'évaluation et permettre que l'évaluation soit un outil, mais aussi une pratique permanente au sein de l'établissement dans lequel l'infirmier général exerce sa responsabilité.

Les orientations professionnelles que nous allons développer s'inscrivent dans cette définition de l'exercice de la fonction d'infirmier général. Ils se situent à deux niveaux :

- celui de l'équipe de direction,
- celui du service de soins infirmiers.

3.2 DEVELOPPER UNE SYNERGIE DU PROJET ET DE L'EVALUATION AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

La réforme hospitalière de 1991, avec la définition du projet d'établissement, a permis aux différentes institutions hospitalières d'entrer dans l'ère de la dynamique de projet. L'élaboration du projet d'établissement a réuni, par ailleurs, un certain nombre d'acteurs, toutes catégories confondues, pour discuter l'avenir de leur établissement.

Cependant, la synergie des différentes composantes du projet d'établissement n'apparaît pas, à première lecture, évidente. Parfois, nous pourrions avoir tendance à imaginer le projet

⁴³ Décret n° 89 – 758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière. Article 2

d'établissement comme un immense patchwork, où les liens entre les différents projets existent, mais dont le sens reste à être identifié.

La loi affirme que le projet médical est la pièce centrale du dispositif du projet d'établissement. Nous l'avons déjà défini. Le projet médical identifie les orientations médicales en terme de pathologies à traiter et amène à définir la nature des lits d'hospitalisation (MCO, long séjour, lits d'hospitalisation ambulatoire,...). Le projet médical ne définit pas le soin.

L'évaluation est, quant à elle, peu développée, dans le cadre du projet d'établissement. Chacune des composantes mène son évaluation. Reste à deviner en quoi le projet d'établissement a permis une évolution visant une meilleure prise en charge de la personne soignée.

Ainsi, dans ce cadre, nous développerons trois objectifs :

- innover vers la formulation d'un projet de soins commun,
- développer une politique d'évaluation du projet d'établissement,
- participer à une politique managériale institutionnelle.

3.2.1 Innover vers la formulation d'un projet de soins commun

Le PSI est un projet où la conception des soins infirmiers est déclinée, voire de préférence partagée, par l'ensemble des acteurs du service de soins infirmiers.

Comme nous l'avons déjà écrit, des valeurs sous-tendent cette conception de soins, après avoir identifié, déterminé ce qu'étaient l'homme, la santé, la maladie.

Cependant, les acteurs du service de soins infirmiers ne sont pas les seuls à graviter autour de la personne soignée afin que soit pris en compte son problème de santé. Ainsi, médecins, assistantes sociales, techniciens de laboratoire, de radiologie, secrétaires et bien d'autres professionnels contribuent à cette prise en charge.

Par ailleurs, de nombreuses actions, menées dans le cadre du PSI, amènent les acteurs du service de soins infirmiers à travailler ou solliciter les autres professionnels de l'institution hospitalière. C'est le cas de l'élaboration de protocoles médico- infirmiers . En résulte une situation ambiguë où les médecins participent à la vie du PSI sans y avoir réfléchi.

Enfin, les organisations hospitalières sont très hiérarchisées, voire cloisonnées. La pluridisciplinarité des acteurs est une source de difficulté, d'incompréhension lié au manque de partage du sens commun de la prise en charge de la personne soignée.

A ce stade de notre réflexion, afin d'imaginer une synergie d'action, sans utopie, nous pensons qu'il serait souhaitable que **le projet de soins infirmiers évolue vers une identité « projet de soins », associant l'ensemble des professionnels intervenant dans la dispensation de soins ou dans la prise en charge de la personne soignée.**

L'infirmier général, membre de l'équipe de direction, est en mesure de pouvoir proposer une telle évolution. Elle mérite d'être débattue au niveau de cette équipe de direction, sous la direction du Directeur d'établissement, en y associant le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

L'élaboration d'un projet de soins commun réside sur la question fondamentale suivante :

« Quel service de soins nous proposons-nous de rendre aux usagers du service public ? »

A partir de cette question, le projet n'est plus un enjeu de territoire, de spécialisation professionnelle, mais plutôt un projet qu'une équipe professionnelle pluridisciplinaire d'un établissement propose à la société.

