

**Master 2 Management Sectoriel**  
**Parcours Management des**  
**Organisations Soignantes**

**2015-2016**

**Le management de la clinique au**  
**service du parcours patient**

COLLET  
Christelle

UE 3 - ECUE 2



## Remerciements

La réalisation de ce travail n'aurait pas pu se faire sans la participation de l'ensemble des professionnels de santé. L'encadrement a joué un rôle majeur.

Je remercie les usagers pour avoir témoigné de leur expérience et avoir instruit ce travail.

J'ai une pensée particulière pour mon mari qui me soutien au quotidien. Il m'a encouragé, a fait preuve de compréhension et de patience.

Je dédie ce travail à Laura, Mathieu et Raphaël, mes enfants, qui m'ont offert du divertissement lorsque j'en avais besoin.

# SOMMAIRE

## Remerciements

## Liste des abréviations

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>1. LE CONTEXTE NATIONAL ET INSTITUTIONNEL.....</b>	<b>7</b>
1.1. LE TERRITOIRE DE SANTE .....	7
1.1.1. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) .....	9
1.1.2. Les Hôpitaux Universitaires Paris-Sud (HUPS) .....	11
1.1.3. Le CHU Bicêtre .....	12
1.1.4. Le pôle NTC .....	14
1.2. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2015-2019 .....	15
1.2.1. Le projet global d'établissement AP-HP .....	15
1.2.2. Le projet d'établissement HUPS .....	16
1.2.3. Le plan stratégique HUPS.....	16
1.2.4. Le projet de soins HUPS.....	16
<b>2. GENESE DU PROJET ET CHEMINEMENT .....</b>	<b>18</b>
2.1. LE SYSTEME D'INFORMATION : DEPLOIEMENT DU LOGICIEL ORBIS.....	18
Etude prospective, recueil et analyses de données.....	21
2.2. LA CERTIFICATION V14 .....	22
Etude prospective, recueil et analyses de données.....	23
2.3. le Dossier Patient (DPA).....	27
2.3.1. Un outil d'archivage.....	27
2.3.2. Un outil de travail .....	28
2.4. LE PROJET DE LA DSAP .....	29
Etude prospective, recueil et analyses de données.....	30
2.5. DU RAISONNEMENT CLINIQUE ... ..	31
2.5.1. Le Plan de Soins Type (PST).....	34
2.5.2. Le Chemin Clinique (CC) .....	34
2.6. ... AU RAISONNEMENT CLINIQUE PARTAGÉ.....	35
2.6.1. Quelles propositions de travail ? Quels enjeux ? Quelle légitimité ? .....	35
2.6.2. Formalisation des objectifs à atteindre et des résultats attendus.....	38
2.6.3. Quels risques et critères de réussites identifiés ?.....	39
2.6.4. L'accompagnement.....	41

<b>3. ORDONNANCE DE LA DEMARCHE PROJET .....</b>	<b>46</b>
3.1. QUELS ACTEURS SONT CONCERNES ET IMPLIQUES ? .....	46
3.1.1. Les acteurs concernés.....	46
3.1.2. Les acteurs impliqués .....	46
3.2. CHOIX DES SERVICES PILOTES ENGAGES DANS CETTE DEMARCHE .....	47
3.2.1. Service de Neurochirurgie adulte .....	48
3.2.2. Service de SSR neurologique-Neurochirurgical .....	49
3.3. CHOIX DU GHM.....	50
3.4. MODALITES ET CHOIX DES ACTEURS DU GROUPE PROJET.....	51
3.4.1. L'encadrement .....	51
3.4.2. L'équipe médicale .....	53
3.4.3. Les soignants .....	53
3.5. LE GROUPE PROJET ET SES OUTILS .....	58
Outils à disposition des professionnels .....	59
3.6. ORDONNANCE DES ACTIONS ET MISE EN ŒUVRE.....	60
3.6.1. Information et formation pour le groupe projet.....	60
3.6.2. Formalisation du plan de soins type .....	62
3.7. LES MODALITES D'ORGANISATION ET LE PLANNING PREVISIONNEL.....	64
3.8. LA PROMOTION DU PROJET.....	65
3.9. SUIVI ET EVALUATION DU PROJET .....	66
3.10. LE COUT DU PROJET ET SES GAINS.....	67
<b>4. BILAN REFLEXIF.....</b>	<b>69</b>
4.1. LES APPORTS DU PROJET DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU QUOTIDIEN ET DANS LE FUTUR.....	69
4.1.1. La création d'une dynamique d'équipe autour d'un projet fédérateur.....	69
4.1.2. Les écrits professionnels .....	69
4.1.3. L'harmonisation des pratiques professionnelles.....	70
4.1.4. Le collectif.....	70
4.1.5. L'impact managérial .....	70
4.1.6. Le futur proche .....	71
4.2. LES FREINS EN COURS OU A VENIR .....	72
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>74</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>76</b>
<b>TABLE DES ANNEXES.....</b>	<b>82</b>

## Liste des abréviations

**ANACT** : Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de Travail

**AP-HP** : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

**ARS** : Agence Régionale de Santé.

**AS** : aide-soignant.

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébral.

**CAP** : Cadre Administratif de Pôle.

**CC** : Chemin Clinique.

**CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire.

**CLAN** : Comité de Lutte contre les Affections Nosocomiales.

**CLIN** : Comité de Lutte contre les Infection Nosocomiales.

**CSIRMT** : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique.

**CLUD** : comité de lutte contre la Douleur.

**CME** : Comité Médical d'établissement.

**COFIL** : COmité de PILOTage.

**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

**CPP** : Cadre Paramédical de Pôle.

**CREX** : Commission de Retour d'Expérience.

**CRUQPC** : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

**CS** : Cadre de Santé

**CSS** : Cadre Supérieur de Santé.

**CTE** : Comité Technique d'Etablissement.

**DIM** : Département de l'Information Médicale.

**DMS** : Durée Moyenne de Séjour.

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.

**DPA** : Dossier Patient.

**DPC** : Développement Professionnel Continu.

**DSAP** : Direction des Soins et des Affaires Paramédicales.

**DU** : Diplôme Universitaire.

**EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles.

**ETP** : Equivalent Temps Plein.

**GH** : Groupe Hospitalier.

**GHM** : Groupe Homogène de Malades.

**GHP** : Groupe Homogène de Patient.

**GPMC** : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences

**HAD** : Hospitalisation A Domicile.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**HUPS** : Hôpitaux Universitaire Paris-sud.

**IDE** : Infirmier Diplômé d'Etat.

**IFAS** : Institut de Formation Aide-Soignant.

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmier.

**IPAQSS** : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique.

**MCO** : Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

**MOS** : Master des Organisations Soignantes.

**MPR** : Médecine Physique et de Réadaptation.

**NANDA**: North American Nursing Diagnosis Association.

**NTC** : Neurosciences Tête et Cou.

**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

**PM** : Personnel Médical.

**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

**PNM** : Personnel Non Médical.

**PRP** : Praticien Responsable de Pôle.

**PST** : Plan de Soins type.

**QVT** : Qualité de Vie au Travail.

**RC** : Raisonnement Clinique.

**RMM** : Revue de Mortalité et de Morbidité.

**SI** : Système d'Information.

**SPH** : Service Public Hospitalier.

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation.

**TIM** : Techniciens de l'Information Médicale.

**TO** : Taux d'Occupation.

**UF** : Unité Fonctionnelle.

**V14** : Certification Version 2014.

## INTRODUCTION

La communication et le numérique sont des notions fortes inhérentes à notre société actuelle. Elles sont des moyens d'évolution des professions de santé. La première a pour but de faire connaître un objet, de le valoriser ou inversement, de lui donner du sens en partageant de l'information. La seconde est devenue omniprésente et est à l'origine de nombreux changements dans le fonctionnement global des entreprises. Cette technologie a réinventé notre quotidien et a investi l'ensemble des domaines tels l'innovation, la sécurité, le traitement de l'information et d'une manière générale notre environnement. Elle fait partie intégrante de notre mode de vie et pourtant fait si peur lorsqu'il s'agit de l'intégrer dans les pratiques de travail. En établissement de santé, quitter la version papier, la gomme et le crayon pour investir un dossier de soins informatisé n'est pas chose aisée. Les professions paramédicales sont culturellement dans un mode de communication écrite mais aussi et surtout orale.

Le contexte institutionnel actuel baigne les acteurs de santé dans les audits de processus et patient traceur du fait de la certification V14. Il nous prend également à témoin dans l'informatisation de la démarche clinique avec l'informatisation du dossier de soins. Ces projets et mesures nouvelles ont donné lieu notamment à des audits du dossier patient et des analyses de pratiques des soignants. Cela a mis en exergue un certain nombre de points de vigilance. Par exemple, nous remarquons un manque de coordination et de traçabilité entre les différents corps de métiers dans la prise en charge des patients. Bien entendu, tous, qu'ils soient infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, cadres ou médecins, communiquent entre eux de manière orale essentiellement. Nous savons que les paroles s'envolent pour ne laisser place qu'aux écrits. Il est donc crucial de transmettre et de tracer ce contenu d'information verbal via un outil de sauvegarde.

Les usagers sont demandeurs de plus en plus d'être informés des modalités de leurs prises en charge. Le temps où ils se laissaient soigner sans poser de question est révolu depuis longtemps. Désormais, le patient devenu l'utilisateur participe à sa propre prise en charge, nous le consultons car il sait et veut savoir. Par ricochet, les soignants se doivent de mieux connaître les parcours de soins des patients qu'ils ont en charge. L'encadrement doit faciliter le lien et doit se positionner comme coordonnateur des équipes médicales et paramédicales. La logique d'action interdisciplinaire est à développer par les managers.



Cadre de santé en établissement de santé public, un de mes objectifs professionnels, pour répondre aux besoins actuels, est de participer à la mise en place d'une démarche médico-soignante. L'idée est de proposer une mallette méthodologique au service du parcours patient. Mon souhait est de recentrer les missions des cadres autour de la clinique et de travailler sur les liens logiques entre professionnels.

Le projet que je vais décrire, en accord avec la Direction des Soins et des Affaires Paramédicales (DSAP) de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), s'inscrit dans les projets et mesures nouvelles en cours mais aussi dans le plan stratégique du Groupe Hospitalier (GH).

Il s'agit d'impulser une culture des cadres et des soignants du pôle Neurosciences Tête et Cou (NTC) autour de l'intelligence collective et d'aller vers un développement d'un haut raisonnement clinique. J'ai choisi de modéliser cette culture autour de la prise en charge personnalisée des patients via une méthode de travail d'élaboration pluridisciplinaire d'un chemin clinique. Le patient entre à l'hôpital puis en sort, la démarche consiste à travailler sur ce que l'on partage entre les deux. L'un des enjeux est de mettre en adéquation la gouvernance clinique, les soignants et le Système d'Information (SI) grâce au management par la clinique. Pour conduire ce projet, un maillage entre l'institution et les besoins des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) est nécessaire.

Dans le document qui suit, je ferai un rapide état des lieux descriptif de l'environnement institutionnel. Ensuite, je dresserai la genèse et le cheminement qui m'ont mené à ce projet qui a pour finalité le passage d'un raisonnement clinique à un raisonnement clinique partagé. Puis, j'avancerai sur l'ordonnance de la démarche projet, ses actions et sa mise en œuvre. Enfin, je conclurai par un point d'étape du projet à ce jour suivi d'un bilan réflexif.

# 1. LE CONTEXTE NATIONAL ET INSTITUTIONNEL

Voyons ensemble quelques données statistiques nationales puis plus précisément l'institution qu'est l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, sa présentation et ses orientations stratégiques.

## 1.1.LE TERRITOIRE DE SANTE

La France compte 66,6 millions d'habitants<sup>1</sup> au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Elle ne cesse de croître chaque année + 0,4 % en 2013 et en 2014<sup>2</sup>. L'espérance de vie de la population s'allonge, 78,9 ans pour les hommes et 85 ans pour les femmes<sup>3</sup>, c'est respectivement 2,2 et 1,2 ans de plus qu'il y a 10 ans<sup>4</sup>. Le corollaire de cet allongement de la vie est une augmentation des maladies chroniques et des incapacités qu'elles entraînent. La prise en soins de la population demande d'être réadaptée à ses besoins et les modalités d'hospitalisation également. Tenir compte des innovations en santé en parallèle est essentiel.

Sur le territoire national, la consommation de soins et de biens médicaux s'élève à près de 191 milliards d'euros au 1<sup>er</sup> janvier 2015<sup>5</sup>, environ 2900 euros par habitant. Sa croissance a ralenti, suite aux mesures d'économie et de régulation +3% en 2009 à +2,5% en 2014. Toutefois, la part des soins hospitaliers est évaluée à 46,5% selon la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

Toujours selon elle, l'offre hospitalière de MCO<sup>6</sup> diminue en hospitalisation complète (-0,9%) pour laisser place à l'hospitalisation partielle (+8,7 %). En revanche, en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), la progression du nombre de lits se poursuit chaque année (+1,4% en 2012 et +0,8 % en 2013). En ce qui concerne l'activité hospitalière, en MCO, elle est en hausse : +0,5% en 2013. L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance (+2,4 %) et l'hospitalisation complète reste en légère hausse (+0,3

---

<sup>1</sup>Source : Insee : *estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2015)*, consulté le 28 mars 2016. [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&reg\\_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age2b.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm)

<sup>2</sup> Ibid.

<sup>3</sup> Source : Insee : *estimations de population et statistiques de l'état civil*, consulté le 26 mars 2016.

[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon02229](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229)

<sup>4</sup> Ibid.

<sup>5</sup> Source DREES : *Les dépenses de santé en 2014, Edition 2015, Résultats des Comptes de la santé*, consulté le 18 février 2016. [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cns\\_2015\\_commission.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cns_2015_commission.pdf)

<sup>6</sup> MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

%). En SSR, elle augmente depuis plusieurs années, quels que soient le mode d'hospitalisation et le secteur considéré de +9 %.

Le parcours de soins et notre système de santé se remodèle<sup>7</sup>. L'hôpital s'organise de manière à ce que l'utilisateur y reste le moins longtemps possible et y retourne le moins possible également. Des services d'aval sont davantage sollicités tels l'Hospitalisation A Domicile (HAD) ou encore les services de rééducation. La Durée Moyenne de Séjour (DMS) en MCO est de 6,2 jours<sup>8</sup> et de 31 jours en SSR<sup>9</sup>, depuis quelques années elles tendent à décroître. Outre les progrès des sciences médicales, ce sont des hommes et des femmes qui concourent à cela.

Nous l'avons vu, la population et ses besoins en santé augmentent, de fait le nombre de patients également. Mais, nous devons garder à l'esprit que les soignants d'aujourd'hui aussi seront peut-être les patients de demain.

Les médecins<sup>10</sup> en France métropolitaine, au 1<sup>er</sup> janvier 2013, toutes spécialités confondues étaient 213 000. Selon la DREES, l'augmentation de leur nombre est d'environ +0,3% chaque année. Cependant, la population augmente, le nombre de médecin par habitant risque de décroître. Il faut ajouter à cela les inégalités territoriales et les déserts médicaux. A l'échelle macroscopique, les pratiques avancées de certains paramédicaux (infirmiers par exemple) pourraient contribuer à la réduction de cet écart. Peut-être qu'une démarche débutée à l'échelle microscopique, au sein des services de soins, pourrait-être une pierre de plus apportée à cet édifice ?

Cadre de santé en service de SSR neurologique-neurochirurgical au sein du Centre Hospitalier Universitaire Bicêtre (CHU AP-HP), je vais m'attacher maintenant à décrire cette institution.

---

<sup>7</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>8</sup> Source de la DREES : « *Les dépenses de santé en 2014, Edition 2015, Résultats des Comptes de la santé* », consulté le 19 février 2016. [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cns\\_2015\\_commission.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cns_2015_commission.pdf), page 37, données 2013.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> SICART, Daniel. « *Les médecins au 1er janvier 2013* », Document de travail, Série statistiques, n° 179, Drees, avril 2013. p.8

### 1.1.1. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

L'AP-HP est un établissement public de santé. Il est régi par l'article L.6147-1 et les articles R.6147-1 à R.6147-16 du code de la santé publique<sup>11</sup>. Il est organisé en 12 Groupes Hospitaliers (GH) et comprend 39 hôpitaux. 36 d'entre eux sont en Ile-de-France, 2 dans le sud et le dernier dans le nord de la France. Il est le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la région Ile de France. Sa portée internationale en fait une de ses forces. Le siège de cet établissement se situe à Paris dans le IVe arrondissement.

Premier employeur de cette région avec 95 000 personnes qui y travaillent, ils relèvent de la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Ce chiffre se décline ainsi : 20 000 médecins et 75000 agents personnels non médicaux (hospitaliers, médico-techniques, et socio-éducatifs) dont 17 000 infirmiers.

L'AP-HP est une organisation puissante et reconnue qui a une offre de soins des plus complètes (diagnostics, urgences, traitements) et qui propose des modalités variables de prise en charge (hospitalisation de jour, à domicile, traditionnelle, de courte et de longue durée). Elle dispose d'équipements lourds, de 20 000 lits et de 2 000 places de jour. Ceci permet l'accueil de près de 7 millions de patients par an, de 5 millions de consultations externes et de 1,2 millions de passages aux urgences<sup>12</sup>.

L'institution participe à l'enseignement et à la recherche et est en lien avec 7 facultés de médecine et des écoles de formations paramédicales. En France, 1 médecin sur 5 est formé par cette institution.

L'AP-HP<sup>13</sup> a un budget de fonctionnement proche de 7,2 milliards d'euros. Dans son dernier communiqué de presse (du 8 mars 2016), elle notait un gain en produits d'activité de 2% malgré la progression ralentie de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) à 1,75% (au 1<sup>er</sup> janvier 2016) et la baisse des tarifs (au 1<sup>er</sup> mars 2016)<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Source : Légifrance.gouv.fr, Code de la santé publique, art. L. 6147-1 et de R.6147-1 à R.6147-16 du 29 avril 2010.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI00006917940&dateTexte=&categorieLien=cid>

<sup>12</sup> Informations recueillies auprès de la responsable des affaires médicales et juridiques de Bicêtre le 8 janvier 2016 lors d'un entretien.

<sup>13</sup> Source ap-hp.fr. <http://www.aphp.fr/contenu/lap-hp-poursuit-lamelioration-de-ses-resultats-financiers-et-prepare-lavenir> ; site visité le 11 avril 2016 pour la dernière fois. Communiqué de presse du 8 mars 2016. Consulté le 4 avril 2016.

<sup>14</sup> Source Service-Public.fr. « *La régulation du système de santé* », <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/qu-est-ce-que-ondam.html>, consulté le 26 mars 2016.

Ceci est le reflet d'une politique efficiente qui caractérise l'AP-HP depuis plusieurs années.

L'administration générale de l'assistance publique fut créée en 1849, elle deviendra l'AP-HP en 1961. Après s'être étendue et devenir ce que l'on sait d'elle aujourd'hui, elle a acquis au fil des années un patrimoine immobilier dans l'hexagone. Ainsi, elle est le 4<sup>e</sup> propriétaire foncier de la région Ile-de France.

La direction de l'AP-HP est encadrée par le conseil de surveillance et le directoire. Le premier se prononce sur les orientations stratégiques, exerce un contrôle sur la gestion financière et il donne son avis sur la politique générale de la qualité, la gestion des risques et la sécurité des soins. Le second valide de manière collégiale le projet médical et conseille le directeur dans la gestion de l'établissement. (Cf. ANNEXE 1 : Schéma général de l'organisation de l'AP-HP).

Les établissements de santé sont organisés en instances au niveau central (du siège) et au niveau local (des GH). Ils disposent également d'instances consultatives : la Commission Médicale d'Établissement (CME), le Comité Technique d'Établissement (CTE), la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Contre La Douleur (CLUD), le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) et la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC)<sup>15</sup>.

Les établissements de santé concluent avec l'Agence Régionale de la Santé (ARS) un Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens<sup>16</sup> (CPOM).

Il s'agit d'un contrat de confiance qui contient des engagements en lien avec l'actualité : par exemple, le développement des coopérations de territoires, de la chirurgie ambulatoire, le développement de parcours comme celui de la personne âgée ou de la cancérologie. Les administrateurs décident des orientations, les gestionnaires le gèrent et les pouvoirs publics évaluent.

Voyons ensemble le GH dans lequel j'exerce, et qui est concerné par ce travail puis attardons-nous sur le CHU Bicêtre.

---

<sup>15</sup> La CRUQPC devient le Comité Des Usagers (CDU) dans le cadre de la loi santé du 26 janvier 2016.

<sup>16</sup> Cadre législatif et réglementaire des CPOM : circulaires de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) : DGAS/SD/5B n° 2006-216, 2006-356, 2007-111 et 2013-300 du 25 juillet 2013.

### 1.1.2. Les Hôpitaux Universitaires Paris-Sud (HUPS)

HUPS est un des 12 Groupes Hospitaliers de AP-HP. Ils représentent 2035 lits et 197 places de jour et offrent des soins à tout âge de la vie allant du diagnostic pré-implantaire aux soins de longue durée.



Antoine-Béclère (Clamart – 92)



Bicêtre (Le Kremlin-Bicêtre – 94)



Paul-Brousse (Villejuif -94)

« Ils disposent en effet d'un vaste ensemble de spécialités médicales et chirurgicales pour l'adulte et l'enfant. Centre de référence pour de nombreuses maladies rares, le Groupe Hospitalier a également développé de nombreux pôles d'excellence qui s'appuient sur un plateau technique de pointe. »<sup>17</sup>.

7900 professionnels s'emploient à la prise en charge des patients. La qualité des soins et la prise en compte du patient et de son entourage sont leurs priorités. Centre universitaire rattaché à la faculté de médecine Paris XI, le groupe hospitalier est un lieu d'enseignement et de recherche. Les unités de soins et de recherche fonctionnent en communauté et développent une médecine de haut niveau.

L'attractivité du GH s'étend au-delà de ses deux territoires de santé (94.2 et 92.1) avec un bassin de population totale de plus de 5 353 000 habitants.

---

<sup>17</sup> Source ap-hp.fr : <http://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/mieux-nous-connaître/qui-sommes-nous/>, consulté le 19 novembre 2015.

D'une manière générale, le GH HUPS est le reflet à une moindre échelle de l'AP-HP dans sa globalité.

Précisons maintenant le CHU Bicêtre. (Cf. ANNEXE 2 : le plan de l'hôpital)

### 1.1.3. Le CHU Bicêtre

#### 1.1.3.1. Alliance d'histoire...

Situé au Kremlin-Bicêtre (Val de Marne, 94), l'hôpital Bicêtre est un lieu historique datant du milieu du XIII<sup>e</sup> siècle. Louis XIII le fit construire pour accueillir et soigner des soldats, le Cardinal Richelieu était alors en responsabilité de ce projet. Au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle, Bicêtre fut dédié aux indigents et vieillards et s'est transformé en prison, asile d'aliénés puis en hospice. En 1885, on parle de l'hospice de Bicêtre. La prison ferma en 1836. La cour des massacres et le grand réservoir attestent encore aujourd'hui des traces de ce passé. Ils sont régulièrement visités. Au-delà des bâtiments de pierre classés au patrimoine, de nouveaux bâtiments ont fait, depuis, leur apparition. Ce nouvel hôpital fonctionnel s'est reconstruit dès 1970.

Depuis, le Centre hospitalier Universitaire Bicêtre n'a cessé de se développer et de se moderniser.

#### 1.1.3.2. ... et de modernisme

Cet établissement propose une large gamme de spécialités pour l'adulte et l'enfant. Il est adossé à un Service d'Accueil des Urgences (SAU) médicales et chirurgicales, il assure une prise en charge des polytraumatisés et participe à la grande garde de neurochirurgie. Il dispose notamment « *d'une expertise en immunopathologie ainsi qu'en neuroradiologie interventionnelle. Il accueille un centre périnatal de type III et un centre de chirurgie ambulatoire.* »<sup>18</sup> L'hôpital couvre des disciplines MCO<sup>19</sup>, de soins de suite, de psychiatrie et d'hospitalisation à domicile.

Les missions de santé publique de soins, d'urgence, de recherche, d'enseignement, de prévention et d'éducation en santé sont des missions assurées par cet établissement.

---

<sup>18</sup> Source ap-hp.fr. <http://hopital-bicetre.aphp.fr/44-2/>, consulté le 25 novembre 2015.

<sup>19</sup> MCO : Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

### 1.1.3.3. L'hôpital, une organisation ...

Selon H. MINTZBERG<sup>20</sup>, l'hôpital est un prototype de la bureaucratie professionnelle. Les acteurs de santé participent à la conduite de projet de celui-ci. Ce modèle, avec le temps, a évolué et tend à devenir une entreprise comme les autres. Selon, JP. DUMONT<sup>21</sup>, les organisations internes des établissements de santé sont aussi impactées par « *des facteurs de contingence* », concept développé par BURNS et STALKER en 1961. Il s'agit de caractéristiques évolutives qui « *influencent les décisions, les actions et le management des entreprises* ». H. MINTZBERG<sup>22</sup> les décrit ainsi : l'âge et la taille de l'organisation, sa technologie, son environnement et ses relations de pouvoir. Pour lui<sup>23</sup>, plus l'environnement est stable, plus les entreprises ont tendance à évoluer avec une structure formalisée, et inversement.

L'hôpital est organisé en pôles d'activités. Un médecin chef de pôle en a la responsabilité et il dispose d'une autorité sur l'ensemble des équipes soignantes.

D'un point de vue économique<sup>24</sup>, une entreprise est une production de biens et de services. L'hôpital produit un bien nommé soin et les patients devenant des clients sont consommateurs de soins. Le poids des dépenses de santé dans l'économie a nécessité de mettre en place des dispositifs en vue de maîtriser les coûts, de nouvelles stratégies se sont donc mises en place récemment. De nouvelles notions sont apparues comme celles d'efficience ou de rentabilité notamment avec la tarification à l'activité. La répartition de l'offre sur le territoire fait partie de ses stratégies mises en place, j'évoque ici la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009.

### 1.1.3.4. ... une attractivité

L'hôpital se situe aux portes de Paris et s'ouvre sur la ville du Kremlin Bicêtre qui l'accueille et sur celle de Gentilly. Il est accessible par de nombreux moyens de transport (bus, métro, vélib, autolib).

L'hôpital offre quatre crèches aux horaires variés. Ceci permet aux jeunes parents de pouvoir confier leurs enfants le temps de leur prise de poste. Sur le lieu de travail, elles libèrent du temps de trajet. Un centre local de formation est également sur site avec un

---

<sup>20</sup> MINTZBERG, Henry. « *Structure et dynamique des organisations* », Editions d'organisation (collection les références), 1998, pp. chapitre 19.

<sup>21</sup> DUMONT, Jean Paul. « *La grande transformation* », support de cours Master MOS 2015, pp.40 à 55.

<sup>22</sup> MINTZBERG, Henry. « *Structure et dynamique des organisations* », Editions d'organisation (collection les références), 1998.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> BARNAY, Thomas. Maître de conférences (UFR Economie-Gestion UPEC) économie de la santé, cours Master 1 « Management de la santé », 2009-2010.



programme de formation accessible aux agents. Etant CHU, les soignants bénéficient davantage de cours et apports théoriques et pratiques, ils bénéficient également d'un programme d'accueil des nouveaux arrivants. Bicêtre est doté d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

4500 professionnels travaillent dans cet établissement qui offre 889 lits et 109 places de jour.

#### **1.1.3.5. L'hôpital, un service public**

Les agents titulaires de la fonction publique hospitalière ont un statut régit par la loi de 1986 consolidée par celle du 26 avril 2016.<sup>25</sup>

La loi de modernisation du 26 janvier 2016<sup>26</sup> a réintroduit le service public hospitalier et ses missions d'intérêt général. Il vise à « *garantir à chaque citoyen dans des conditions d'égalité, quels que soient son niveau de revenu et son lieu d'habitation, l'accès à l'ensemble des biens et des services jugés fondamentaux* »<sup>27</sup>. Et, il répond aux lois de Rolland fixant des obligations : mutabilité, continuité et égalité.

#### **1.1.4. Le pôle NTC**

Bi-sites, il s'étend sur les hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse. Le trinôme de pôle, s'est renouvelé à la rentrée 2015. Le Praticien Responsable de Pôle (PRP) a été nouvellement nommé par ses pairs. Il est également chef de service de neuropédiatrie. Le Cadre Administratif de Pôle (CAP) a été reconduit. Le pôle NTC est resté sans CPP de l'été 2015 jusqu'en janvier 2016. Une Cadre Paramédicale de Pôle (CPP) a, ensuite, intégré l'AP-HP et le pôle en début d'année.

Ce pôle d'activité est constitué de plusieurs services de soins : la neurologie, la neurochirurgie, la psychiatrie, l'ORL-ophtalmologie, la neuropédiatrie, le SSR neurologique-neurochirurgicale, la neurophysiologie, la neuroradiologie interventionnelle et un plateau technique d'imagerie (scanner, IRM. Artériographie).

513 Personnels Non Médicaux (PNM) et 102 Personnels Médicaux (PM) exercent sur ce pôle et participent à ses spécificités : la prise en charge précoce des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) avec une unité de soins intensifs neurovasculaire, la grande-garde de neurochirurgie et l'arrivée récente de la neuroradiologie interventionnelle de Beaujon. Ce pôle dispose d'une force de frappe qui le met directement en compétitivité

---

<sup>25</sup> Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Version consolidée au 29 avril 2016.

<sup>26</sup> Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>27</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

voire en concurrence avec d'autre grand CHU comme Henri Mondor (Créteil-94) ou l'hôpital Sud Francilien (Corbeil-Essonnes-91). Toutefois, dans une finalité de coopération, les partenariats sont évidents.

Le pôle comprend 264 lits et affiche un taux moyen d'occupation sur l'année 2015 de 81%<sup>28</sup>. Il possède une dynamique intéressante, des Diplômes Universitaires (DU) de neurologie (adulte et pédiatrique) et de neurochirurgie sont proposés et la recherche est une activité qui anime un certain nombre de médecins. Il s'agit d'un pôle bénéficiaire (dont je ne peux communiquer les données) et dont les dépenses, tenues, sont étudiées tous les mois entre le CAP et l'encadrement.

Voici en quelques mots la photographie de ce pôle incontournable sur le GH. Dans le projet qui suivra, deux services seront particulièrement concernés : le SSR et la neurochirurgie.

## **1.2.LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2015-2019**

### **1.2.1. Le projet global d'établissement AP-HP**

Selon l'article L.6143-2 du code de la santé publique : « *le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement* ». Il est établi pour une durée maximale de cinq ans et peut être révisé avant ce terme. Il s'intitule « *une AP-HP ouverte, unie et innovante* ».

De même, le projet médical 2015 – 2019 est élaboré par le président de la Commission Médicale d'Etablissement Centrale (CMEC). Ainsi, le plan stratégique 2015 – 2019 de l'AP-HP vise à permettre au projet médical, sur lequel il se fonde, de pouvoir se réaliser pendant les cinq années couvertes par le projet d'établissement.

La Direction des Soins et des Affaires Paramédicales (DSAP) présente, elle aussi, le projet de soins 2015-2019.

Forts de ces projets et orientations, les GH présentent, en local, une déclinaison du projet d'établissement AP-HP, pour les hôpitaux qui le constitue, en s'en inspirant.

---

<sup>28</sup> Données recueillies auprès de la Direction des Finances, du Contrôle de Gestion et de la Recherche Clinique du GH.

Dans le cadre de ce projet managérial, voici ci-après les axes sur lesquels j'ai pris appui.

### **1.2.2. Le projet d'établissement HUPS <sup>29</sup>**

Celui des Hôpitaux Universitaires Paris-Sud<sup>30</sup> est une déclinaison du plan stratégique de l'AH-HP (Cf. ANNEXE 3). Il comporte 6 axes. Le dernier axe sera le support principal de ce travail managérial au sein de l'institution.

*Axe 6 : « Investir pour un hôpital efficient en phase avec les évolutions médicales et les attentes des usagers ».*

Deux notions sont à retenir dans l'intitulé de cet axe : « *évolutions médicales* » et « *attentes des usagers* ».

### **1.2.3. Le plan stratégique HUPS**

4 axes constituent le plan stratégique du groupe hospitalier (Cf. ANNEXE 4). Toutefois, les axes 1 et 3 sont porteurs de sens dans le cadre de ce projet. Ils sont ainsi le socle de mon travail :

*Axe 1 : « Penser le parcours patient de demain ».*

*Axe 3 : « Améliorer la performance sociale et managériale ».*

### **1.2.4. Le projet de soins HUPS**

4 axes sur les 10, que contient le projet de soins du GH, (Cf. ANNEXE 5) sont ainsi en cohérence avec le projet managérial que je souhaite exposer. Je vais m'appuyer dessus ainsi que sur les personnes en charge de les mettre en œuvre.

*Axe 2 : « Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins ».*

*Axe 3 : « S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens ».*

*Axe 4 : « Développer et formaliser les parcours de soins ».*

*Axe 6 : « Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins ».*

---

<sup>29</sup> Plaquette d'information de la version synthétique du projet d'établissement.

<https://fr.calameo.com/read/00462092708ac80b88d47?authid=ECjboldKouoJ>

<sup>30</sup> <http://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/mieux-nous-connaître/missions-projet/>, consulté le 17 mars 2016.

L'institution dans laquelle j'exerce est conséquente. Il n'est pas toujours facile de s'y retrouver du fait des nombreuses strates organisationnelles et de son organisation interne. Toutefois, les projets, qu'ils soient centraux ou locaux, tendent vers une politique de prise en charge des usagers, davantage coordonnée et répondent à une politique de région (ARS).

Dans le chapitre qui suit, nous verrons les projets institutionnels actuels qui m'ont conduit vers une démarche médico-soignante permise par le management de la clinique.

## 2. GENESE DU PROJET ET CHEMINEMENT

A la rentrée 2015, j'avais à cœur de conjuguer mes missions au sein de l'établissement, les projets en cours et la formation Master autant que possible. Ce chapitre relate la manière dont je suis arrivée à identifier le sujet qui m'anime aujourd'hui, ma réflexion et mon cheminement quant à celui-ci.

2015 et 2016 sont deux années de changement, de renouvellement et de mesures nouvelles. Pour Bicêtre et plus précisément pour le pôle NTC, je retiendrai en particulier le déploiement du dossier de soins informatisé, la certification V14 et un projet en lien avec le raisonnement clinique émanant de la DSAP.

### 2.1.LE SYSTEME D'INFORMATION : DEPLOIEMENT DU LOGICIEL ORBIS

En octobre 2014, sont présentés les objectifs prioritaires de l'AP-HP en CME centrale et notamment ceux-ci :

- « Déployer un Système d'Information Patient performant, pour tous les hôpitaux,
- Réussir la mise en œuvre de l'identifiant patient unique à l'AP-HP,
- Améliorer l'infrastructure informatique et préparer l'avenir »<sup>31</sup>.

On les retrouve dans le projet de soins 2015-2019 et son orientation 6 : « Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins ».

Pour y répondre, il s'agit d'installer un système d'information numérique ORBIS contenant quatre modules : le module urgence, la prescription de médicament et de biologie, la prescription en réanimation et le dossier de soins. Ce projet vaut pour l'ensemble des 39 hôpitaux de l'AP-HP sur plusieurs années.

Le déploiement du module dossier de soins a débuté mi 2015 sur trois sites pilotes : les hôpitaux Ambroise Paré, Bicêtre et Tenon. Pour ce module, le déploiement sera complet en 2016 pour les deux premiers établissements et 2017 pour le troisième. En ce qui concerne les quatre modules, le déploiement sera complet en 2017 sur les trois sites pilotes.

---

<sup>31</sup> Diaporama CME AP-HP, octobre 2014.

Ce projet a un enjeu considérable, il repositionne l'information de manière centrale. E. METAIS, professeur universitaire, l'enseigne comme la « *matière première la plus précieuse pour la compétitivité des entreprises au XXI<sup>e</sup> siècle et l'intelligence – humaine ou artificielle – a besoin de cette connaissance pour aider à la prise de décision.* »<sup>32</sup> Ceci s'applique dans bien des domaines et la santé n'y fait pas exception. Un système d'information permet de collecter des données, de les stocker et de les diffuser. Depuis les années 1970, il est un outil indispensable qui améliore les activités de production des entreprises. B. IMMON<sup>33</sup>, en 1990, définit cet entrepôt de données comme étant « *une collection de données thématiques, intégrées, non volatiles et historiées, organisées pour le support à la prise de décision* ». Plus tard, en France, JF. GOGLIN<sup>34</sup> définira cette même notion comme « *un stockage intermédiaire de données issues des applications de production, dans lequel les utilisateurs finaux puisent avec des outils de restitution et d'analyse* ». Ceci, démontre bien l'importance du SI dans les prises de décision et de facto le pouvoir qu'il détient.

L'informatique est un système structurant. Il est d'ailleurs parfois perçu comme contraignant. A l'hôpital, les soignants sont habitués à avoir une multitude de documents de travail. Selon JM. TOURREILLES, « *Il faut d'emblée prévoir une bonne adaptabilité du système d'information et une grande tolérance aux évolutions* »<sup>35</sup>.