Sans aucun doute, il faudra du temps et prendre en considération ce temps nécessaire à l'évolution des mentalités, à la levée des résistances face au changement afin de laisser tomber les corporatismes nés de toute part pour identifier le sens commun du soin.

Cependant, un projet commun peut dynamiser le travail d'équipe, réduire les prises en charge individuelles de la personne soignée au profit d'une prise en charge collective.

L'écoute de l'autre, de la différence sont les postulats de base d'une telle démarche . Les différences entre les groupes professionnels existent, tout comme celles entre professionnels d'un même corps.

*« La richesse du groupe pluridisciplinaire tien à sa capacité à faire fructifier ses différences, tout en assurant la cohérence des prestations auprès du client ».*⁴⁴

Travailler dans ce sens recoupe les indicateurs identifiés par l'A.N.A.E.S. dans la procédure d'accréditation à propos du patient et de sa prise en charge. De l'évolution vers un projet de soins peut naître une synergie, une dynamique au sein de l'établissement au profit d'une meilleure prise en charge de la personne soignée.

L'infirmier général ne peut pas conduire seul cette opération. Une telle attitude serait paradoxale vis à vis de l'intention annoncée. La mise en place d'une cellule particulière semble nécessaire, regroupant le Chef d'établissement, le Président de la CME et le Directeur du service de soins infirmiers. Sa mission serait d'initier cette démarche collective hospitalière du «projet de soins ». Le travail de partenariat, en transversalité, peut se décliner ensuite au sein de chaque service, en créant un « duo » responsable du projet de soins (Chef de service – Cadre supérieur⁴⁵).

La mise en place de cette cellule ne contrarie pas les autres cellules ou groupes nécessaires à l'élaboration des autres composantes du projet d'établissement.

⁴⁴ EYMARD SIMONIAN C. *Projets professionnels et projets de service*. Gestions Hospitalières, N° 375 Avril 1998, p 279 à 283

⁴⁵ Le terme « Cadre supérieur » signifie l'inclusion des services médico-techniques au projet de soins.

La validation de ce projet sera identique à celle d'aujourd'hui : CSSI, CME, Conseil d'administration.

3.2.2 Développer une politique d'évaluation

Le projet d'établissement est un ensemble de composantes. L'évaluation de chacune de ses composantes est réalisée au sein des établissements. Cependant, l'évaluation globale fait défaut.

L'évaluation est considérée, dans ce cas, non pas en terme de mesure, de vérification de conformité aux normes, ce qui relève de la logique de contrôle mais en tant qu'analyse, recherche de sens de l'écart entre l'idéologie et les pratiques, dans une approche interpellant l'ensemble des systèmes, autant individuels que collectifs. L'intérêt de l'évaluation est le va et vient entre la quête de sens et la vérification, le contrôle par rapport à la norme.

Nous rapprochons cette conception au contenu de la démarche d'auto-évaluation réalisée dans la procédure d'accréditation des établissements de santé, puisque l'objet de l'évaluation est davantage celui de l'amélioration d'un fonctionnement que celui de sa mesure.

Au niveau d'un établissement, un tel axe ne peut être décidé qu'en terme d'orientation politique. Nous pensons que l'infirmier général a sa place dans la décision d'une telle politique. De par la connaissance des fonctionnements des services hospitaliers, des difficultés rencontrées, mais aussi des facilités existantes, il contribue à définir l'opérationnalité de cette démarche.

Il nous semble nécessaire que soient définis :

- les contenus de l'évaluation du projet d'établissement,
- la fréquence des évaluations.

3.2.2.1 Contenu

Les contenus peuvent être envisagés à partir des référentiels définis par l'A.N.A.E.S. pour la démarche d'accréditation. Ils visent à objectiver la progression de l'établissement. Il faut veiller à ce que les procédures d'évaluation soient réalistes et réalisables. Vouloir reproduire la démarche d'auto-évaluation dans son ensemble régulièrement nous semble utopique. Cette procédure est lourde, consommatrice d'énergie et de temps. Si le principe de réalité prévaut dans la démarche projet, il doit être de rigueur dans le développement d'une politique d'évaluation au sein d'un établissement. La culture de l'évaluation doit être développée.

Pour nous, cette démarche ne peut être le fruit d'une décision d'une équipe de direction. Elle mérite d'y associer l'ensemble des instances : CME, Conseil d'administration, CSSI, Comité technique d'établissement.