Lors du déploiement informatique du dossier de soins, le 8 février 2016, 2 services ont été impactés : la neurochirurgie et le SSR. 2 Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) et 2 Aides-Soignantes (AS)<sup>36</sup> de chaque service ont été nommées référentes. En janvier 2016, l'ensemble des personnels soignants (jour et nuit) des deux services a reçu une formation : ORBIS dossier de soins. 2 demi-journées pour les IDE et 1 demi-journée pour les AS. Les IDE ont reçu un apport législatif très succinct quant à leurs responsabilités<sup>37</sup>. Au-delà de l'apprentissage, dans le maniement de l'outil, le personnel soignant a constaté que certains documents papiers n'étaient pas dans le logiciel. Effectivement, un certain nombre d'outil ont été, avec le temps et au fil des besoins, créés par les soignants pour tracer au mieux et de manière la plus précise possible des données concernant le patient. Généralement,

---

<sup>32</sup> METAIS, Elisabeth. « *SYSTÈMES INFORMATIQUES - Systèmes d'aide à la décision* », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 13 janvier 2016. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/systemes-informatiques-systemes-d-aide-a-la-decision/>

<sup>33</sup> IMMON Bill, informaticien contemporain, de renommée, américain né en 1945.

<sup>34</sup> Conseiller national SIS à la FEHAP, membre du groupe Numérique et Santé de l'Académie de Médecine, ancien chef de projet informatique pour le siège de l'AP-HP.

<sup>35</sup> TOURREILLES, Jean Marc. « *SIH 1 2 3 ... partez !*, éditions Presses de l'EHESP, 2004, p. 35

<sup>36</sup> AS et IDE seront nommées tout au long de ce travail au féminin, de manière arbitraire, pour une lecture plus aisée.

<sup>37</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/>- Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier- consulté le 21 janvier 2016.

ces éléments ne rentrent pas dans une prise en charge standardisée des patients. Nous revenons, là, à la notion d'adaptabilité. Et comme le dit JM. TOURREILLES « *si le patient est l'objet de toute nos attentions, il n'est pas un acteur du système d'information* »<sup>38</sup>. Il « *fournit* » simplement des données que les soignants renseignent dans l'outil. Une manière différente de travailler et de tracer se prépare, une réflexion s'amorce dans les esprits.

Dès le 8 février, j'ai mis à disposition un cahier par chariot de soins pour que les AS et les IDE notent les questions, soucis, dysfonctionnement relatifs au logiciel. Le personnel s'est rapidement pris au jeu et beaucoup de points ont été soulevés. « *Pourquoi quand je programme un soin pour le jour même, il l'est également pour le lendemain ?* », « *je ne trouve pas les bonnes cibles* », « *il manque des feuilles de suivi de catalogue mictionnel* », ... Bien que le personnel de la société Agfa soit resté disponible dans les services, du 8 au 19 février 2016, des questions voire des suggestions d'amélioration sont restées en suspend passée cette période. Cela se confirme, un travail complémentaire est bien à prévoir.

La société Agfa a mis en place un accompagnement contractuel, pour fournir un suivi de la mise en application, de sa stratégie et de ses potentielles évolutions. Trois réunions à une semaine, deux semaines et un mois du déploiement ont eu lieu. Etaient présents : la société Agfa, les cadres des services concernés, la direction des soins ainsi que les AS et IDE référentes. Les points restés en suspend ont pu être éclairci à cette occasion. Des améliorations seront apportées au logiciel, a priori, sur le deuxième semestre 2016.

Les services du pôle NTC n'ont pas été les premiers à déployer l'informatisation du dossier de soins. Pour mieux accompagner les équipes, j'ai souhaité comprendre de manière plus précise ce qui avait été mis en place ou constaté dans le cadre du démarrage du projet dossier de soins informatisé. En amont du déploiement, à la rentrée 2015, j'ai pris contact avec la direction des soins de Bicêtre qui m'a orienté vers deux cadres supérieures de soins chargées de missions dans ce domaine. Grâce à différents entretiens et étude de documents, j'ai pu davantage comprendre le cheminement. Nous nous sommes rencontrées au décours de rendez-vous programmés, formels mais aussi informels du fait de nos activités respectives. Voici, en résumé, les données utilisables recueillies.

---

<sup>38</sup> TOURREILLES, Jean Marc. « *SIH 1 2 3 ... partez !*, éditions Presses de l'EHESP, 2004, p.45.

## Etude prospective, recueil et analyses de données

En avril 2013, une enquête en rapport avec les préalables à la mise en place du dossier de soins informatisé est réalisée sur le premier pôle pilote de l'Hôpital. Cette phase préparatoire de l'informatisation a comporté : des questionnaires élaborés par des cadres supérieurs chargés de missions de la direction des soins de Bicêtre en partenariat avec la Direction de la Qualité et des Droits des Patients (DQDP) ainsi qu'un audit des transmissions ciblées. Cette enquête a été diligentée dans le but de connaître les besoins des personnels soignants d'une part mais également pour mesurer la qualité des informations contenues dans le dossier de soins. 28 questionnaires ont été ainsi renseignés par 14 AS et 14 IDE d'un service du pôle médecine ainsi que 20 dossiers de soins. Je n'ai pas été autorisée à diffuser le questionnaire et l'ensemble des résultats. Je pars du postulat que ces données sont fiables. Voici, donc le fruit, d'un entretien avec un des cadres supérieurs de santé qui a participé à cette étude :

Les points sensibles mis en évidence avec les questionnaires :

- 30% des agents travaillent en binôme
- 58% des IDE planifient les soins relevant du rôle propre
- 19% des agents connaissent la classification de la NANDA-international<sup>39</sup>
- Selon les personnels questionnés, ils sont 55% à dire que le dossier de soins est consulté par les médecins du service. Le document consulté est la feuille de surveillance la plupart du temps.
- 64% sont motivés pour participer à la construction du dossier de soins

Quant à l'audit : il révèle un manque de problématique de santé clairement énoncées et un manque d'information dans les transmissions ciblées. Les données et les actions ne sont pas toujours concordantes et des informations non utiles sont retrouvées. Il n'existe pas vraiment de cibles prévalentes.

Selon le CSS, cette analyse mettait en lumière une réflexion à poursuivre sur « *le travail en équipe avec une reconnaissance des qualifications et une meilleure collaboration AS / IDE* ». Selon elle, il faudrait davantage « *organiser et structurer les écrits, aller vers une meilleure visibilité de la charge en soins pour mieux valoriser l'activité des paramédicaux* ». Après l'avoir interrogé sur « l'après », elle m'a rapporté que des formations et sensibilisations du personnel ont eu lieu et « *cela est rentré dans l'ordre* ». Le service de

---

<sup>39</sup> NANDA International (*North American Nursing Diagnosis Association International*), 2002, référentiel de diagnostic infirmiers.



médecine a déployé le dossier de soins informatisé au printemps 2015 « sans encombre » selon l'encadrement de ce service.

Pour la DSAP, les attendus du logiciel ORBIS sont d'aller vers un langage commun, de préciser les écrits et un renforcement de la qualité et de la traçabilité des soins. Le dossier de soins ORBIS est un outil qui mise sur l'optimisation de la qualité des soins et l'efficience de leur organisation. Il entraîne une transformation des pratiques surtout sur le fond car pour la forme le numérique accompagne déjà notre quotidien à tous.

Dans le contexte qui nous occupe, nous avons évoqué le déploiement du logiciel ORBIS. Nous allons, maintenant aborder la certification. Elle est, actuellement, au cœur de nos préoccupations.

## 2.2.LA CERTIFICATION V14

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la certification des établissements de santé publics et privés<sup>40</sup>, est une procédure<sup>41</sup> d'évaluation externe effectuée par des professionnels qu'elle mandate. Elle porte sur « *le niveau des prestations et soins délivrés aux patients, la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins mise en œuvre par les établissements* »<sup>42</sup>. Le GH HUPS a vécu la certification du 29 mars au 7 avril 2016.

La HAS a choisi d'utiliser l'audit de processus pour évaluer les organisations, leurs maitrises et leurs applications sur le terrain. Il s'agit d'une technique pour évaluer des normes. Selon D. BOERIE, la maitrise d'un processus répond à la formule « *métier + activité* »<sup>43</sup>.

La méthode retenue est celle du patient traceur qui apporte des informations quant au processus évalué. Selon la HAS elle « *permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval. Elle évalue les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en*

---

<sup>40</sup> Source HAS.fr. [http : //www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante), consulté le 24 avril 2016.

<sup>41</sup> Source Légifrance.fr : Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du code de la santé publique, juin 2015. Consulté le 18 mars 2016.

<sup>42</sup> Ibid

<sup>43</sup>BOERIE, Daniel. « *Maîtriser la qualité : Tout sur la certification et la qualité totale* », Maxima éditeur, 2003, chapitre 9 « maitrise des processus ».

*charge* »<sup>44</sup>. Elle met en lumière les relations interprofessionnelles et interdisciplinaires de manière bienveillante afin de prévoir des axes d'amélioration. Les experts visiteurs interrogent les patients et leur entourage. Dans le cadre de ce projet, je souhaite aller dans ce sens également et donner une place à cet acteur.

La V14 oblige à se repositionner sur le parcours patient et son processus. Les personnels soignants n'en ont pas l'habitude. Une certification s'anticipe et se prépare. Dans le cas présent, la certification a été un levier pour établir un recueil de données de l'existant.

Pour se faire, nous avons, avec l'aide de la cellule qualité de l'hôpital, revu le dossier patient. J'ai pris connaissance des indicateurs qualité et des résultats pour avoir un repère et être capable de positionner le pôle et ses services. (Cf. ANNEXE 6)

Nous avons conjointement animé une réunion pour les équipes médicales et paramédicales du SSR. Lors de cette réunion, nous avons fait des jeux de rôle, le qualicien a endossé le rôle d'un expert visiteur. Il nous a posé beaucoup de questions qui aurait pu être posées sur les procédures, la confidentialité des documents, l'identitovigilance, la traçabilité des indicateurs qualité (notamment douleur et nutrition), etc... Son intervention a été appréciée par les professionnels de santé dans son aspect sécurisant et très réaliste. A mon sens, plus, nous sommes informés et plus nous pouvons nous préparer.

Si je relate ceci, ce n'est pas tant pour le fond, même s'il est très important, mais pour la forme. En effet, les agents présents étaient tous ceux concernés par la certification, soit tous les professionnels de santé : les cadres, les AS et les IDE du SSR et de rééducation mais aussi les rééducateurs, les médecins, la secrétaire médicale et l'assistante sociale. En sortie de réunion, la satisfaction était visible sur les visages. Une séance de debriefing a montré que les agents apprehendaient la certification. Cependant, faire état du travail d'équipe et de l'évaluation des pratiques professionnelles via le dossier patient a été porteur de sens. Forts des points de vigilance énoncés par le qualicien, une étude de la traçabilité des soins a semblé nécessaire.

---

<sup>44</sup> <http://www.has-sante.fr/> : évaluation et amélioration des pratiques – fiche méthode – le patient traceur, mai 2014 : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014\\_06/fiche\\_dpc\\_patient\\_traceur\\_2014-06-24\\_11-05-3\\_462.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014_06/fiche_dpc_patient_traceur_2014-06-24_11-05-3_462.pdf) consulté le 12 avril 2016.

## Etude prospective, recueil et analyses de données

Les transmissions écrites sont un élément majeur et sont représentatives de la traçabilité. Me servant de la V14 et du déploiement du dossier de soins en SSR et en neurochirurgie, j'ai souhaité réaliser en SSR et en neurochirurgie un état des lieux de l'existant quant à la traçabilité et à la qualité des écrits (en vue du projet à suivre).

Nous avons audité 10 dossiers de chaque service. Les deux cadres de neurochirurgie ont effectué l'audit en SSR. Puis, avec l'une des CS de neurochirurgie, nous avons fait de même dans son service. Le bilan a mis en exergue des points positifs. La macrocible d'entrée est complète et précise dans 85% des dossiers. Il existe une macrocible de retour de bloc intégrée à celle-ci dans les dossiers de neurochirurgie. Nous ne constatons pas de rupture de prise en charge dans le diagramme de soins. En parallèle, des contraintes ont été mises en évidence. Les cibles ne sont pas libellées de façon pertinente et les données excluent souvent les réactions humaines et psychologiques.

### **Exemple de Transmissions ciblées constatées dans un dossier de soins<sup>45</sup> :**

<b>Date/Heure Emargement</b>	<b>Cible</b>	<b>Données</b>	<b>Actions</b>	<b>Résultats</b>
IDE A 10h30	comportement	Le patient est agité	Médecin prévenu	
IDE B 17h10	Agitation	Patient confus et agité cet après-midi	Réassurance	Le patient est calmé
IDE A (J+1) 11h15	comportement	Le patient est agité	Médecin prévenu, traitement donné	Patient calme

L'analyse de cette situation montre qu'il n'y a pas toujours de continuité dans la prise en charge des patients sur 24h. En effet, il n'y a pas transmission de l'équipe de nuit. Nous ne savons donc pas si le patient était agité ou non. Il y a un manque de coordination entre les différents acteurs de santé. Les infirmières travaillent sur leur temps de travail qui leur est propre (c'est à dire en 7h30, 7h50, 12h). La traçabilité de l'information est « personnel dépendant ». Les soignants tracent, essentiellement, les actions sur prescription médicale. Au quotidien, les soignants travaillent en systématisant leurs soins. Ils font des actes qui ne sont pas répertoriés. Chacun travaille dans son coin, les AS et IDE ont leur support, les rééducateurs le leur et les médecins aussi. Quel lien entre tous ces acteurs de soins ?

A la lueur des dossiers de soins que j'ai lus et de l'observation que j'ai faite des soignants, je dirai, de manière volontairement un peu réductrice, que les équipes travaillent aujourd'hui de manière individuelle. Il est urgent que demain, elles travaillent de manière

---

<sup>45</sup> Extrait d'une transmission écrite retrouvée dans un dossier de soins d'un patient de 62 ans à J6 d'une hernie discale opérée. Ses transmissions se suivent, il n'y a pas d'autre écrits intercalées.

collective et coordonnée. Selon M. GROSJEAN et M. LACOSTE<sup>46</sup>, « *la coordination est le moyen de permettre la continuité des soins et il nécessite des échanges, des actions, une organisation mettant à jour ce qui va et ce qui est contraint* » (transmissions sur les problèmes du jour du patient, actions à mettre en place, ...).

Après les écrits, j'ai observé les agents lors de transmissions orales inter équipes, les moments de la pause-café. J'ai fait cela sur une semaine et pris des notes sans que les agents ne soient informés de ma démarche pour plus de fiabilité des résultats. Au gré des analyses de situations, il est indéniable que la coordination est intimement liée par un « *travail supplémentaire* », un « *travail d'articulation dont parlait Strauss, destiné précisément à la coordination d'activités de plusieurs groupes de professionnels et de plusieurs ordres de tâches* »<sup>47</sup>. Les soignants s'organisent et se réorganisent sans cesse, ceci du fait des impondérables liés à la prise en charge du patient.

**Exemples de conversations pendant une pause déjeunée :**

IDE C : « *hier l'escarre de M. Z était pas top j'ai dû refaire le pansement deux fois par ce qu'il n'était pas occlusif, c'est comment aujourd'hui ?* »

IDE D : « *oui, en fait j'ai réfléchi ce matin et j'ai vu avec l'infirmière plaie et cicatrisation tout à l'heure, elle est passée et du coup on a un nouveau protocole ça tiendra mieux et puis surtout ça devrait se refermer plus vite* » (...) « *le médecin était là aussi comme ça c'est déjà prescrit* ».

**Ou encore :**

AS A : « *Demain, il faut qu'on prépare Mme X plus tôt parce qu'elle passe une IRM à 8h et on doit prévenir le kiné que sa séance sera décalée* ».

AS B : « *oui, c'est ce que je lui ai dit tout à l'heure, comme ça elle est déjà au courant mais faudra le rappeler aux collègues ce soir* »

Les soignants savent se coordonner mais cela ne se voit pas à l'écrit. Le raisonnement qui est mis en commun doit apparaître et donner lieu à une traçabilité de la continuité des soins. Le rôle du langage est prépondérant dans le métier du soin mais aussi dans la construction collective de l'information et des savoirs, dans la négociation et les arbitrages nécessaires au travail. En analysant ses mécanismes, ses formes et ses

---

<sup>46</sup> GROSJEAN, Michèle et LACOSTE, Michèle. (1999). « *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital* ». Paris : PUF, Coll. Le Travail Humain. p.165.

<sup>47</sup> GROSJEAN, Michèle et LACOSTE, Michèle. (1999). « *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital* ». Paris : PUF, Coll. Le Travail Humain. p.165.

fonctions, ils font ainsi du langage « *un outil d'analyse du fonctionnement des organisations* » et un « *outil critique* »<sup>48</sup>.

Suite à cette situation, j'ai consulté les transmissions écrites et ... rien sur ce qui avait été dit. Par contre, effectivement la transmission orale est bien passée à l'inter-équipe. L'oralité prend une place importante. L'analyse des interactions au sein des situations au travail montrent que les instants de coordination comme les pauses ou les transmissions concourent au partage d'informations collectives. L'intelligence collective navigue entre les notions de collectif de travail (équipe) et d'intelligence. La première notion fait appel au management et aux théories des organisations et la seconde est, selon M. GROSJEAN et M. LACOSTE, plus récente. L'organisation est le lien entre l'intelligence individuelle et l'intelligence collective. « *L'intelligence collective est un système, on peut dire que c'est la somme des intelligences individuelles des membres d'une équipe plus leur relation* »<sup>49</sup>.

Mettre en commun est une bonne chose mais attention à ce que l'on partage. La qualité, du raisonnement mis en œuvre, est-elle pertinente ?

**Extrait de transmissions ciblées constatées dans un dossier de soins<sup>50</sup> :**

<b>Date/Heure Emargement</b>	<b>Cible</b>	<b>Données</b>	<b>Actions</b>	<b>Résultats</b>
IDE A Matin 13h10	Céphalées	Le patient dit qu'il a mal à la tête après le repas de ce midi.	Médecin prévenu Traitement antalgique donné.	
IDE B après-midi 17h10	A 15h30 : Poussée hypertensive	TA = 21/11, le patient a habituellement 13/8 de TA. Il se plaint de maux de tête.	Médecin prévenu à 15h40. Patient au repos et traitement prescrit donné.	16h30 : TA = 15/9 Le patient dit ne plus avoir de maux de tête et se sent soulagé.

Les échanges avec les soignants sont instructifs. Nous nous apercevons que le patient a été pris en charge pour le même souci. Pourtant, le raisonnement implicite mis en œuvre n'est pas de même qualité. Une analyse montre que l'IDE A a fait preuve d'un bas raisonnement clinique alors que l'IDE B d'un haut raisonnement clinique. La seconde IDE a, de manière inconsciente, mis en lien ses connaissances, observé, posé des questions pertinentes, émis des hypothèses, évalué, elle a raisonné et a permis de mettre en place une démarche de résolution de problème.