L'infirmier général, en tant que directeur de la DSSI, est président de la CSSI. A ce titre, il a un rôle important dans l'animation de cette instance afin de pouvoir associer les différents membres de cette commission au développement de la politique d'évaluation.

3.2.2.2 Fréquence

Quant à la fréquence, afin de ne pas alourdir les procédures, il nous semble important qu'elle soit fixée annuellement. Cette échéance permet de pouvoir réajuster le projet défini et démontrer la progression de l'établissement auprès des équipes, toutes catégories confondues.

Le développement d'une telle politique nécessite la mise en place d'une campagne d'information auprès de l'ensemble des personnels hospitaliers. Cette campagne s'attardera autour de la décision de la politique d'évaluation afin d'en expliquer le sens qu'elle revêt.

Par ailleurs, les professionnels hospitaliers devront connaître ce qui se fait, les résultats de l'évaluation et la définition des axes d'amélioration. Les journaux internes, lorsqu'ils existent, peuvent être le moyen de communication de cette information adressée à chacun des membres de la communauté hospitalière.

3.2.3 Participer à une politique managériale institutionnelle

Nous avons souhaité précédemment une évolution du projet de soins infirmiers vers une identité «projet de soins » . Développer une politique d'évaluation du projet d'établissement nous a semblé, par ailleurs, nécessaire afin de créer une synergie des actions menées au regard de l'évaluation, démontrant la plus value apportée dans la prise en charge de la personne soignée par l'existence du projet de soins.

Dans ce cadre, certains personnels d'encadrement ne sont pas aujourd'hui sous la responsabilité hiérarchique de la DSSI. Sont ainsi concernés les cadres médico- techniques comme les cadres des laboratoires de radiologie, les cadres de kinésithérapie, de diététique, tout comme les cadres sage-femmes. Il en est de même pour les cadres administratifs, dont les services contribuent pourtant à la prise en charge de la personne soignée.

Pour cela, **une définition managériale commune, institutionnelle, nous semble nécessaire**, basée sur l'identification :

- du rôle commun à chacun des cadres vis à vis du projet d'établissement et de son évaluation,

- des missions spécifiques, liées à la typologie du service, mais aussi à la position occupée par le cadre ou le manager.

Du modèle de fonctionnement vertical ou pyramidal, la structure hospitalière évolue vers un fonctionnement horizontal, puisque la plupart des décisions ou actions menées le sont en concertation.

De ce modèle identifié au niveau de la direction, nous supposons que si les conséquences factuelles sont bénéfiques, le management des services évoluera d'un modèle vertical vers un modèle horizontal.

3.3 DEVELOPPER LES COMPETENCES DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

L'infirmier général, tout en étant membre de l'équipe de direction, est responsable du service de soins infirmiers. Dans ce cadre, il lui appartient, nous l'avons vu, de mener des actions en regard du projet et de son évaluation.

Pour cela, nous développerons trois objectifs afin d'optimiser l'évaluation du projet de soins :

- positionner le CSI comme un interlocuteur privilégié,
- développer le concept d'évaluation au sein du service infirmier ,
- donner du sens à ce qui doit être réalisé par les acteurs du service de soins infirmiers.

3.3.1 Positionner le CSI comme un interlocuteur privilégié

Le CSI est considéré, dans notre travail, comme un acteur au rôle incontournable dans la procédure d'évaluation du PSI. Notre propos, considérant une éventuelle évolution du PSI vers un projet de soins, ne modifie pas la place définie précédemment du CSI.

Cependant, comme l'infirmier général est responsable des acteurs du service de soins infirmiers, l'objectif que nous définissons s'adresse uniquement aux CSI.

Notre travail a mis en avant que le système pyramidal où le chef usait de son pouvoir pour en imposer aux autres était en voie de disparition, voire révolu. Cependant, il a également identifié qu'il existait deux catégories de CSI :

- celle où le CSI est en mission transversale pour laquelle il développe des compétences répondant aux attentes de l'infirmier général,
- celle où le CSI est responsable d'un ensemble d'unités des soins, sans aucune autre mission, et dans ce cas le CSI aurait tendance à délaisser les travaux d'ordre institutionnel, préférant mener des actions assurant un fonctionnement de service efficient, et une préoccupation de gestion plutôt quotidienne.