<sup>48</sup> GROSJEAN, Michèle et LACOSTE, Michèle. (1999). « *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital* ». Paris : PUF, Coll. Le Travail Humain. p. 211

<sup>49</sup> GRESELLES OLFA ZAIBET, « *Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas.* », Management & Avenir 4/2007 (n° 14, p. 41-59).

<sup>50</sup> Extrait de transmissions ciblées constatées dans le dossier de soins d'un patient âgé de 67 ans hospitalisé en SSR.

C'est bien là, un enjeu majeur, que chaque soignant aille vers un haut raisonnement clinique. C'est aussi pour cette raison, qu'il faut des acteurs de santé qui raisonnent et qui s'appuient sur des connaissances solides (protocoles, cours, formations, ...)

Au delà de ces éléments, les agents ont davantage pris conscience de l'importance du dossier patient et des éléments le constituant. Il est la pierre angulaire qui relie les soignants.

## 2.3.le Dossier Patient (DPA)

Le DPA est à la fois un outil dit d'archivage mais aussi un outil de travail. Ce sont les deux notions que j'aborderai dans ce chapitre.

### 2.3.1. Un outil d'archivage

Selon la HAS : « *Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit. Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients. Il permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Le rôle et la responsabilité de chacun des différents acteurs pour sa tenue doivent être définis et connus.* »<sup>51</sup>

En résumé et selon la HAS, il est « *la mémoire de l'itinéraire du patient dans le système de soins et le seul document qui en atteste* »<sup>52</sup>.

Le dossier de soins<sup>53</sup> est un élément constitutif du dossier patient. C'est un support personnalisé dédié à chaque patient, il rassemble les informations relatives à la personne soignée. Il a une valeur juridique grâce à la traçabilité du suivi du patient du fait des informations et transmissions qu'il contient.

---

<sup>51</sup> Source HAS : *le dossier patient* : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438115/fr/dossier-du-patient](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient).

<sup>52</sup> Dossier patient -Amélioration de la Qualité de la tenue et du contenu Règlementation et recommandations – Juin 2003 -[www.has.sante.fr](http://www.has.sante.fr).

<sup>53</sup> Source Légifrance.fr. Le dossier de soins est une obligation réglementaire : article R.1112-2 et article R.4311-3 du Code de la Santé Publique.

### 2.3.2. Un outil de travail

Sur le GH, le DPA est compartimenté. Chacun y trouve son dossier. Les médecins ont le leur qu'ils renseignent avec les examens complémentaires biologiques et d'imagerie. Chaque avis de spécialiste est consigné dans ce dossier bleu. L'anesthésiste, lui, a son propre dossier qui est jaune. Si le patient a été transfusé, il aura en plus un dossier rouge. Les dossiers jaunes et rouges sont conjoints entre les PM et PNM dans le suivi du patient en post-opératoire et post-transfusionnel. Les rééducateurs ont des fiches dans le dossier de soins. L'assistante sociale a également un dossier papier mais qui est archivé dans son bureau.

Le dossier patient doit rester un outil de travail et plus uniquement une archive ouverte du parcours patient. La centralisation des dossiers vers un dossier unique du patient est un levier pour une meilleure coordination des soins et un prétexte à développer le raisonnement collectif des professionnels de santé. Il est un moyen, pour l'encadrement, de manager par la clinique.

Comme nous l'avons vu, plus le raisonnement clinique des soignants est élevé plus leurs soins sont tracés. Il faut se préparer, dès l'année prochaine, les SSR passeront en tarification à l'activité. Ceci est bien noté dans le CPOM<sup>54</sup> de l'AP-HP. Selon Le Dr RUFFIÉ<sup>55</sup>, « 80% du codage est pris sur le dossier de soins infirmier ». A la Clinique de la Mutualité (Pessac, Gironde (33)), il confie qu'il n'y a pas « de système d'information idéal pour le DPA ». Il ajoute que contrairement au secteur de l'aéronautique, « il n'y a pas de système d'information informatisé standardisé ». Alors, en attendant, « l'inopérabilité ponctuelle de ces outils informatiques ne doit pas entacher la traçabilité des soins ».

En tant que référent du Département de l'Information Médicale (DIM) sur son établissement, il estime que ce département doit être notre allié dans la gestion du dossier patient et de facto du dossier de soins. Le Programme de Médicalisation des Système d'Informatisation (PMSI) est « une mine d'or » d'informations. Tracer les soins et donc les actes, par le codage (au-delà de la facturation), met en exergue l'activité des services de soins auprès du malade. Il met en évidence le travail des soignants et valorise ce qu'ils font. Il est important de garder à l'esprit que bien tracer les problèmes de santé des patients (dans les transmissions ciblées ou dans les diagrammes de soins par exemple), dans le

---

<sup>54</sup> [http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cpom\\_avenant2\\_diaporama\\_cme10novembre\\_2015.pdf](http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cpom_avenant2_diaporama_cme10novembre_2015.pdf)

<sup>55</sup> Dr Antoine RUFFIÉ, médecin DIM en établissement de santé en Gironde. Propos recueillis lors du cours Master 2 MOS du 19 janvier 2016.

dossier de soins, peut consentir à un meilleur codage dans le PMSI. Ceci a pour corolaire une valorisation optimisée du travail des professionnels de santé. La boucle est bouclée.

Alors, quelle méthode ou moyen permettrait de travailler pour des intérêts multiples et communs à tous ? Cela aurait pour résultats un intérêt économique avec le PMSI Codage, un intérêt en termes de qualité de prise en charge des patients et une qualité de vie au travail qui serait meilleure du fait du décloisonnement des services et du raisonnement collectif.

C'est le management par la clinique.

Parlons maintenant du projet de raisonnement clinique de la DSAP.

## 2.4.LE PROJET DE LA DSAP

En juillet 2015, la DSAP souhaite que des cadres et cadres supérieurs de chaque pôle du GH travaillent sur le raisonnement clinique des soignants. Une lettre de mission est d'ailleurs envoyée à un certain nombre de professionnels. (Cf. ANNEXE 7) Initialement, nous sommes 2 à avoir été destinataires de ce courrier sur le pôle : l'ancien CPP et moi-même. Comme je l'ai dit plus haut, elle a dû quitter ses fonctions peu de temps après, laissant le poste inoccupé. Hissée, par la force des choses, en lieu et place du CPP, j'ai pris à cœur de relever cette mission.

Dans le cadre de la mise en place du dossier patient informatisé, la DSAP en profite pour approfondir la réflexion des soignants et s'en sert comme levier.

Ce projet intitulé « Le raisonnement clinique au service du parcours de soins et de l'informatisation du dossier de soins » est destiné à être mené par des cadres et des Cadres Paramédicaux de Pôle (ou CSS) en missions transversales sur le GH.

Il a plusieurs enjeux :

- « Améliorer la formalisation du raisonnement clinique à travers l'écriture des transmissions ciblées,
- Garantir une prise en charge coordonnée entre les différents professionnels à partir des jugements cliniques autorisés par la législation professionnelle,
- Formaliser le raisonnement clinique collectif et interdisciplinaire via les Plans de Soins Types et les Chemins Cliniques (PST et CC),
- Inscrire le management par la clinique dans la culture professionnelle des cadres ».



Une fois missionné, l'ensemble de l'encadrement concerné du GH et moi-même avons suivi une formation-action, de trois fois deux jours puis un jour à distance, pour répondre aux enjeux pédagogiques par l'organisme Césiform<sup>56</sup>. Cela s'est déroulé d'octobre à décembre 2015.

### Etude prospective, recueil et analyses de données

Dans le but de prendre la mesure de la tâche à accomplir, j'ai souhaité, de manière exploratoire, m'enquérir de ce qui se faisait en dehors du GH sur ce sujet. J'ai mené une enquête à l'aide de questionnaires (Cf. ANNEXE 8).

Ils ont été distribués par voie électronique sur 4 établissements de santé privés et 4 établissements publics. 72 professionnels de santé ont répondu dont 16 médecins, 7 cadres supérieurs de santé et 49 cadres de santé.

Le dossier patient est informatisé pour 68% des répondants. 4 médecins et 5 cadres de santé ont répondu qu'il n'y avait pas de démarches médico-soignantes. Nous pouvons en conclure deux choses. Ma question n'était peut-être pas assez pertinente ou encore mal comprise car je n'ose croire qu'il n'y en ait pas.

Pour les PM, dont la réponse est affirmative, ils citent les Revue Mortalité Morbidité<sup>57</sup> (RMM), les staffs et les cours qu'ils donnent. Les cadres supérieurs de santé citent les mêmes éléments mais ajoutent les réunions de service, les formations et les Comité de Retour d'EXpérience<sup>58</sup> (CREX). Les cadres de santé à 84% répondent les staffs et réunions de service. 62,5% des médecins, 71% des CSS et 59% des CS ont notion de ce qu'est le raisonnement clinique (RC). De manière globale, seuls 31 % des professionnels interrogés disent qu'il existe des Plans de Soins Type (PST) mais n'ont pas participé à son élaboration. J'ai pris contact avec les 22 personnes (9 médecins, 3 Cadres Supérieurs de Santé (CSS) et 10 Cadres de Santé (CS)) et j'ai pu m'entretenir avec 17 d'entre elles (6 médecins, 1 CSS et 10 CS). Finalement, les échanges m'ont permis d'identifier l'amalgame qui est fait entre plans de soins types et protocoles spécifiques de prise en charge. Ce dernier est fixé

---

<sup>56</sup> Césiform : organisme de formation diligenté par l'AP-HP.

<sup>57</sup> RMM : Une revue de morbidité et de mortalité est l'analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, et qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins.

([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm))

<sup>58</sup> CREX : le Comité de retour d'expérience, initialement développé en aviation civile, est une méthode de gestion de la sécurité des soins pouvant être destinée à un service médical, à une équipe de soins. Il s'agit d'un groupe de professionnels qui se réunit chaque mois pour analyser rétrospectivement les événements indésirables (EI) liés aux soins détectés et signalés en vue de les gérer.

Une analyse systémique en est faite donnant lieu à un rapport présenté en réunion. Des actions d'améliorations sont alors envisagées, planifiées et mises en œuvre par les équipes.

([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex\\_comprendre\\_mettre\\_en\\_oeuvre.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf))

sur un moment ciblé du parcours patient au sein d'un service à un instant t. Or le PST, lui démarre quand le patient rentre à l'hôpital et va jusqu'à sa sortie. On est bien sur le parcours patient. Sur les 17 personnes interviewées, 8 personnes (1 CSS et 7 CS) parlaient bien de PST, soit 0% du PM et 14% du PNM du nombre total de personnes interrogées.

Au regard des réponses obtenues, il y a encore des actions à mener pour lier davantage les PM et le PNM en dehors des réunions d'équipe devenues institutionnelles. Les plans de soins type ne sont pas encore monnaie courante, de ce fait les chemins cliniques encore moins.

Faisons un pas de côté et revoyons ensemble le concept de raisonnement clinique puis ce qu'est un plan de soins type et enfin un chemin clinique.

## 2.5. DU RAISONNEMENT CLINIQUE ...

Dans ce projet, les choix de la direction des soins et des affaires paramédicales de l'AP-HP se sont portés sur l'utilisation des classifications internationales comme la NANDA international. Il s'agit d'utiliser un langage scientifique commun qui aide à préciser les écrits et, de fait, à consolider la qualité et la traçabilité des soins.

L'apprentissage du raisonnement clinique est devenu officiel en 2009<sup>59</sup>, dans le référentiel de formation des infirmiers. Il l'était certes déjà présent dans l'activité d'une IDE mais également dans l'activité d'une AS et des autres professionnels de santé. En effet, comment imaginer le soin personnalisé sans réflexion préalable ? Alors pourquoi l'enseigner et réfléchir sur des méthodes pédagogiques adaptées à son apprentissage ? P. BASS<sup>60</sup>, dans la première partie du livre de T. PSIUK, démontre que le RC des professionnels est implicite, non conscientisé et que les représentations exprimées sur ce thème par des cadres de santé, des IDE, des étudiants infirmiers sont souvent erronées, hétérogènes ou restrictives. Les analyses de situations et les observations menées en service de soins de M. GROSJEAN et de M. LACOSTE<sup>61</sup>, arrivent au même constat.

---

<sup>59</sup> Source Légifrance.fr : Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (modifié par l'arrêté du 3 mai 2010).

<sup>60</sup> BASS, Patricia dans l'ouvrage de Thérèse Psiuk, *l'apprentissage du raisonnement clinique*, éditions De Boeck, 2015, pp.15 à 71.

<sup>61</sup> GROSJEAN, Michèle et LACOSTE, Michèle. (1999). « *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital* ». Paris : PUF, Coll. Le Travail Humain.

J'ai pris contact avec trois formateurs des Instituts de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) et Instituts de Formation Aide-Soignant (IFAS) des hôpitaux Bicêtre et Paul Brousse. Dans un premier temps, j'ai souhaité leur faire part du travail qui m'anime et dans un second temps m'informer sur le contenu des cours sur le RC et la manière dont ils l'enseignent. Les formateurs, de manière unanime, m'ont rapporté qu'ils avaient débuté cet enseignement que depuis « *un an ou deux* » et que cela se mettait « *doucement* » en route car eux-mêmes devaient se former à cette nouvelle approche. Pour chaque compétence, ils font ressortir des situations emblématiques et font des exercices de formalisation des savoirs et des savoir-faire avec les étudiants à tout moment de la formation. Pour eux, il y a trois paliers d'apprentissage suite à ces exercices. Le premier palier est de « *comprendre* », le deuxième est « *d'agir* » et enfin le dernier est de « *transférer* ».

Orientée par les besoins en santé de la population, les formations répondent à une demande sociétale. Elles s'inscrivent dans l'environnement social dans lequel elles évoluent. Leur objectif est de proposer la transformation de novice en des professionnels compétents.

Selon T. PSIUK<sup>62</sup>, le RC est devenu incontournable aujourd'hui pour toutes les professions de santé, médicales et paramédicales. Ce concept est d'ailleurs utilisé par les équipes médicales depuis très longtemps. Dans ce domaine, la clinique est fondée, en partie, sur l'observation. C'est, toujours selon T. PSIUK, un tremplin pour le développement de la performance dans la compétence clinique de chaque professionnel de santé mais également dans le développement d'une compétence collective. Il se construit à partir des données issues de l'observation et de l'écoute de la personne soignée à l'aide d'une méthode hypothético-déductive. Dans ce processus, le patient tient une place centrale comme personne unique, capable de penser, de vivre des émotions, d'énoncer des choix et d'agir.

Le raisonnement clinique est défini par ce même auteur comme « *une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'examen physique et d'une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de*

---

<sup>62</sup> Directrice pédagogique à Césiform, organisme de formation pour les professionnels de santé. Elle a une carrière dans le domaine de la santé depuis plus de 40 ans, en tant qu'infirmière, formatrice en IFSI et en IFCS, puis directrice d'IFSI. Elle a participé au groupe de rédaction du référentiel infirmier en qualité de personne qualifiée sur le raisonnement clinique.

*l'hypothèse la plus probable*<sup>63</sup>». Il s'agit donc d'un processus à la fois d'analyse et intellectuel qui s'exerce dans un domaine tridimensionnel. C'est ce que l'on appelle le modèle tri-focal. Deux méthodes de raisonnement sont utilisées dans la démarche clinique, l'inducto-hypothético-déductif et par anticipation. Ces deux méthodes se conjuguent aisément au quotidien.

Ainsi, la démarche clinique utilise le raisonnement clinique et permet d'élaborer un projet de soin personnalisé. Tout au long de cette démarche, le professionnel de santé utilise son jugement clinique (résultat du RC) qui validera des décisions en matière de soins, adaptés à son statut professionnel.

Lorsque nous observons des professionnels en activité, seuls les actes qu'ils réalisent sont visibles ; le sens qui leur a permis de les définir et de les adapter aux patients est très souvent inexprimé. L'acte de soin doit être un acte de sens. Le patient ne peut être considéré comme le support matériel d'une affection que le soin s'attache à guérir. Parce qu'il est une personne, la situation de soin est complexe et unique. Selon JJ. GUILBERT, « *le sens clinique est fondé sur la capacité de faire une récolte de données, collecte globale, non classée, objective, et une interprétation de ces données, en trouvant dans sa mémoire la liste des maladies dont la combinaison de symptômes théoriques et d'accord avec celles observées chez le malade* »<sup>64</sup>.

L'expérience et les compétences d'un professionnel vont lui permettre d'évoquer mentalement l'hypothèse d'un diagnostic médical et d'aller à la recherche d'indices de signes suffisamment pertinents qu'il communiquera au médecin. L'infirmier peut ainsi s'autoriser à contribuer à l'élaboration du diagnostic médical par le médecin. Cette idée de responsabilité est renforcée par le code de la santé publique<sup>65</sup>.

Ce travail en interdisciplinarité œuvre en faveur d'un décloisonnement entre les acteurs de santé au profit de la prise en soin du patient.

La pertinence d'une démarche clinique ne peut être la conséquence que d'un haut raisonnement clinique. Les plans de soins types génèrent des chemins cliniques et sont des référentiels de qualité qui orientent le RC.

---

<sup>63</sup> MARCHAL, Arlette et PSIUK, Thérèse. « Le paradigme de la discipline infirmière en France », Editeur Seli Arslan, 2002, p.91.

<sup>64</sup> GUILBERT, Jean-Jacques, « *Comment raisonnent les médecins. Réflexions sur la formation médicale* », Genève, réflexion sur la médecine et Hygiène, 1992, p19.

<sup>65</sup> Source Légifrance : Article R. 4311-2, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.

### 2.5.1. Le Plan de Soins Type (PST)

Le PST formalise les pratiques fondées sur des données probantes (evidence-based nursing<sup>66</sup>) issues des travaux de recherche ou des recommandations de sociétés savantes. Ce sont des référentiels de bonnes pratiques intégrant la gestion prévisionnelle de soins au service de la gestion des risques.

En pratique, il s'agit d'un travail de recensement des savoirs sur les problèmes réels et les risques liés à une pathologie donnée ou à un groupe homogène de patients. Il témoigne d'une actualisation uniforme des connaissances du thème étudié pour l'ensemble des professionnels de santé (PM et PNM).

Le PST est l'étape obligatoire qui précède la construction du chemin clinique qui lui est associé.

### 2.5.2. Le Chemin Clinique (CC)

En 2004, la HAS a défini le chemin clinique comme « *une méthode qui vise la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant une même pathologie ou une même situation de dépendance* »<sup>67</sup>. Elle décrit la prise en charge optimale depuis les règles de bonnes pratiques via une analyse de processus.

Le CC « *permet de planifier les soins coordonnés sur la trajectoire du patient et d'assurer une prise en charge des patients au sein d'une équipe*<sup>68</sup> ». L'écueil dans la construction de cet outil de planification serait de l'élaborer trop vite, il serait alors inutilisable et sans pertinence. Il est un outil d'évaluation clinique, de traçabilité et d'apprentissage. Evolutif, il est fonction de l'actualisation des connaissances du PM et du PNM. (Cf. ANNEXE 10)

En résumé, dans un contexte d'informatisation de l'ensemble de la démarche clinique, avec le souci de s'inscrire dans l'évolution des modalités de certification et de développer une démarche interdisciplinaire au service du parcours patient : nous devons établir une démarche médico-soignante.

La prise en compte de toute la genèse ainsi précédemment exposée conforte le besoin de réinterroger le parcours de santé du patient. Avant son arrivée et après sa sortie, il est primordial de se demander ce que l'on partage entre les deux. Pour cela, nous devons aller vers un raisonnement collectif et non plus individuel. Mais, nous devons aussi mieux

---

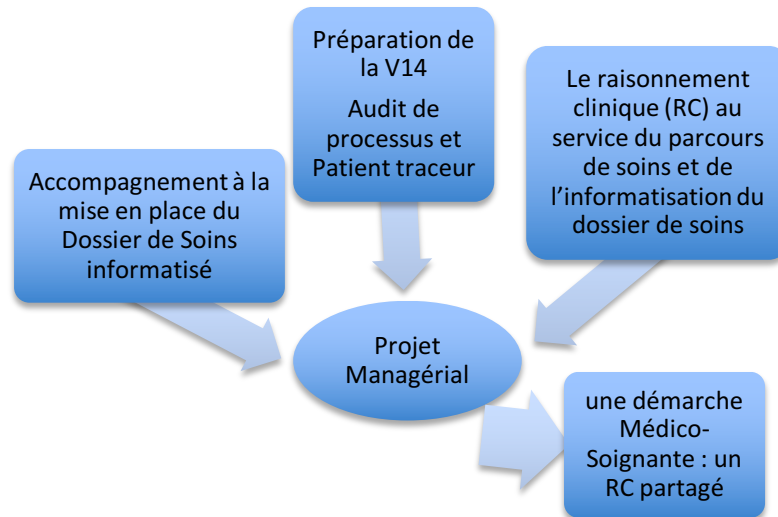
<sup>66</sup> Evidence based nursing (EBN) : Cf. ANNEXE 9

<sup>67</sup> HAS a diffusé « *Chemin clinique une méthode d'amélioration de la qualité des soins* », document réalisé par l'ANAES en juin 2004, service évaluation des pratiques, p.6.

<sup>68</sup> BLONDEL, Monique et PSIUK, Thérèse. « *Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjours* », Editions Masson, 2010, p19.

connaître les pathologies des services de soins, être en phase avec les équipes médicales et savoir quelle prise en charge mettre en face de quelle pathologie.

## 2.6. ... AU RAISONNEMENT CLINIQUE PARTAGÉ



### 2.6.1. Quelles propositions de travail ? Quels enjeux ? Quelle légitimité ?

L'objectif principal est de promouvoir le développement d'une collaboration médico-soignante au service d'une prise en charge efficiente du patient, garantissant la qualité et la sécurité des soins.

Comme nous l'avons vu au travers d'analyses de situations en activité, le travail c'est bien, le travail partagé c'est mieux. L'enjeu de ce travail est dans ce terme « *partagé* » mais aussi rappelons-nous dans les termes « *évolutions médicales* » et « *attentes des usagers* » énoncé en fin de premier chapitre.

La loi du 4 mars 2002 et le décret n°2005-213 du 2 mars 2005 ont instauré la création, dans tous les établissements publics ou privés de santé, d'une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQ-PC). Elle associe les représentants des usagers au fonctionnement des établissements de santé<sup>69</sup>. En parallèle, les usagers s'informent et s'organisent. Un site internet leur est dédié, celui du site du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS).

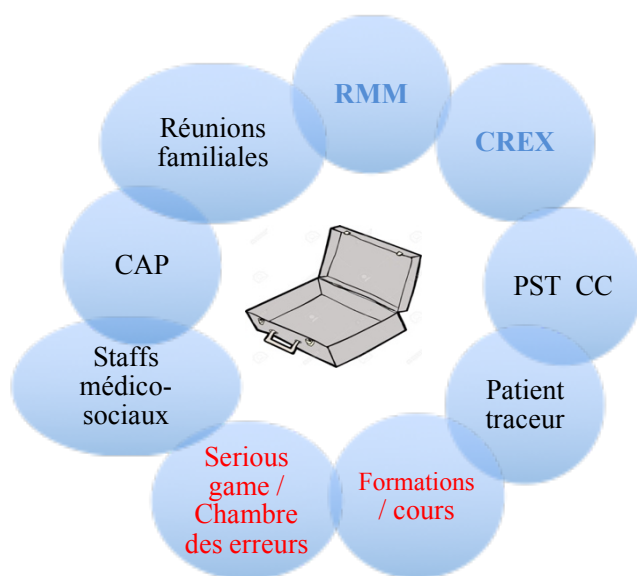
<sup>69</sup> Source ARS : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-Commissions-des-relations.125466.0.html>

Lorsque cela a été possible, j'ai rencontré deux représentantes des usagers de Bicêtre et de Paul Brousse. Mes intentions étaient de connaître leurs points de vue sur la démarche. Nous avons eu beaucoup de difficulté pour fixer un rendez-vous mais après persuasion de son utilité, nous nous sommes vues. De cette rencontre, je retiens, des personnes passionnées par le bien-être des patients mais aussi des soignants. Au-delà de la qualité des soins c'est l'apologie de la qualité de la vie à l'hôpital que j'ai eu en retour. Ce moment s'est révélé être une grande leçon d'humilité, de simplicité et de clairvoyance. « *En clair, comment aimerions nous être pris en charge à l'hôpital et quelle information souhaiterions-nous avoir pendant l'hospitalisation* » ? Selon elles, voici les premières questions à se poser. Elles ont insisté sur le fait qu'un « *patient peut tout comprendre à la condition qu'on lui explique les choses* ». Cela paraît tellement logique et simple.

J'ai conclu que ce que je cherchais à produire ne devait pas être forcément compliqué mais surtout doté de bon sens. Un soignant doit être au clair sur toute la prise en soin d'un patient, de son arrivée à l'hôpital à sa sortie même si celle-ci est jalonnée par un service d'urgence puis une hospitalisation avec des examens donc des aller et retour, un transfert dans un autre service et enfin un projet de sortie... telle est la demande des personnes que j'ai rencontrées.

### 2.6.1.1. Propositions de travail

L'idée est de proposer une mallette méthodologique au service du parcours patient. Au gré du recueil de données, des analyses, des lectures, des échanges, des pratiques et des observations que j'ai engagées, voici ce que je propose :

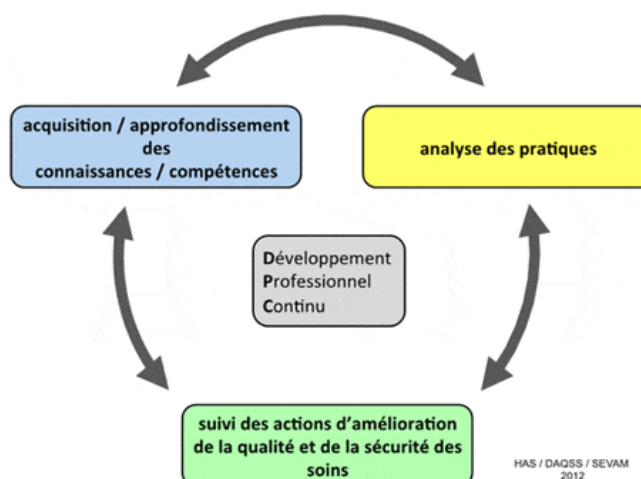


CREX : Comité de Retour d'Expérience.  
RMM : Revue Mortalité Morbidité.  
CAP : Commission d'Admission des Patients.  
PST et CC : Plan de Soins Type et Chemin Clinique.

Il y a des méthodes plutôt **pédagogiques**, celles portées sur la **gestion des risques** et celles liées à l'analyse de dossier, de cas ou de parcours de soins. Cette liste, non exhaustive, reprend des outils et méthodes de travail qui peuvent aider dans cette collaboration médico-soignante que je souhaite inscrire au développement professionnel continu.

### 2.6.1.2. Participation au Développement Professionnel Continu (DPC)

Un professionnel qui ne s'informe pas et qui ne se forme pas est un professionnel qui se déqualifie avec le temps. De la même manière, si les connaissances n'évoluent pas alors il y a une perte en termes de compétences. Ce qui fait la connaissance, c'est la formation, qui est favorisée par le Développement Professionnel Continu (DPC)<sup>70</sup> porté



par l'HAS. La loi HPST<sup>71</sup> instaure l'obligation du DPC pour tous les acteurs de soins. Il a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». De plus, dans le chapitre intitulé « innover en matière de formation professionnelle », la loi du 26 janvier 2016<sup>72</sup>, redéfinit et renforce l'intérêt du DPC.

### 2.6.1.3. Choix et légitimité du projet

Mon choix s'est porté sur la mise en place d'une démarche médico-soignante grâce au développement du raisonnement clinique partagé. La méthode choisie sera celle de l'élaboration d'un plan de soins type puis de son chemin clinique. Le management par la clinique est indiqué.

<sup>70</sup> Source HAS : « Programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017 », ministère chargé de la santé et HAS, février 2013. ([Http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_national\\_pour\\_la\\_securite\\_des\\_patients\\_2013-2017-2.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf)) consulté le 25 avril 2016.

<sup>71</sup> Source Légifrance : Article 59 de la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>72</sup> Source Légifrance : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.



Ce projet est en lien avec :

- Mon implication au sein de l'institution et ma participation à des projets et missions divers au fil des années.
- La lettre de mission de la DSAP sur le projet « *Le raisonnement clinique au service du parcours de soins et de l'informatisation du dossier de soins* ».
- Le nouveau modèle appliqué pour la certification V14 (audit de processus et patient traceur).
- Le développement et la modernisation du système d'information ORBIS.
- La réingénierie du diplôme cadre de santé qui renforce la notion « *d'animation et de coordination* ».
- La posture managériale de l'encadrement supérieur.

De plus, il s'inscrit, comme nous l'avons déjà vu dans le plan stratégique, le projet d'établissement et le projet de soins du GH et répond à un besoin des soignants.

Dans ce parcours, j'ai le soutien du chef de pôle qui m'encourage dans cette démarche et qui souhaite en faire un modèle de partenariat possible entre PM et PNM.

## 2.6.2. Formalisation des objectifs à atteindre et des résultats attendus

### 2.6.2.1. Les objectifs visés

J'ai formalisé des objectifs au regard des attentes du projet :

<b>Les objectifs généraux et opérationnels</b>	<p><u>Objectifs généraux :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Construire un plan de soins type et un chemin clinique pour un Groupe Homogène de Patient (GHP) validé par le Praticien Responsable de Pôle,</li><li>- Enrichir l'utilisation du vocabulaire professionnel dans les transmissions écrites et orales,</li><li>- Aboutir à une meilleure connaissance de la gestion des risques,</li><li>- Déceler et valoriser les compétences cliniques individuelles et collectives,</li><li>- Harmoniser les pratiques professionnelles,</li><li>- Renforcer les liens et les logiques interprofessionnelles pour une prise en charge globale de qualité du patient.</li></ul> <p><u>Objectifs opérationnels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Validation du GHM par le Chef de pôle,</li><li>- Présentation du projet aux cadres du pôle et aux acteurs des soins : IDE/AS/rééducateurs,</li><li>- Constituer l'équipe projet,</li><li>- Planifier et animer les réunions du groupe de travail,</li><li>- Veiller à la bonne circulation de l'information au sein du groupe projet, du service et du pôle.</li><li>- S'assurer de l'avancement du projet</li><li>- Accompagner l'équipe projet et participer à l'élaboration du plan de soins type et du chemin clinique</li></ul>
--	--

Les objectifs opérationnels ainsi fixés concernent la partie managériale que je traiterai un peu plus loin dans ce document. Elle est le fil conducteur du jeu des acteurs que je mettrai en lumière.

### 2.6.2.2. *Enjeux et résultats attendus*

Les enjeux intermédiaires et leurs finalités sont présentés ci-dessous :

<b>Les enjeux et finalités</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Développer les compétences cliniques des soignants par l'acquisition d'un haut raisonnement clinique,</li><li>- Améliorer la qualité de la traçabilité des écrits professionnels,</li><li>- Développer la collaboration entre les soignants des différentes filières (AS-IDE-Rééducateurs),</li><li>- Permettre aux futurs professionnels de santé de mettre en application le raisonnement clinique dans le but de pérenniser les pratiques,</li><li>- Garantir une prise en charge globale de qualité et de sécurité au patient et à son entourage,</li><li>- Créer une dynamique d'équipe autour d'un projet fédérateur permettant d'adopter un raisonnement clinique plus pertinent,</li><li>- Recentrer les missions des cadres de santé autour de la clinique,</li><li>- Evoluer vers la nouvelle modalité de certification (approche par audit de processus et méthode du patient traceur),</li><li>- Dématérialiser tous les écrits professionnels.</li></ul>
--------------------------------	---

Les résultats attendus ne seront pas de même nature et importance pour tout le monde. Il va de soi que le patient et son entourage n'auront pas les mêmes attentes que les soignants de mêmes que les directions concernées.

### 2.6.3. *Quels risques et critères de réussites identifiés ?*

Un manager ne peut travailler seul, il n'est rien sans une équipe. Il en est de même pour chaque corps de métier dans un hôpital. Une équipe paramédicale ne peut pas construire sans une équipe médicale et inversement. Il s'agit d'étudier les phénomènes qui s'exercent sur les acteurs. A mon sens, il y a trois types de risques identifiés : contextuel, humain et matériel.

Les voici formalisés sous forme de tableau ci-après :

L'identification des risques	Type de risque	Description du risque	Actions préventives du risque
	<i>Liés au contexte</i>	Autres projets en cours	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser et gérer le temps</li> <li>- Répartir les projets au sein du pôle</li> </ul>
		Accès à la formation au raisonnement clinique de l'ensemble des paramédicaux.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inscrire dans le plan de formation du pôle le raisonnement clinique partagé pour les soignants</li> </ul>
	<i>Liés aux facteurs humains</i>	Résistance au changement	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communiquer et expliquer les enjeux et bénéfices pour soignant et patient</li> </ul>
		Découragement des participants au groupe projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire régulièrement des points d'avancée du projet, des difficultés rencontrées et valoriser le chemin parcouru</li> </ul>
		Départ de membres du groupe projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre attractif le travail en équipe par le partage de compétences</li> </ul>
	<i>Liés à la technique</i>	Acquisition du dossier de soins informatisé. Complexité d'utilisation du logiciel ORBIS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Former à la pratique et à l'utilisation du dossier de soins ORBIS.</li> </ul>
		Problème pour les personnels n'ayant pas d'accès informatique aménagé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre à disposition de nouveaux chariots de soins, écrans et supports d'écran adaptés aux besoins.</li> </ul>
		Aisance du personnel à utiliser l'outil informatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre accompagné par la société AGFA ORBIS.</li> </ul>
	<b>Les conditions de succès ou critères de réussites</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La cellule de soutien méthodologique mise en place,</li> <li>- Césiform,</li> <li>- Un groupe projet pluri professionnel,</li> <li>- L'investissement, la motivation par l'assiduité la qualité des échanges et le partage du travail des membres du groupe projet,</li> <li>- Le soutien des équipes médicales, du médecin référent du projet, du trinôme de pôle, des cadres du pôle, de la direction des soins,</li> <li>- Echancier réaliste et respecté,</li> <li>- Le choix du GHP (pathologie connue et maîtrisée techniquement par les acteurs du soin).</li> </ul>	

Au regard de ces derniers, sont en face de chacun d'eux des actions préventives mises en place. Je développerai essentiellement dans la partie qui suit ce qui concerne les facteurs humains.

#### 2.6.4. L'accompagnement

Accompagner, c'est aussi réunir autour de la clinique. La méthode est de travailler sur des situations cliniques, de constituer un comité d'accompagnement et d'évaluer à l'aide de méthodes et outils comme : l'évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), la revue de pertinence, l'audit clinique, l'approche processus, l'approche par problèmes ...). L'accompagnement relève aussi de l'observation, de la communication mais également d'un certain nombre d'autres notions que je vais exposer ci-après.

##### 2.6.4.1. L'observation

Avant toute chose, il y a une phase d'observation. R. BOURDON<sup>73</sup> utilise trois clés pour observer « les *phénomènes sociaux* » : *les sujets sociaux et leurs intentions, les contraintes de la situation où ces sujets se trouvent (contraintes de l'action collective) et les effets émergents ou pervers nés de l'agrégation de leurs actions* ». Selon lui, il faut se poser la question de : Qui ou que vais-je observer ? Ce sont les acteurs individuellement et en groupe, leurs pratiques, leurs intentions et les relations de pouvoir dans une situation ou un environnement précis.

##### 2.6.4.2. La communication

Elle va permettre de cadrer le projet et de prendre des décisions. Expliquer les enjeux et les bénéfices est salvateur pour les membres du groupe de travail.

La communication fonctionne tel un système en interaction. Beaucoup de critères sont à prendre en compte (architecture et lieux des locaux, horaires de travail, ...), c'est l'environnement matériel et physique. Il y a également le mode de communication. Il pourra être à distance (mail, téléphone, ...) ou physique (réunion, ...). Et enfin, comment sera transmis le contenu des informations ? Cela pourra être formel ou informel, dans l'oralité et/ou dans l'écrit, de manière ascendante, descendante ou encore horizontale.

Pour l'animation et la motivation de l'équipe, les cadres en charge du projet devront jongler entre ces différents modes de communication. Veiller à la bonne circulation de l'information mais aussi à ce que chacun ait la parole est un axe à ne pas négliger. Les cadres auront aussi un rôle de modérateur pour éviter l'inertie et l'éparpillement.

---

<sup>73</sup> BOURDON Raymond : un des plus importants sociologues français du dernier quart du XXe siècle et du début du XXIe siècle avec TOURRAINE Alain, CROZIER Michel et BOURDIEU Pierre. Il est connu pour ses recherches sur la mobilité sociale et l'inégalité des chances ainsi que pour sa défense de l'individualisme méthodologique.

#### 2.6.4.3. La notion d'identité professionnelle

L'institution est un système dans lequel les soignants se construisent une grande partie de leur identité professionnelle. R. SAINSAULIEU<sup>74</sup>, la décrit comme « *un processus relationnel d'accès au pouvoir et à la reconnaissance permettant la constitution de logiques d'acteurs au travail* ».