Ces deux approches ne sont pas contradictoires, mais à partir d'elles peuvent émerger deux groupes de CSI dont l'un serait plus proche de l'infirmier général.

Il ne nous semble pas souhaitable qu'un établissement soit ainsi managé. Bien au contraire, il nous paraît important de créer une certaine homogénéité dans l'exercice de la fonction de CSI.

Pour cela, l'infirmier général doit identifier les pratiques managériales de chacun des CSI en identifiant la typologie des positionnements⁴⁶ :

- le **type idéal** : les règles du jeu sont cohérentes avec les pratiques,
- le **pilote hyper – affectif** où l'absence de règles du jeu, l'existence de règles informelles aboutissent à des déviations, des dysfonctionnements,
- le **pilote masqué** où l'implicite remplace l'explicite,
- le **pilote insécurisé** craignant l'erreur ou le dysfonctionnement, qui s'entourera alors de personnes très compétentes qui le sécurisent, mais dont la conséquence est l'identification des règles du jeu à un dévouement paradoxal,
- le **pilote paradoxal** : la règle qui sous-tend est l'injonction paradoxale composée d'un double discours, où le dirigeant fait l'inverse de ce qu'il dit,
- le **double pilotage** conflictuel lorsque celui-ci n'est pas clairement annoncé et que les rôles explicitement répartis.

De cette identification individuelle, l'infirmier général devra permettre à chaque CSI de développer les compétences dont il aura besoin afin de répondre à la mission du CSI définie au sein de l'établissement.

Le positionnement sera facilité si l'infirmier général a annoncé clairement, au niveau de l'équipe de direction, mais aussi auprès de l'ensemble des acteurs hospitaliers, la place particulière du CSI dans l'organisation du Service de soins infirmiers.

Il participe concrètement, avec l'infirmier général, à la gestion globale des soins, l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du projet de soins. Il est aussi une ressource importante et un soutien pour l'encadrement de proximité. Cette place lui permet d'être, par ailleurs, un interlocuteur privilégié des médecins chefs de service.

En s'appuyant sur un ensemble de CSI, l'infirmier général, de par l'étendue du champ d'exercice de sa fonction, garantit des décisions qui correspondent à une analyse issue des problématiques rencontrées par les différents services. Ils sont l'écho d'une préoccupation quotidienne.

⁴⁶ KART J. *Positionnez- vous* . Gestions Hospitalières n° 159, Février 2000, p 122 à 127

3.3.2 Développer le concept d'évaluation au sein du service de soins infirmiers

Notre étude a mis en évidence la difficulté que revêt l'évaluation auprès des CSI. Si l'évaluation quantitative semble être acquise, il n'en est pas de même pour l'évaluation qualitative. Il appartient à l'infirmier général, responsable du service de soins infirmiers, de développer les compétences des personnels d'encadrement, vis à vis de l'évaluation, dont il a la responsabilité. Inscire le service de soins infirmiers dans une démarche d'évaluation continue l'amène à entrer dans une démarche permanente à la recherche de qualité.

La notion d'indicateur⁴⁷ définie comme une donnée objective décrivant une situation du strict point de vue quantitatif constatant un résultat devra être précisée ; les indicateurs pouvant se classer en différents types :

- indicateur de structure : moyens et ressources utilisés,
- indicateur de processus : activités au service d'un objectif,
- indicateur de résultat : atteinte de l'objectif fixé,
- indicateur de satisfaction : niveau de qualité perçue,
- indicateur sentinelle déclenchant systématiquement une analyse des causes et une action corrective massive.

Cette démarche doit être planifiée. Un diagramme de GANTT peut être une aide afin de pouvoir mener en temps souhaité les différentes opérations.

De là ; afin de faciliter la récolte des données nécessaires à l'évaluation, des tableaux de bord seront nécessaires. Ils devront être communs à l'ensemble des acteurs du service de soins infirmiers. Nous imaginons que l'élaboration de ces tableaux de bord soit le fruit d'un travail collectif du groupe de CSI. En fonction du nombre de CSI, un comité d'élaboration de tableaux de bord peut être instauré, mais avant la mise en place de ces tableaux une validation collective du groupe CSI sera nécessaire afin d'assurer une adhésion totale.

Les tableaux de bord devront être exploités. Des services hospitaliers comme le Département d'Informatique Médicale, le service informatique, peuvent être des ressources auprès de la DSSI.