Le travail peut-être une source d'épanouissement ou d'exploitation. LEVISON montre en 1971 qu'il y a un contrat psychologique entre l'organisation et la personne. Un personnel soignant demandera de satisfaire ses besoins matériels et de soutien inhérents au projet pour en retour s'investir dans celui-ci. L'encadrement doit donc constamment réajuster entre le désir d'autonomie, le respect de l'identité des agents et les exigences normatives de l'institution.

#### 2.6.4.4. La notion d'incertitude

Certains individus sont motivés par le besoin de satisfaire leurs intérêts mais aussi par celui de limiter leurs contraintes. Les enjeux interpersonnels peuvent prendre le dessus sur la rationalité du système. Selon M. CROZIER et E. FRIEDBERG<sup>75</sup>, l'organisation n'est pas une « *donnée naturelle* » mais un « *construit social* » et il « *faut en étudier les enjeux, les intérêts, les règles du jeu et comprendre les stratégies développées par les acteurs* ». Selon les deux sociologues, « *Le pouvoir est un mécanisme quotidien de notre existence sociale que nous utilisons sans cesse dans nos rapports avec nos amis, nos collègues, notre famille, etc.* ». Le pouvoir prend sa source dans les relations interpersonnelles. Selon eux, il existe des « *zones d'incertitude* » dont les individus vont se jouer. En d'autres termes, rien n'est figé dans une organisation de travail et dans les interactions entre les acteurs. Ils cherchent à réduire leurs incertitudes et à augmenter leurs marges de liberté. Celui qui sait aura plus de pouvoir que celui qui se situe dans une zone d'incertitude et il aura donc davantage de liberté. L'encadrement devra être vigilant à ce phénomène.

#### 2.6.4.5. La théorie du choix rationnel

H. SIMON<sup>76</sup>, remet en question le modèle de rationalité classique : des acteurs qui peuvent établir de manière claire et immédiate leurs préférences. Lui, parle de rationalité limitée et suggère que les acteurs ne savent pas tout, que leurs capacités cognitives sont limitées et que cela ne les légitime pas dans un choix optimal. Dans le premier modèle, un individu sera capable de faire un choix parmi plusieurs proposés alors que dans celui de

---

<sup>74</sup> SAINSAULIEU, Renaud. « L'identité au travail ». 4ème édition. Paris. Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 2014.

<sup>75</sup> CROZIER, Michel et FRIEDBERG, Erhard. « *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective* », Editions Points Essais, poche.

<sup>76</sup> HERBERT, Simon, Administrative Behavior. A Study of Decision-Making in Administrative Organization (1947).

H. SIMON, l'individu s'arrêtera lorsqu'il estimera son choix satisfaisant compte tenu du temps et de l'information dont il dispose pour le réaliser.

<b>Rationalité classique</b>	<b>Rationalité limitée</b>
Accès illimité à l'information	Accès limité à l'information
Capacité cognitive d'optimisation	Capacité cognitive de satisfaction
Vision claire des préférences	Vision floue des préférences

Tableau <sup>77</sup> synthétique de la rationalité selon Simon.

Si nous faisons le lien avec les acteurs du groupe projet, il faut prendre en compte que chaque personne est singulière et qu'elle fera des choix qui sont fonction de critères de satisfaction subjectifs. De plus, ses satisfactions peuvent évoluer en fonction des situations et du temps qui passe. Pour H. SIMON, les choix sont toujours rationnels car ils sont toujours faits dans le but d'être le meilleur mais c'est l'environnement qui le contraint. Il souligne : « *pour influencer un individu au sein d'une organisation, il faut parvenir à aménager son environnement de telle sorte que celui-ci ne constitue plus une limite, mais devienne l'outil de son dépassement* ».

Accompagner les acteurs, c'est prendre en compte les zones d'incertitudes des agents et leur niveau de rationalité. Pour cela il y a l'influence externe, c'est à dire la communication et l'influence interne qui relève du caractère psychologique de la personne à répondre aux objectifs fixés.

#### **2.6.4.6. L'adhésion et l'engagement**

La finalité de ce projet se mesurera à plusieurs niveaux (compétences, pouvoir, méthodes) et cela pourra entraîner un renforcement de l'adhésion ou au contraire un découragement voire un retrait des membres des acteurs concernés (PM et PNM). Pour cela, il est utile de faire régulièrement des points d'avancée du projet, des difficultés rencontrées et valoriser le chemin parcouru. « *Les sociologues utilisent le concept d'engagement quand ils essaient de rendre compte du fait que les individus s'engagent dans des «trajectoires d'activité cohérentes* » (FOOTE, 1957)<sup>78</sup>. Selon R. DELAYE<sup>79</sup>, la notion d'engagement semble remplacer celle de la motivation, de l'implication des individus au sein d'une entreprise. « *L'engagement suppose un investissement personnel de celui qui s'engage, qui ne peut être traduit dans les termes habituels de l'échange travail-rétribution* ». Autrement dit, dans ce contexte, l'engagement est invité au banquet du management et de la gouvernance dans le but de pouvoir déplacer et dépasser les limites

<sup>77</sup> [http : //science-economique.blogspot.fr/2010/10/la-rationalite-limitee.html](http://science-economique.blogspot.fr/2010/10/la-rationalite-limitee.html), consulté le 11 avril 2016.

<sup>78</sup> <http://sociologies.revues.org/642>.

<sup>79</sup> DELAYE Richard et LARDELLIER Pascal. « *L'engagement de la société aux organisations* », Paris, Edition l'Harmattan, 2013, p. 15.

et certaines impasses désormais bien identifiées des ressources humaines et de la communication interne.

#### **2.6.4.7. L'intelligence de situation**

L'intelligence de situation, décrite par D. AUTISSIER<sup>80</sup>, « se matérialise par une capacité de compréhension du moment présent afin de transformer l'action qui s'y déroule en un acquis, ressources et/ou résultats ». C'est la conjugaison de la motivation et de la volonté d'aboutir. Selon lui, les cinq grandes composantes de l'intelligence de situation sont l'introspection, la compréhension, l'interaction, la réalisation et la capitalisation. Ce sont donc cinq domaines que je mettrai en valeur.

#### **2.6.4.8. La satisfaction, la motivation et Qualité de Vie au Travail**

Selon JM. PLANE<sup>81</sup>, la motivation au travail est liée à deux facteurs indépendants l'un de l'autre, il s'agit de la satisfaction et l'insatisfaction. Pour F. HERZBERG, la formule de la motivation est égale à l'absence d'insatisfaction et à la présence de satisfaction. Il nous dit que les facteurs de satisfaction sont la réalisation de soi, l'évolution de carrière, l'autonomie, les responsabilités, la reconnaissance et l'intérêt du travail.

Un baromètre de satisfaction de la Qualité de Vie au Travail (QVT) pourrait-être le nombre d'agents qui s'arrangent pour être là quand il y a une réunion. Depuis quelques années, la QVT a beaucoup d'importance et est davantage prise en compte. Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), il s'agit d'une démarche « centrée sur l'analyse des situations de travail réelles et la réflexion sur l'organisation du travail dans des espaces de dialogue professionnel et elle appelle une collaboration plus étroite entre les différents métiers de l'entreprise sur ces projets »<sup>82</sup>. Il est à noter que les partenaires sociaux ont négocié un Accord National Interprofessionnel (ANI) signé le 19 juin 2013. Comme le souligne le texte : « La compétitivité des entreprises passe notamment par leur capacité à investir et à placer leur confiance dans l'intelligence individuelle et collective pour une efficacité et une qualité du travail. Elle dépend aussi de leur aptitude à conjuguer performances individuelles et collectives. La qualité de vie au travail contribue à cette compétitivité ». Pour les signataires, performance et compétitivité sont donc des bénéficiaires directs de la qualité de vie au travail.

---

<sup>80</sup> AUTISSIER, David. « L'intelligence de situation », Editions Eyrolles, 2009, p.19.

<sup>81</sup> PLANE, Jean-Michel. « Théorie des organisations », Edition Dunod, 2013, p.41.

<sup>82</sup> ANACT.fr : « La Qualité de Vie au Travail », article publié le 20.11.2015. <http://www.anact.fr/qualite-de-vie-au-travail-la-methode-anact>

En résumé, l'accompagnement se situe dans un plan de communication, une participation, une implication de l'ensemble des acteurs et un soutien par de la formation et de l'aide. Comme le dit A. SOLE<sup>83</sup>, un individu s'appuie sur « *son monde du possible* ». En effet, si dans celui-ci il est légitimé et responsabilisé par sa hiérarchie, il conviendra de l'utilité du projet ou de l'activité à réaliser. Cette notion impose que la hiérarchie en question face preuve de leadership. Chaque corps de métier à sa place et les ponts à créer entre eux doivent relever du possible et de la faisabilité. En l'occurrence, ce travail « *de lien invisible* » que font les managers dépend de leur travail de coordination et de la position qu'ils ont à l'interface des différents corps de métier. Au final, ils doivent établir un équilibre autant solide que nécessaire, c'est ce que M. WEBER a intitulé « *l'éthique de conviction et l'éthique de responsabilité* »<sup>84</sup>, et instaurer un management durable. Il n'y a pas de collaboration sans contexte partagé (SÈVE, 2006).

A mon sens, ce projet est une opportunité pour questionner le travail, le rapport au travail et la nécessité de favoriser le bien être des soignants (PM et PNM) pour produire de la qualité. Ce changement de modalité des organisations de travail nécessite, entre autre, davantage d'implication des cadres de santé et de facto des cadres supérieurs de santé. Selon H. LANOUZIERE, Directeur Général de l'ANACT<sup>85</sup>, « *les changements programmés ne porteront leurs fruits qu'avec la participation active des agents* ». La négociation avec gains partagés (gagnant-gagnant) sera mise en œuvre pour tous les acteurs concernés et impliqués.

---

<sup>83</sup> SOLE, Andreu. Cours Master 2 MOS 2016 : « *Créateurs de mondes, nos possibles, nos impossibles* », Editions du Rocher, Monaco, 2000.

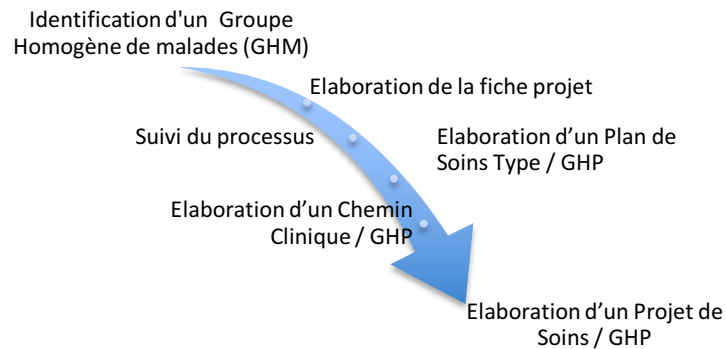
<sup>84</sup> WEBER, Max. « *le savant et le politique* » (1919) Paris : Union Générale d'Éditions, réédition 1963. Le Monde en 10-18.

<sup>85</sup> Source Anact.fr « Conditions de travail et performance des organisations », 20/04/2015, p.3. <http://www.anact.fr/conditions-de-travail-et-performance-des-organisations-publiques>, consulté le 12 mars 2016.



### 3. ORDONNANCE DE LA DEMARCHE PROJET

Pour faire suite à des appuis théoriques, sociologiques et quelque peu éthiques, j'aborderai dans ce chapitre les différentes étapes du projet et leurs mises en œuvre en pratique. Les voici schématisées comme les différentes étapes à accomplir.



#### 3.1. QUELS ACTEURS SONT CONCERNES ET IMPLIQUES ?

Les personnes concernées sont celles qui sont informées de la démarche. Alors que celles qui sont impliquées sont les acteurs pour lesquels les organisations vont changer. Ce sont ceux pour qui le projet aura un impact.

##### 3.1.1. Les acteurs concernés

Il s'agit des directions des soins, de la qualité, des usagers, le département de l'information médicale, ... En résumé, c'est l'ensemble des personnes qui fourniront une contribution à un moment clé du projet. Il s'agit des personnes ressources, chapitre que je traiterai un peu plus en aval.

##### 3.1.2. Les acteurs impliqués

Dans cette démarche, seront concernés l'ensemble des acteurs liés au parcours patient et au Groupe Homogène de Malades (GHM) choisi. C'est avec ces personnes, ainsi définies, que je vais travailler. Aussi, je leur demanderai de s'engager et les mettrai en responsabilité d'une mission lorsque cela sera nécessaire. Il y aura des soignants et des non-soignants.

Ceux avec qui et sur qui repose la fiabilité organisationnelle de ce projet sont les cadres (de neurochirurgie, du SSR et de rééducation) et les médecins (neurochirurgien, neurologue et médecin MPR). Ils seront, ainsi impliqués, et seront en charge de collaborer

avec des aides-soignants, des infirmiers, des rééducateurs (orthophonistes, Masseurs-kinésithérapeutes et l'ergothérapeute) et des étudiants paramédicaux.

Seront concernés et/ou impliqués les patients et ce tout au long de ce travail dans la mesure où il leur est dédié in fine.

<b>La cible du projet</b>	<p><u>Cibles directes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'équipe paramédicale du pôle concernée par le GHM</li> <li>- Le service de rééducation</li> <li>- L'équipe médicale concernée par le GHM</li> <li>- Les patients de ce GHM et leur entourage</li> <li>- Les étudiants paramédicaux</li> </ul> <p><u>Cibles indirectes :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les services d'amont : circuit de la grande garde de neurochirurgie, réanimation chirurgicale, neuroradiologie interventionnelle,...</li> <li>- Les services d'aval : SSR, HAD, ...</li> <li>- Les prestataires intra-hospitaliers : le bloc opératoire, la Salle de Surveillance Post Interventionnelle, les laboratoires et les services d'imagerie</li> <li>- Le service social</li> </ul>
---------------------------	--

**Tableau récapitulatif du public ciblé de ce projet.**

### **3.2.CHOIX DES SERVICES PILOTES ENGAGES DANS CETTE DEMARCHE**

Pour mener à bien ce travail, je me suis entourée d'une équipe pluridisciplinaire. Le choix des médecins porteurs de ce projet a été déterminant. En 2015, lors d'une réunion « bureau de pôle »<sup>86</sup>, j'ai exposé ma démarche et les raisons pour lesquelles je souhaitais m'y engager. J'ai reçu les encouragements du chef de pôle. Puis, j'ai expliqué qu'il fallait que les médecins soient partie prenante et que cela demandait un investissement partenarial sur la durée, seuls deux médecins étaient volontaires : un neurochirurgien et le neurologue en responsabilité du SSR (mon service d'attache). Voici la raison principale du choix des deux services pilotes dans ce projet. Pour ce qui est de l'encadrement de la neurochirurgie : curieuses et volontaires, les CS ont adhéré au projet. De plus, nous avons auparavant travaillé ensemble pour la mise en place d'ORBIS (nos services respectifs étaient déployés en même temps) et dans le cadre de la certification V14.

---

<sup>86</sup> Réunion à l'initiative du médecin chef de pôle, étaient présents l'ensemble des médecins chefs de service, les cadres de santé des services du pôle et la Cadre Administrative du Pôle.

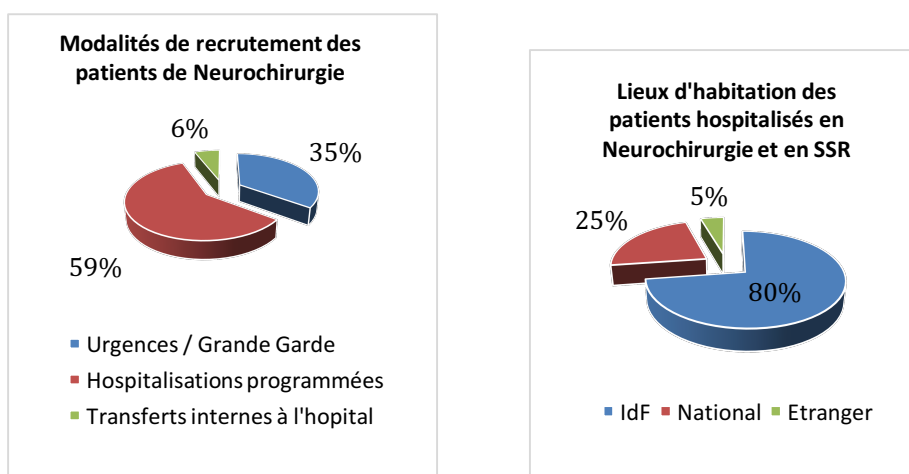
Les deux services se situent dans les anciens bâtiments dits « historiques ». La neurochirurgie est au 2ème étage et le SSR au 3ème. Le premier est constitué de deux ailes de 17 et 18 lits et le second de deux unités en enfilade de 10 lits chacune. L'ensemble des services du pôle NTC sont dans le même bâtiment.

Dans le souci d'une présentation des unités de soins, j'ai sollicité les deux cadres de santé et la secrétaire hospitalière de neurochirurgie pour dresser un profil du service, j'en ai fait de même en SSR avec la secrétaire médicale.

### 3.2.1. Service de Neurochirurgie adulte

La neurochirurgie bénéficie d'un recrutement de patient dont l'intervention est programmée ou arrive par les urgences et notamment par la grande garde de neurochirurgie (tous les six jours en alternance avec d'autres centres d'accueil d'urgences neurochirurgicales de l'AP-HP et hors AP-HP). Ce service travaille essentiellement en partenariat avec le département d'anesthésie - réanimation, la neuroradiologie, la neurologie, le SSR et l'imagerie. Le service bénéficie d'un plateau technique avec équipement lourd (IRM, scanner, artériographie, ...) au rez-de-chaussée. Les pathologies traitées sont celles principalement en lien avec le cerveau et la moelle épinière. Ce sont des pathologies vasculaires (hématome intra ou extra-dural, hémorragie méningée), liées au rachis, tumorales et traumatiques liées à des accidents de la voie publique par exemple.

En novembre 2015, les trois personnes missionnées ont réalisé une petite enquête de terrain. Elle repose sur une cohorte de 53 patients et sur un Taux d'Occupation<sup>87</sup> (TO) de 94%.



(Données du 16 au 22 novembre 2015)

<sup>87</sup> Données obtenues suite à un entretien avec la Direction des Finances, du Contrôle de Gestion et de la Recherche Clinique sur la situation des lits occupés par la neurochirurgie (19 janvier 2016).