Les résultats seront analysés pour permettre d'identifier :

- les points de réussite, d'excellence à maintenir,
- les points de non atteinte, pouvant amener à un réajustement de l'objectif défini ou la définition d'étapes intermédiaires qui permettront de le réaliser.

La mise en place d'une telle démarche nécessite de la part de l'infirmier général une approche stratégique, technique, structurelle qui tient compte de la culture de l'établissement dans il exerce sa fonction. De là, un « effet de levier »⁴⁸ peut être opéré à partir d'elle.

⁴⁷ Dr P. ROUSSEL - Formation filière Infirmiers généraux- Avril 2001 - Note de cours E.N.S.P.

3.3.3 Donner un sens à ce qui est fait ou doit être fait

Notre étude de terrain n'a pas permis de vérifier que le sens donné à une action et annoncé avant la réalisation était un élément facilitant. Nous en restons cependant persuadé.

Aussi, nous pensons que l'infirmier général doit annoncer clairement les orientations de sa politique, les moyens à mettre en place, le niveau d'exigence, de compétence souhaité auprès des différents acteurs du service de soins infirmiers. En ce sens, les profils de postes, les fiches de postes sont des aides à la recherche de clarté dans le management.

En cela, l'infirmier général doit exercer sa fonction selon trois exigences :

- **Etre à l'écoute** : sous la forme d'une écoute active où nous considérons que l'autre a quelque chose à dire et que son approche peut être différente de la nôtre. Ceci permet de valoriser le travail des collaborateurs que sont les CSI par l'intérêt qui leur est porté.
- **Etre disponible**, tout en gérant son emploi du temps.
- **Informier communiquer** : l'information est un facteur d'efficacité, de sécurité et de motivation. L'information claire, diffusée avec des outils appropriés facilitera l'exercice de la fonction de CSI auprès de leur équipe.

Les orientations professionnelles développées situent les actions que l'infirmier général peut conduire dans son champ de responsabilité en tant que membre de l'équipe de direction d'un établissement de santé, mais aussi comme responsable du service de soins infirmiers. Ces orientations peuvent œuvrer au développement de l'institution dans laquelle il exerce sa fonction.

⁴⁸ Dr G. MAGUERZ - Formation filière Infirmiers généraux- Avril 2001 . Note de cours E.N.S.P.

CONCLUSION

De la prise de conscience des difficultés à mener et à concevoir l'évaluation du PSI est né notre intérêt pour ce sujet et a motivé notre recherche dans le cadre de ce mémoire.

Notre réflexion s'est nourrie des apports pédagogiques de notre année de formation, d'échanges avec des professionnels, aux fonctions et horizons divers.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir tout compris et encore moins de pouvoir tout expliquer. Cependant, nous pouvons affirmer que ce travail nous a fait cheminer dans les domaines du projet et de l'évaluation.

Nous avons mis l'accent sur l'interaction des différents acteurs d'un établissement hospitalier et la nécessité de communiquer entre eux afin de répondre à la demande en soins de l'utilisateur.

Le projet d'établissement, l'évaluation sont inscrits dans des dispositifs légiférant le fonctionnement hospitalier. Cependant, nous croyons que seuls les hommes, composant son tissu social, peuvent les rendre vivants et leur donner sens.

*« Le pouvoir aujourd'hui ne se trouve pas dans les cases, dans les titres, les rangs. Ce qui compte désormais, dans le domaine du pouvoir, de l'autorité et de la responsabilité, c'est ce que vous êtes capables de faire vous-mêmes, à partir de vos compétences et vos qualités personnelles ».*⁴⁹

L'enjeu du management doit se recentrer sur notre seule raison d'exister : le malade ; en mettant à son service toutes les compétences de l'institution. Ainsi F. GONNET écrit-elle :

*« L'hôpital moderne, et particulièrement celui du futur, devra être le lieu d'une collaboration de plus en plus collégiale et intenses pour atteindre sa finalité, être au service du malade ».*⁵⁰

C'est dans ce sens que nous avons envisagé l'évaluation du PSI et que nous pensons qu'il doit évoluer vers un projet de soins, en y associant l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge du malade.

C'est un challenge pour l'infirmier général, mais aussi pour les personnels d'encadrement. Nous sommes convaincu que l'hôpital évolue et peut continuer d'évoluer dans ses structures, ses fonctionnements. La richesse des hommes qui y travaillent en est la cause principale.

*« Les forces et les chances d'une entreprise (comme l'hôpital ne résident ni dans les structures, ni dans les règles, mais dans ses hommes. Règles et structures, mal adaptées sont des freins mais seuls les hommes peuvent être des moteurs ».*⁵¹

⁴⁹ CROZIER M.- SERIEYX H. *Du management panique à l'entreprise du XXI^{ème} siècle*, Editions Maxima, 1994.

⁵⁰ GONNET F. *L'hôpital en question(s)*, Paris, Editions Lamarre, 1992.

⁵¹ MATHIS L. *Gestion prévisionnelle et valorisation des ressources humaines*. Paris, Editions d'Organisation, 1982.

C'est dans cette voie que nous pensons devoir exercer notre fonction d'infirmier général, en collaboration avec l'ensemble de nos partenaires.

Bibliographie

OUVRAGES

- BOUTINET J.P.**, *Anthropologie du projet*, Paris, Editions PUF, 1993, 301p.
- BOUTINET J.P.**, *Psychologie des conduites de projet*, Paris, Editions PUF, 1993, 126p.
- BERNOUX P.**, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions du Seuil, 1985, 382p.
- CLEMENT J.M.**, *Les pouvoirs à l'hôpital*, Paris, Edition Berger Levrault, 1995, 149p.
- CREMADEZ M.** et **GRATEAU F.**, *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Interéditions, 1997, 448p. (2^{ème} édition)
- CROZIER M.** et **FRIEDBERG E.**, *L'acteur et le système*, Paris Editions du Seuil, 1993, 500p.
- CROZIER M.** et **SERIEYX H.**, *Du management panique à l'entreprise du XXI^{ème} siècle*, Paris, Edition Maxima, 1994, 142p.
- DELEAU M.**, **NIOCHE J.P.**, **PENZ P.** et **POINSAR D.**, *Evaluer les politiques publiques*, Paris, La Documentation Française, 1986
- DESHAIES J.C.**, *Mettre en œuvre les projets*, Paris, Edition L'Harmattan, 2000, 297p.
- MINISTERE DE L'EMPLOI et DE LA SOLIDARITE**, *Guide du service infirmier. Terminologie des soins infirmiers*, Paris, Journaux officiels, 1986, N°3.
- GONNET F.**, *L'hôpital en question(s). Un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Paris, Edition Lamarre, 1992, 359p.
- HADJI C.**, *L'évaluation, règles du jeu*, Paris Editions ESF, 1990, 190p.
- HADJI C.**, *L'évaluation des actions éducatives*, Paris, Editions PUF, 1992
- JAVEAU C.**, *L'enquête par questionnaire*, Bruxelles, Editions de l'université de Bruxelles, 1990/1992
- JOLY M.** et **MULLER G.**, *De la gestion de projet au management par projet*, Paris, AFNOR, 1994, 216p.
- KESSLER M.C.**, **LASCOUMES P.**, **SETBON M** et **THOENIG J.C.**, *L'évaluation des politiques publiques*, Paris, Edition L'Harmattan, 1998, 273p.
- LETEURTE M.** et **VAYSSE M.**, *Les tableaux de bord de gestion hospitalière*, Paris, Editions Berger Levrault, 1994, 253p.
- LE SAGET M.**, *Le manager intuitif*, Paris, DUNOD, 1992, 328p.
- MATHIS L.**, *Gestion prévisionnelle et valorisation des ressources humaines*, Paris, Editions d'organisation, 1982.
- RAYNAL S.** *Le management par projet*, Paris, Les Editions d'organisation, 1997, 263p.

STROUHL H. et BAGE M.; *Pratique d'évaluation au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité*, Paris, ETI, 1998, 159p.

VIVERET P., *L'évaluation des politiques publiques*, Paris, La Documentation Française, 1989, 104p.

REVUES

ARDOINO J., *Finally, it is never pedagogy without a project*, Education permanente, n°87, 1987

ARDOINO J. et BERGER C., *L'évaluation au pouvoir*, POUR n° 107, 1986

EYMARD SIMONIAN C., *Professional projects and service projects*, Gestions Hospitalières, n° 375, Avril 1998.