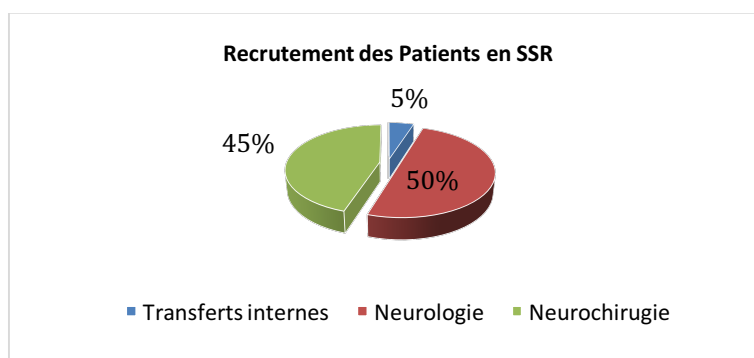
### 3.2.2. Service de SSR neurologique-Neurochirurgical

Plus communément appelé SSR Neuro, il est le service que j'ai en responsabilité en tant que cadre de santé. Ce service a ouvert en septembre 2013 avec une première unité puis une seconde en mai 2014. Il est principalement service d'aval de la neurologie et de la neurochirurgie, respectivement à hauteur de 60% et de 40%. Tous patients de ces deux services nécessitent d'une rééducation motrice (pathologies neurochirurgicales citées plus haut et Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ischémique principalement) ont une indication à être transféré en SSR.

Les patients sont accueillis en SSR suite à une commission d'admission des patients que nous faisons une fois par semaine en neurologie et en neurochirurgie. A cette réunion, en neurologie, sont présents l'assistant social, un neurologue (de neurologie), le neurologue (du SSR) et moi-même en tant que cadre du SSR. En neurochirurgie, sont présents le neurologue du SSR, un neurochirurgien, l'assistante sociale, les cadres des deux services de soins.

Comme pour la neurochirurgie, j'ai réalisé une enquête de terrain, en SSR, sur la même période avec la secrétaire médicale (présente uniquement l'après-midi). Elle repose sur une cohorte de 26 patients et sur un TO<sup>88</sup> de 97%.

Le graphique relatif aux lieux d'habitation des patients hospitalisés en SSR est identique dans les proportions à celui de la neurochirurgie.



*(Données du 16 au 22 novembre 2015)*

---

<sup>88</sup> Donnée obtenue suite à un entretien avec la Direction des Finances, du Contrôle de Gestion et de la Recherche Clinique sur la situation des lits occupés par le SSR (19 janvier 2016).

Avec du recul, ces données sont davantage à visée illustratives. Cela apporte quelques précisions quant aux patients accueillis et concernés par ce projet. En revanche, d'un point de vue managérial, cela fut une des premières missions à l'attention de l'encadrement, en quelque sorte une mise à l'étrier. Cela m'a conforté dans la participation active de mes collaborateurs avec ce travail.

### 3.3.CHOIX DU GHM

Depuis 1991, les établissements de santé doivent analyser leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance Maladie « *les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leurs activités* »<sup>89</sup>. Pour cela, ils ont obligation à « *mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge* » : c'est la définition du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).<sup>90</sup> Le Résumé de Sortie Standardisé (RSS) donne lieu au recueil des informations administratives et médicales qui aboutissent à un classement limité des RSS en groupes cohérents du point de vue médical et des coûts. C'est ce que l'on appelle les Groupes Homogènes de Malades (GHM). Ces informations sont utilisées pour le financement des établissements de santé (en T2A : tarification à l'activité) et pour la planification de l'offre de soins.

Lorsque cela a été possible, je me suis adressée au Département de l'Information Médicale de mon établissement (DIM) pour connaître les GHM les plus représentatifs du service de neurochirurgie. L'obtention des données n'a pas été évidente. Etayer ma demande et argumenter le besoin d'avoir ces données a pris du temps. J'ai finalement obtenu ce que je souhaitais avec l'aide du chef de pôle, qui a accepté d'appuyer ma demande auprès des Techniciens de l'Information Médicale (TIM). J'ai dû, au préalable, le convaincre, lui, et justifié de l'utilité de ces informations factuelles donc fiables et utilisables.

In fine, dans les GHM proposés, le choix s'est porté sur le Groupe Homogène de Patient (GHP) suivant : « la prise en charge de patients adultes présentant une compression médullaire extra durale d'origine non traumatique de l'admission en urgence en neurochirurgie jusqu'au transfert en soins de suite et de réadaptation ». Le neurochirurgien

---

<sup>89</sup> Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

<sup>90</sup> <http://www.atih.sante.fr/mco/presentation> Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO) .

investi au travail, le chef de service de la neurochirurgie et le praticien responsable du pôle ont tous validé le thème.

Quelques jours plus tard, j'ai reçu un appel téléphonique de la secrétaire du chef de pôle me demandant de le rencontrer l'après-midi même. Il avait réfléchi et regrettait que ce projet ne se fasse pas en neuropédiatrie. J'ai rassemblé mes idées et ai évoqué le fait qu'aucun médecin de neuropédiatrie ne s'était porté volontaire pour ce projet. J'ai émis l'hypothèse que ce projet devait être exemplaire pour le pôle et toucher le plus grand nombre d'utilisateurs soit les adultes dans un premier temps. Et puis, il lui faudrait de nouveau m'épauler dans la négociation d'informations auprès du médecin du DIM. En définitive, il a estimé que c'était mieux ainsi et a de nouveau validé le thème choisi. Cet incident montre à quel point rien n'est figé.

### 3.4. MODALITES ET CHOIX DES ACTEURS DU GROUPE PROJET

P. DETRIE<sup>91</sup>, dans un de ces ouvrages, cite T. ROOSEVELT « *Le meilleur manager est celui qui sait trouver les talents pour faire les choses, et qui sait aussi réfréner son envie de s'en mêler pendant qu'ils les font* ». Cet auteur, rappelle aussi à quel point il est bénéfique de jouer collectif, de créer une dynamique métier et de développer l'employabilité et la cohésion d'équipe. Je vais donc m'attacher à former un groupe d'action qui soit le plus cohérent possible avec les objectifs fixés.

#### 3.4.1. L'encadrement

Dans le contexte décrit plus en amont de ce travail, les cadres supérieurs de santé et cadres de santé du pôle sont acteurs d'organisation, de réorganisations et sont de plus en plus préoccupés par le management des ressources humaines. Cette activité est « saturée d'enjeux humains, relationnels, déontologiques, éthiques, ... »<sup>92</sup>. Les décisions sont toujours à prendre de plus en plus rapidement et sans concertation ou temps de prise de recul sur ce que l'on fait.

Ce projet est à prendre comme un outil de développement des compétences des cadres et des équipes. Le tout est d'identifier lesquelles et pour qui. Pour l'encadrement, on ne fera pas l'économie de celle du management et de l'organisation. Se positionner, s'interroger, analyser et proposer sont les 4 axes que je m'efforce de mettre en œuvre en tant que chef projet. Telles seront mes missions et mon rôle tout au long de ce travail.

---

<sup>91</sup> DETRIE, Philippe. « *Manager au XXI<sup>e</sup> siècle, un défi d'ouverture, d'agilité, d'attention, de coopération* », éditions Eyrolles, 2015, p.102.

<sup>92</sup> MARCHAND, Xavier : Syllabus MOS 2015-2016 UE 2 ECUE 3.

Chaque acteur devra déployer un effort d'apprentissage pour maîtriser au mieux cette situation de travail.

Travailler avec l'encadrement de neurochirurgie et de rééducation est une des clés pour mener ce projet. J'ai réuni les trois cadres pour leur faire part de cela. Les deux cadres de neurochirurgie étaient, comme je l'ai déjà précisé, convaincues par l'utilité de ce travail, je n'ai donc pas eu à de difficulté sur ce point. L'une des deux personnes, très occupée par ailleurs, nous avons adapté et convenu qu'elle serait positionnée dans l'équipe projet et non co-pilote. Ainsi, elle pourrait se dégager de certaines réunions au cas où. Le cadre de rééducation, a tout de suite adhéré au projet pour l'aspect collaboration AS / IDE et rééducateurs que j'ai mis en avant dans mon argumentation. Mais aussi, et à mon grand étonnement, il a souhaité « participer à l'aventure » comme il le dit, pour se « rapprocher » de ses équipes. En effet, il m'a expliqué que sa position était « différente » de celle des cadres de santé. Il justifie cela par le fait qu'il n'a pas de service de soins en gestion mais des agents qui sont parfois comme des « électrons libres ».

Cette démarche est une opportunité pour l'encadrement de conforter son positionnement dans la coordination des activités de soins en lien avec les équipes médicales et paramédicales. Trois missions de cadre supérieur de santé seront mobilisées dans ce travail : la gestion des ressources humaines, la qualité et gestion des risques et la bonne circulation de l'information. Organisation, négociation, prise de décision, accompagnement, communication et clarification seront les dimensions managériales utilisées.

Dans cet optique, j'ai formalisé un ordre de missions pour les cadres référents de ce projet qu'ils ont validé.

Missions Générales	Missions ponctuelles
<ul style="list-style-type: none"><li>• Accompagner le développement du raisonnement clinique Partagé (mission d'information, de conseil, d'appui méthodologique, de coordination et de mise en oeuvre du PST et du CC.</li><li>• Recenser les pré-requis métier</li><li>• Elaborer une fiche projet et en assurer la conduite</li><li>• Réaliser le suivi des productions</li><li>• Accompagner les professionnels dans l'utilisation du PST et du CC</li><li>• Contribuer aux réflexions</li><li>• Assurer le suivi et la mise en place des indicateurs dans le projet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rendre compte des travaux et actions menées</li><li>• Participer à des études et travaux transversaux</li></ul>

**Tableau relative aux missions des cadres responsables du développement du raisonnement clinique partagé.**

Une délégation bien menée permet de se libérer du temps et de développer les compétences de l'équipe. Quelques étapes pour cela : identifier les tâches à déléguer, choix de la bonne personne, déterminer les objectifs, suivre l'avancement et garantir un soutien, tels seront les points de vigilance.

### **3.4.2. L'équipe médicale**

Initialement, deux médecins étaient volontaires et motivés. Finalement, seul le neurochirurgien a intégré le groupe en membre permanent. Le neurologue responsable du SSR, pour des raisons personnelles, a été dans l'obligation de se retirer. Il est tout de même un soutien de manière informelle et s'enquiert régulièrement de savoir si « nous avançons bien ». Il devrait, a priori, intégrer le groupe en milieu d'année 2016. Plus tard, 3 médecins se sont intéressés à la démarche et ont rejoint les rangs à titre de consultants. Il s'agit de 2 neurochirurgiens et d'1 médecin spécialisé en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR). En amont, j'avais sollicité un rendez-vous par mail avec la chef de pôle. Suite à cet entretien, il a relancé les médecins quant au projet pour étoffer l'équipe.

### **3.4.3. Les soignants**

Pour construire une équipe de soignant qui soit efficace et qui soit la plus représentative possible de la prise en soins des patients au quotidien, il faut la connaître en situation. Pour penser le développement au travail, je dispose de différents critères qui sont la compétence, la situation en activité et le contexte partagé que je me suis attachée à mettre en lien.

#### **3.4.3.1. Pluridisciplinarité et interservices**

Le choix, en concertation avec les co-pilotes (CS et médecin), s'est porté sur un panel représentatif des soignants AS, IDE et rééducateurs des deux spécialités qui prendraient en charge le GHP choisi. La plus-value est incontestablement la pluridisciplinarité des métiers et des services d'origine. Naturellement, ceci a été le premier critère.

#### **3.4.3.2. Adhésion consensuelle**

Les membres du groupe doivent être intéressés et motivés par la démarche toutefois, ils doivent correspondre aux besoins du projet dans les dimensions compétences métier, expérientielles, connaissances, qualité du raisonnement, équipes jour/nuit, âge et culture des services engagés. L'adhésion des participants est un élément de la qualité de vie au travail à prendre en considération.



### 3.4.3.3. *Compétences métiers*

Pour la bonne marche du projet, le travail demandé doit être dans les capacités et attributions des agents. Pour cela, j'ai missionné les CS responsables de neurochirurgie et de la rééducation pour qu'ils établissent l'activité réelle et représentative des soignants de leurs services.

J'ai dû bien entendu préciser l'utilité de cela et les convaincre que mobiliser les bonnes personnes dans la chaîne décisionnelle et opérationnelle était capital pour la viabilité du projet et la qualité des résultats. En effet, prendre un aide-soignant dans le groupe parce qu'il est motivé est une excellente raison. Toutefois, ce n'est pas forcément la première personne à qui l'on pensera si celui-ci occupe un poste d'agent d'accueil depuis plusieurs années et n'est donc plus dans les soins directs au patient. Un noyau dur de connaissances et d'expertises est essentiel et donne de la crédibilité à la production du groupe.

En théorie, avant de conduire un projet, quel qu'il soit, il faut installer des conditions préalables favorables c'est ce que l'on appelle la démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC). En résumé, les deux principales questions, pour monter un groupe projet, sont : qui fait quoi ? Et qui peut faire quoi ? La cartographie des métiers et la cartographie des compétences répondent respectivement aux deux questions.

Dans le cas présent, deux méthodes ont été intéressantes à appliquer pour avoir un point de comparaison.

#### **Méthode 1**

Je me suis appuyée, d'une part, sur le SI RH dont nous disposons. Il s'agit du logiciel Gestime<sup>93</sup>, outils de gestion des plannings des agents, grâce auquel ils sont payés selon leurs codes métiers<sup>94</sup>, anciennetés et jours travaillés. D'autre part, j'ai sollicité la Direction des Ressources Humaines (DRH) et plus précisément la gestionnaire en charge du pôle, pour qu'elle me fasse parvenir le tableau des emplois des deux services concernés. Les données étaient concordantes. (Cf. ANNEXE 11).

---

<sup>93</sup> Nom du logiciel RH de planning des agents.

<sup>94</sup> Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=metiers>, consulté en octobre 2015.

## **Méthode 2**

En parallèle, j'ai demandé à l'encadrement de neurochirurgie et de rééducation, de prendre appui sur le référentiel des métiers de la fonction publique hospitalière (onglet « savoir-faire » pour être au plus près de ce qu'il est possible d'évaluer en situation de travail) et d'identifier le métier correspondant le mieux aux tâches effectives de chaque agent. J'en ai fait de même avec le personnel du SSR. Il a fallu pour cela évaluer le niveau quantitatif et qualitatif de leurs tâches et déterminer quelle tâche est prédominante par rapport à une autre dans le travail d'un agent.

Les résultats des métiers dits « vrais »<sup>95</sup> sont détaillés en ANNEXE 12.

En neurochirurgie, les AS et IDE qui représentaient 96% du PNM ne sont plus que 88% en situation de travail réel. Même constat en SSR, où l'on passe de 83% à 79%. D'un point de vue des rééducateurs, il y a peu de glissement de tâches.

L'encadrement m'a fait remarquer, à juste titre, que si nous voulions être puritain, il faudrait alors lister les tâches de chaque agent et nous aurions certainement des résultats encore plus bas car chaque personne, à un moment donné de son exercice professionnel, agit dans des domaines qui ne lui sont pas dévolus. Pour reprendre l'exemple qu'ils m'ont donné : « *un AS qui doit aller aux admissions ou emmener un tube au labo, pendant ce temps-là il n'est pas dans le service à son poste* ». Cette remarque est tout à fait juste.

Ce qui est intéressant de connaître, c'est l'activité réelle de chaque soignant mais également d'identifier son savoir et son savoir-faire, en d'autres termes ses compétences de prise en soins des patients. Ce dont, justement, nous avons besoin dans le groupe projet.

Alain Touraine, sociologue français, n'écrivait-il pas déjà en 1955<sup>96</sup> : « *La qualification, histoire d'une notion* » ? Ce que la qualification remettait alors en cause, c'était la notion traditionnelle de métier. La qualification, c'était la part du métier requise par l'organisation du travail encore très marquée par la conception taylorienne.

### **3.4.3.4. Compétence et situations de travail**

Le travail réel fait que la compétence est liée à la situation. La compétence d'un agent se mesure en situation, il s'agit d'une mobilisation de savoirs en activité. A ce sujet, la loi HPST<sup>97</sup> a recentré les compétences sur la qualité avec une politique d'amélioration continue de celle-ci. Selon la thèse de F. MINET et G. MALGLAIVE<sup>98</sup>, la première

---

<sup>95</sup> Appellation explicite donnée par Xavier Marchand, intervenant pour le Master 2 MOS, UE2 ECUE3.

<sup>96</sup> *L'évolution du travail aux usines Renault* (thèse de 1955).

<sup>97</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>98</sup> MINET, Francis. « L'analyse de l'activité et la formation des compétences ». Paris, édition l'Harmattan, 1996.

composante de la compétence est l'automatisme. Elle n'est pas toujours bénéfique mais cela fait partie de la profession. Les soignants cherchent inconsciemment à automatiser certains soins pour pouvoir faire autre chose en même temps. Par exemple, une infirmière peut faire un pansement pendant qu'elle écoute un scope ou répond aux questions d'un patient. Ce que l'on demande aux soignants, c'est d'automatiser certaines pratiques réfléchies et de faire sans penser pour sécuriser l'environnement.

Dans le cadre de ce projet, il est nécessaire de s'attacher à des situations de travail communes aux deux services. En d'autres termes, déterminer les situations et cibles prévalentes en rapport avec le GHM choisi est une manière de mobiliser les compétences interservices, collectives et individuelles des soignants. Rentrer dans ce travail par le mode opératoire est une mise à plat de l'ensemble des actes, procédures et protocoles utilisés. C'est en quelque sorte l'analyse d'un empilement d'actes qu'il faut ensuite relier entre eux. C. DEJOURS nous le dit « *travailler, c'est combler l'écart entre le prescrit et l'effectif* »<sup>99</sup>. Ceci est le point de départ de l'élaboration du plan de soins type.

#### **3.4.3.5. L'expérience et l'ancienneté**

A présent, faisons un focus sur l'expérience et l'ancienneté des agents. Ce qui prime, à mon sens, sera l'expérience des soignants. En effet, une personne détentrice d'expérience aura vécu un certain nombre de situations différentes. Alors qu'une personne qui aura de l'ancienneté dans le même service aura perfectionné les actes de son travail mais avec un niveau d'automatisme élevé qui, là, pourra être un frein aux évolutions et changements. A moins qu'elle ait continué de se former au fil des années.

Dans le groupe projet, il y aura des soignants avec de l'ancienneté pour la culture et une cohorte de soignants avec de l'expérience. Le travail du management sera davantage porté sur ces soignants. Pour les expérimentés les projets nécessitant des changements d'organisation de travail sont souvent perçus comme logiques et normaux alors que pour les soignants dits plus anciens cela peut être plus compliqué voire même les mettre en difficulté. Ce n'est pas le but. Il est à noter que les soignants peuvent aussi être à la fois expérimentés et justifiant d'une ancienneté ou encore novices.