FRIEDBERG E., *Sociological analysis of organizations*, POUR n° 28, 1998

HART J., *Position yourself*, Gestions Hospitalières, n° 159, Février 2000

PEYRE P., *The professional project, a mediator in service of quality*, Gestions Hospitalières, n°135, Février 1997

MEMOIRES

BARBIER M., *The evaluation of nursing staff or how to guarantee the sense and coherence of this process*, Mémoire d'Infirmier général, 2000

LOIZIC M.P., *The project of nursing care in its contribution to the project of the establishment. Evolutions, enjeux et perspectives*, Mémoire d'Infirmier général, 1999

ROMERO SOLVAS M., *Nursing general – Senior nursing staff: managing managers*, Mémoire d'Infirmier général, 1998

TEXTES REGLEMENTAIRES

Loi n° 70 – 1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

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

Ordonnance n° 96 – 346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Décret n° 62 – 132 du 2 février 1962 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics

Décret n° 69 – 281 du 24 mars 1969 relatif au recrutement et à l'avancement de certains agents des services médicaux des établissements de soins ou de cure publics

Décret n° 74 – 569 du 17 mai 1974 relatif aux opérations d'équipement sanitaire et social

Décret n° 88 – 1077 du 30 novembre 1988 relatif aux statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière

Décret n° 89 – 758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

Décret n° 91 – 1271 du 18 décembre 1991 portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants chefs de la fonction publique hospitalière

Décret n° 92 – 82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques

Décret n° 93 – 245 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

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

Arrêté n° 89 – 538 du 3 août 1989 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière modifiant le décret n° 88 – 1077 du 30 novembre 1988.

Circulaire n° 87 – 224 du 7 décembre 1987 relative au programme d'établissement des établissements d'hospitalisation publics

Circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public

Liste des annexes

ANNEXE N° 1 : Questionnaire d'entretien exploratoire

ANNEXE N° 2 : Questionnaire d'enquête et courrier accompagnant

ANNEXE N° 3 : Grilles d'exploitation des questionnaires pour analyse :

- Grille n°1 : Présentation de l'établissement
- Grille n°2 : Projet de soins infirmiers
- Grille n°3 : Evaluation du PSI

ANNEXE N°1

Grille des entretiens exploratoires- Février 2001

- 1 – Pouvez-vous me définir ce que représente pour vous l'évaluation ?
- 2 – Pouvez-vous me parler de l'évaluation du projet de soins infirmiers ?
- 3 – Quel est votre rôle de cadre supérieur infirmier dans cette évaluation ?
- 4 – Quelles sont vos attentes vis à vis de cette évaluation ?
- 5 – Quels sont les points forts et les points faibles qui mériteraient, selon vous, nécessiter des ajustements ?
- 6 – Quelles sont les conséquences de ces ajustements dans le management de vos équipes ?
- 7 – Quelles aides, quels outils estimez-vous avoir besoin ?

ANNEXE N° 2

Questionnaire d'enquête et courrier accompagnant

QUESTIONNAIRE DE MEMOIRE

FALIGANT Gérard – Infirmier Général – Promotion 2001

Avril 2001

I – PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1 – CHU – CHG- CH – CH Psychiatrique – Autre (1)

2 – Nombre de lits :

3 – Effectifs :

- Infirmiers généraux :
- Cadres supérieurs infirmiers :
- Cadres infirmiers :
- Infirmiers :
- Aides soignants :
- Agents de service hospitalier :

II – PROJET D'ETABLISSEMENT

1 – Existe-t-il ? : OUI - NON (1)

2 – Si oui, quels sont ses composantes :

- Projet médical : OUI - NON (1)
- Projet de soins infirmiers : OUI - NON (1)
- Projet social : OUI - NON (1)
- Projet architectural : OUI - NON (1)
- Schéma directeur du système d'information : OUI - NON (1)

3 – En quelle année a –t- il été écrit ?:

4 - Est-ce un projet :

- 1^{ère} génération : OUI - NON (1)

- 2^{ème} génération : OUI - NON (1)
- Autre (précisez) :
- (1) Entourez votre réponse

III – PROJET DE SOINS INFIRMIERS lorsqu’il existe

1 – Pouvez- vous me décrire son mode d’élaboration ?
(Diagnostic, construction, management, participants)

2 – Pouvez- vous me préciser son contenu :

- Axes prioritaires :

- Objectifs opérationnels poursuivis :

3 – Quelle implication les cadres supérieurs infirmiers ont-ils eu dans la mise en place du projet de soins infirmiers au sein de leur secteur de responsabilité ? S’il vous plait, précisez votre réponse ?

IV – EVALUATION DU PROJET DE SOINS INFIRMIERS

A – Cas du projet de soins infirmiers antérieur à celui en cours

1 – L'évaluation a-t-elle été :

- formalisée à la mise en place du projet de soins : OUI - NON (1)
- formalisée en cours d'exercice : OUI - NON (1)
- formalisée en fin d'exercice : OUI - NON (1)

2 – Quels ont été les indicateurs de cette évaluation :

- quantitatifs

- qualitatifs

- de performance

3 – Quelle a été la place des cadres supérieurs infirmiers au cours de cette évaluation ? Quel niveau d'adhésion ?

4 – Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? Précisez votre réponse

5 – Quelle utilisation avez-vous faite des résultats de cette ou de ces évaluations ?

B – Cas du projet de soins infirmiers en cours

1 – L'évaluation a-t-elle été :

- formalisée à la mise en place du projet de soins : OUI - NON (1)
- formalisée en cours d'exercice : OUI - NON (1)
- formalisée en fin d'exercice : OUI - NON (1)

2 – Quels ont été les indicateurs de cette évaluation :

- quantitatifs

- qualitatifs

- de performance

3 – Comment est programmée cette évaluation :

- Tous les ans : OUI - NON (1)
- En fin de programme : OUI - NON (1)
- Autre (précisez) :

4 – Quelle a été la place des cadres supérieurs infirmiers au cours de cette évaluation ? Quel niveau d'adhésion ?

5 – Quelles difficultés avez-vous rencontrées ? Précisez votre réponse

6 – Quelle utilisation comptez-vous faire des résultats ?

Je vous remercie du temps que vous avez bien voulu consacrer à remplir ce questionnaire, et qui va m'aider à poursuivre mon travail.

COURRIER ACCOMPAGNANT

Mr Gérard FALIGANT
Infirmier Général
Promotion 2001

Rennes, le 24 avril 2001

E.N.S.P.
Avenue du Pr Léon Bernard
35 043 – RENNES Cedex

à

Madame l'Infirmière Générale,
Monsieur l'Infirmier Général

Madame, Monsieur,

Infirmier général en formation, je mène un travail de recherche, dans le cadre de mon mémoire, à propos de l'évaluation du projet de soins infirmiers :

Quelle évaluation du projet de soins infirmiers, pour quelles finalités ?

Je profite de la présence d'un de mes collègues dans votre établissement, pour vous envoyer ce questionnaire, dont vos réponses m'aideront dans la réflexion de ce travail.

Je vous propose, si vous y avez répondu, de donner ce questionnaire à mon collègue M....., qui me le remettra à notre retour de stage.

En vous remerciant du temps que vous aurez consacré, je suis prié de croire, Madame, Monsieur, en l'expression de mes salutations distinguées.

ANNEXE N° 3

Grilles d'exploitation des questionnaires pour analyse :

Grille n°1 : Présentation générale de l'établissement

Catégorie de centre hospitalier :	N° 1	N°	N°
Nombre de lits			
Effectifs -Directeur service de soins infirmiers - Infirmiers généraux - CSI			
Projet d'établissement			
Projet médical			
Projet de soins infirmiers			
Projet social			
Projet architectural			
Schéma directeur du système d'information			
PSI 1 ^{ère} génération			
PSI 2 ^{ème} génération			

Grille n°2 : Projet de soins infirmiers

Catégorie de centre hospitalier :	N° 1	N°	N°
Mode d'élaboration du PSI			
Diagnostic			
Construction			
Axes prioritaires			
Objectifs opérationnels			
Management			
Implication des CSI			

Grille n°3 : Evaluation du PSI

PSI 1^{ère} ou 2^{ème} génération

Catégorie de centre hospitalier :	N° 1	N°	N°
Formalisation de l'évaluation			
Indicateurs quantitatifs			
Indicateurs qualitatifs			
Indicateurs de performance			
Place des CSI			
Niveau d'adhésion des CSI			
Difficultés rencontrées			
Utilisation des résultats			