J'ai accompagné mes collègues cadres pour qu'ils dressent un profil des agents en rééducation et en neurochirurgie selon ces critères. J'en ai fait de même en SSR. Ensemble, nous avons établis certains nombres de critères. Les IDE et AS qui exercent

---

<sup>99</sup> DEJOURS, Christophe. « *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel* », INRA Editions, (conférence du 20 mars 2003), p.14.

depuis longtemps dans les services sont facilement identifiables. Ils sont en roulement horaire fixe du matin ou fixe d'après-midi et sont simplement visés selon leurs dates de prise de poste. Ceux dits expérimentés ont suivi plus de formations, de cours, participent à la vie institutionnelle, sont membres de la Commission Locale des Soins Infirmiers et Médico-Technique (CLSIRMT), sont référents dans un domaine (CLUD, CLIN), justifient d'un Diplôme Universitaire (DU) ou ont exercé dans différents services (minimum 2 ans), expérience en établissements privés/publics. Ce sont généralement les personnes qui ne se cantonnent pas à faire le strict minimum. Les agents dits novices sont diplômés depuis 1 ou 2 ans. Les résultats apparaissent en ANNEXE 13.

#### 3.4.3.6. *Les représentations*

Comme nous l'a expliqué X. MARCHAND<sup>100</sup>, les représentations sont difficiles à changer. Mettre en place une nouvelle démarche peut nécessiter de les faire évoluer c'est pourquoi travailler sur le maillage de l'organisation des soins et celui du confort au travail est un axe à ne pas négliger. L'écueil à éviter étant d'axer uniquement sur la performance et d'en oublier ceux qui y participent. Ceci est à prendre comme un point de vigilance.

Prenons quelques situations pour illustrer mes propos.

Un patient correspondant au GHM choisi arrive en SSR. Le lendemain, lors du staff habituel de 9h15, tous les patients sont passés en revue. L'IDE présente ce patient en précisant « par contre, il a encore sa sonde urinaire ». Hors contexte, cela ne veut pas dire plus que ce que l'IDE dit stricto sensu. Mais, en situation, les équipes du SSR savent que tous les patients qui arrivent de neurochirurgie « *doivent être sans sonde* » car le médecin responsable de l'unité « *n'aime pas les patients sondés car il y a plus de risque d'infection et que cela ne leur rend pas service* ». Les soignants ont adopté cette représentation : un patient ne doit pas être porteur d'une sonde urinaire. « *Nous, ici, on fait des catalogues mictionnels* », ai-je même entendu de la part d'une IDE du SSR à une autre de neurochirurgie. Alors que lorsque j'ai interrogé des IDE de neurochirurgie, il est presque étonnant de voir un patient « *sans sonde urinaire : on est en chirurgie quand même, les patients ont le temps pour qu'on leur enlève* ». Le PST permettra, sans doute, de mettre les pratiques à plat et que chaque soignant adopte les mêmes. Le temps de la chirurgie paraît différer de celui du SSR.

Dès que cela a été possible, j'ai rencontré des patients et leurs familles. Le récit de l'un d'entre eux m'a paru fort intéressant. Il s'agit d'un homme auquel il a été dit qu'il devait

---

<sup>100</sup> MARCHAND, Xavier. Intervenant formation MOS 2015-2016, UE2- ECUE 3 « *Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences soignantes* », cours du 15 avril 2016.

conserver une sonde urinaire pendant 5 jours (neurochirurgie). Finalement à J3 de son intervention chirurgicale, il a été transféré en SSR (un étage au-dessus). L'IDE lui a expliqué le rôle de l'équipe qui « *est là pour prendre la suite de ses soins* ». Seulement dans le même temps, elle lui a aussi expliqué qu'elle allait « *enlever la sonde car le médecin du SSR l'a prescrit* ». En l'espace de 45 minutes (le temps du transfert et de la visite du médecin), que s'est-il passé ? Le patient n'a pas changé et son motif d'hospitalisation non plus. Alors cela ne peut être que de monter d'un étage, non ce n'est pas crédible. Il reste les pratiques des équipes paramédicales et médicales. Au final, une pratique commune et partagée est indispensable pour le patient et les équipes soignantes. Il faut donc bien arriver à bouger des représentations du PM comme du PNM.

Autre exemple, le mari d'une patiente a souhaité me rencontrer. Son épouse, à J8 d'un AVC ischémique, est prise en charge depuis la veille en rééducation. Elle avait, en neurologie, un régime alimentaire normal préconisé par l'orthophoniste de ce service. Une fois en SSR, elle s'est retrouvée avec un régime « lisse ». L'orthophoniste du SSR a estimé qu'elle présentait des risques de troubles de la déglutition. Le mari me dit « *mais enfin, vous ne communiquez pas entre service, en bas ma femme mangeait normalement et ici elle ne doit manger que des purées* ». Effectivement, encore une fois, cela montre beaucoup de choses et notamment que les informations ne sont pas partagées.

Un travail commun, non pas sur les comportements mais sur les organisations de travail, en s'appuyant sur les usagers, est à accomplir.

### **3.5.LE GROUPE PROJET ET SES OUTILS**

Lors des deux réunions de service (distinctes et faites dans les deux services de soins concernés), ce projet était à l'ordre du jour ce projet. La démarche a été développée. Le personnel, alors sensibilisé a eu 10 jours pour s'inscrire sur une fiche mise à disposition dans les salles de détente. Ce délai a permis que chaque soignant ait un délai de réflexion, que ceux qui n'étaient pas présents à la réunion aient l'information et bien entendu de répondre aux questions non posées lors de celles-ci. Le Comité de PIlotage (COPI) savait déjà dans les grandes lignes quels profils étaient souhaitables du fait des études menées en amont. Le groupe devait être représentatif des services, allier expérience, ancienneté, compétence métier, niveau de raisonnement et connaissances. Pour répondre au premier critère qui est l'adhésion au projet et la motivation, il fallait laisser la possibilité à tous de s'exprimer.

Ces étapes effectuées, le groupe a pu être constitué à l'image de ce que nous souhaitions. (Cf. ANNEXE 14).

Le groupe dans son intégralité comprend 21 personnes permanentes. Toutefois, d'autres acteurs pourront intervenir à des moments clés (médecins, secrétaires médicales, assistante-sociale, ...) ou seront consultés (patients, entourage). L'organisation se met en place. Et comme l'énonçait H. MINTZBERG<sup>101</sup>, elle « est un ensemble de personnes qui ont entre elles des relations en partie régulières et prévisibles ». Selon M. CROZIER et E. FRIEDBERG<sup>102</sup> « l'organisation évoque avant tout un ensemble de rouages compliqués mais parfaitement agencés. Cette horlogerie semble admirable tant qu'on l'examine seulement sous l'angle du résultat à obtenir : le produit qui tombe en bout de chaîne. Elle change en revanche radicalement de signification si nous découvrons que ces rouages sont constitués par des hommes. Elle devient alors le cauchemar des temps modernes ». Il est vrai que la constitution du groupe projet a été un travail très appliqué. Une fois constitué, il fallait recenser et formaliser les outils déjà existants à la disposition des professionnels de santé.

### Outils à disposition des professionnels

Quels apports sur la clinique sont d'ores et déjà en place pour les professionnels de santé ? Pour répondre à cette question, j'ai profité d'une réunion de pôle pour demander à l'encadrement un état des lieux des apports disponibles. Il existe des sessions formalisées de cours théoriques en ORL, en neurologie et en neurochirurgie. Ceci est profitable et bénéfique mais aux agents des services respectifs. Un manque de communication inter-service témoigne d'une pratique qu'il faut décentraliser. De fait, depuis le mois de mars, est diffusée sur l'établissement, la liste des cours que donnent tous les médecins pour que tous les professionnels intéressés puissent y assister.

Au-delà de l'apport théorique, c'est un moyen incitatif et un indicateur de qualité pour créer du lien et faire sortir les agents des services. Se connaître, changer d'étage, aller dans un autre service que le sien est un levier dans le partage des connaissances et des pratiques.

Dans un autre registre, lors de nos réunions « cellule d'appui méthodologique<sup>103</sup> », j'ai rencontré le directeur des soins de Paul Brousse qui supervise ce groupe. Cette cellule

---

<sup>101</sup> MINTZBERG, Henry. « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre », Editions Eyrolles, cinquième tirage 2010.

<sup>102</sup> CROZIER, Michel et FRIEDBERG, Erhard. « L'acteur et le système », Seuil, points essais, 1977, page 41.

<sup>103</sup> Fréquence : une réunion par trimestre.

est composée des CSS missionnés dans le projet raisonnement clinique du GH. Cela a pour but de faire un état des lieux et apporte le soutien de la direction des soins. Avec deux CSS, nous avons fait remonter les difficultés que nous pourrions rencontrer du fait d'un manque de théorie. Après négociation et argumentation, le 9 mai 2016, chaque cadre et cadre supérieur (du groupe) a reçu deux ouvrages<sup>104</sup>. Nous venons de les recevoir, pour le moment ce sont les cadres de neurochirurgie qui les ont. Ensuite, je les mettrai à disposition des soignants. L'essentiel étant de rester dans la démarche des informations partagées.

### 3.6. ORDONNANCE DES ACTIONS ET MISE EN ŒUVRE

Une fois la situation, générant le projet managérial, déterminée puis avoir identifié le GHP et constituer le groupe projet, je m'attacherai dans ce chapitre à exposer la démarche que je poursuis à ce jour. La fiche projet a été élaborée et rédigée en COPIL. Elle comporte ce que j'ai nommé l'ordonnance des actions à mettre en œuvre, leurs indicateurs ainsi qu'un planning prévisionnel (Cf. ANNEXE 15)

#### 3.6.1. Information et formation pour le groupe projet

Lors de la formation-action par Césiform<sup>105</sup>, j'ai reçu un enseignement répondant à des objectifs pédagogiques (Cf. ANNEXE 16). J'ai dû intégrer ces données avant de pouvoir les transmettre aux co-pilotes pour qu'à leur tour ils puissent les transmettre aux acteurs impliqués. Je me suis appuyée sur un kit pédagogique transmis par Césiform. J'ai animé une réunion de COPIL, power point à l'appui, nous avons avancé pas à pas ensemble dans cette étape cruciale pour poser les bases de ces apports théoriques indispensables. J'avais, initialement prévu 2 heures pour cette rencontre découpée ainsi : présentation du support, questions-réponses puis réflexion stratégique (pour adapter si besoin cette présentation pour le groupe). In fine, cela nous a pris 3h30. Les copilotes ne se sentant pas à l'aise avec le kit pédagogique, nous l'avons clarifié et simplifié, sans en perdre la substance, pour le rendre plus facile à la compréhension (Cf. ANNEXE 17). Il ne s'agissait pas de décourager les collaborateurs. D'ailleurs comme le dit P. AMAR, « l'efficacité de la communication dépend de l'attractivité et de la crédibilité de l'émetteur, de la capacité démonstrative du message, de la réceptivité et de la personnalité du récepteur »<sup>106</sup>. Je dois admettre que se positionner en tant que formateur sur un sujet que

---

<sup>104</sup> BLONDEL, Monique et PSIUK, Thérèse. « Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjours », Editions Masson, 2010, 385 p.

PSIUK, Thérèse et GOUBY, Monique. « Plans de soins types et chemins cliniques, 20 situations prévalentes », Editions Masson, 2013, 372 p.

<sup>105</sup> Organisme de formation pour les professionnels de santé, Paris.

<sup>106</sup> AMAR, Patrick Amar. « Psychologie du manager », DUNOD, 2015, p.122.

je ne maîtrise pas à la perfection n'a pas été chose aisée. Mais, j'ai passé le cap avec des heures de préparation, les riches conseils et les éclaircissements de la formatrice de Césiform et de la cellule d'appui. Les ressources internes et externes sont essentielles.

Le 13 janvier 2016, les co-pilotes et moi-même avons réuni le groupe projet au complet pour qu'ils prennent connaissance de la démarche. Chacun s'est présenté puis j'ai commencé l'intervention auprès du groupe et introduit le sujet. Ensuite, les co-pilotes ont pris le relais. Nous avons convenu d'un « atelier post-it » (diapo 2 du diaporama). Chaque personne avait à sa disposition des post-it. La consigne était de noter en quelques mots ce à quoi faisait penser les termes « raisonnement clinique », « modèle tri-focal », « démarche clinique » et « projet de soins ». Cette méthode, ludique, avait pour finalité de mettre à l'aise tout le monde, les petits papiers n'étant pas ramassés, et de les reprendre en fin d'intervention pour que chacun connaisse l'écart entre ses propres représentations et la théorie. Le ton était donné et la dynamique lancée. Un espace-temps a été dédié aux interrogations voire aux craintes de certains.

En effet, les membres du groupe ont tout suite pris la mesure de l'ampleur du travail qu'ils allaient devoir accomplir...et nous aussi. Quelques encouragements plus tard, le groupe s'est recentré et a fourni un premier travail d'organisation. Une distribution des tâches s'est rapidement dessinée. Certains préfèrent parler, d'autre écrire. En cela, l'un des deux cadres de neurochirurgie s'est proposé pour prendre des notes et écrire le compte rendu des séances. Les échanges ont été riches et constructifs, il s'est dégagé une envie de chaque corps de métier de valoriser son travail. Toutefois, chacun a gardé sa place et a été respectueux de celle des autres.

Suite à la présentation, spontanément, chaque personne a lu ce qu'elle avait écrit sur son post-it de départ sans crainte de quelque jugement que ce soit. Le groupe projet au complet, les agents ont quasiment tous reformulé à leur manière la présentation ainsi faite. Ceci a été l'indicateur, d'une part que tous avaient bien pris connaissance des apports et d'autres part qu'ils étaient compris.

Enfin, lors de cette première séance de travail, nous avons réalisé une première ébauche de la photographie<sup>107</sup> des problèmes de santé du GHP et déterminé les prochaines dates de travail et l'ordre du jour de la réunion suivante.

---

<sup>107</sup> Photographie du GHM : recensement de tous les problèmes de santé du GHM selon 3 domaines, liés à la pathologie, liés aux complications et liés aux réactions humaines. C'est ce que l'on appelle le modèle tri-focal).



Le lendemain, en COPIL, nous avons débriefé cette première prise de contact avec l'équipe projet. Chacun était satisfait et quelque part soulagé que les membres pluridisciplinaires du groupe soient aussi enthousiastes à l'idée de construire un outil.

En revanche, quelques jours plus tard, une AS du SSR m'a fait part de son manque de connaissance sur les pathologies de neurochirurgie et surtout sur la prise en charge des premières heures. Effectivement, je n'avais pas pris cet élément suffisamment en compte. J'ai décidé de réajuster rapidement.

### 3.6.2. Formalisation du plan de soins type<sup>108</sup>

Le 26 janvier 2016, pour notre deuxième réunion de travail, j'ai demandé au neurochirurgien (du groupe) de faire un cours récapitulatif sur les compressions médullaires. J'ai également fait intervenir le médecin MPR du SSR. Le cours s'est fait de concert. Ceci, pour que chacun parte avec des données fiables et utilisables. N'oublions pas qu'il y a dans le groupe des soignants de neurochirurgie qui sont au cœur de la prise en charge en aigüe mais qu'il y a aussi des soignants du SSR qui potentiellement ne connaissent pas sur le bout des doigts la pathologie (comme me l'a fait remarquer une AS) et inversement.

Voir deux médecins de deux spécialités différentes (qui se fréquentent peu) réaliser un cours « partagé », sur la prise en charge d'un patient venant pour une compression médullaire et intégrant un service de rééducation, fut un déclic. Ils ont pris du plaisir, c'était palpable, à se renvoyer la parole : « *je parle sous ton contrôle* », « *on se passe le relai* », « *quand en SSR vous avez un doute et que vos médecins ne sont pas dispo, n'hésitez pas à nous appeler* ». L'espace d'un instant il n'y avait plus qu'un seul service de soins. Il ne s'agissait plus d'un patient de neurochirurgie puis d'un patient de SSR mais d'un patient qui rentre à l'hôpital et de ce que l'on fait pour lui jusqu'à sa sortie. L'approche processus pouvait commencer.

Lors de cette réunion, il y a eu une décision collégiale de réduire le champ de notre travail aux compressions médullaires d'origine extradurale uniquement et pour les patients hospitalisés dans le cadre de l'urgence. Ceci, afin de simplifier, par la suite le PST et le chemin clinique car le 1<sup>er</sup> lever et la décision d'intervention chirurgicale sont plus précoces et plus standardisés que pour les origines intra durales dont la prise en charge peut-être davantage retardée sur plusieurs jours voire plusieurs semaines. Sur cette séance, le groupe a défini et argumenté les choix rédigés dans la photographie et validé le 1<sup>er</sup> domaine (celui de la pathologie) du modèle tri-focal.

---

<sup>108</sup> Cf. ANNEXE 18.

En février 2016, SSR et neurochirurgie déployaient ORBIS dossier de soins. Les cadres n'ont donc pas réuni le groupe. Cela a permis de réfléchir et de proposer une nouvelle méthode d'organisation. Plutôt que tous les professionnels et les cadres bâtissent, tous ensemble en séance plénière le PST, nous avons décidé de scinder le groupe en trois. Une meilleure gestion du temps et moins de digressions inutiles était le but de ce réajustement. J'ai demandé à l'encadrement de s'occuper de cela pendant ma semaine de formation Master. Ils ont réparti deux problèmes de santé par groupe. Selon LIKERT<sup>109</sup> (1967), « *un responsable ne devrait pas avoir plus de 5 ou 6 personnes immédiatement sous ses ordres en réunion de travail* ». PORTER et LAWLER<sup>110</sup> (1965) insistent sur le fait que « *les gens qui travaillent dans des petites équipes sont plus satisfaits de leur travail que les autres du fait de l'attention plus soutenue qu'on leur porte* ». Chaque sous-groupe a dû élaborer le PST pour le problème défini et avait pour mission de présenter le fruit de sa réflexion lors de la réunion suivante du 9 mars 2016.

Cela a imposé aux cadres de communiquer la nouvelle organisation, de faire circuler l'information et de demander aux professionnels de travailler, en dehors du temps de réunion dédié, avec les personnes qui sont dans leur sous-groupe. Ceux-ci ont été élaborés de manière à ce que les rééducateurs et les médecins soient dans des groupes différents. Les AS et IDE des deux services ont également été répartis de manière la plus équitable possible.

D'après l'analyse, menée par GEORGET et SENEMEAUD, de la compétence collective de groupes de 8 à 10 personnes en 2004, il en arrive à la conclusion que dans une situation simple, le groupe est compétent et que dans une situation complexe il l'est moins. Le groupe n'est donc pas fait pour traiter des situations complexes. Il faut rendre les situations plus simples, c'est pourquoi le cadre travaille dans ce sens. Un autre constat : cela prend plus de temps de travailler en groupe et cela est moins opérant mais en termes d'efficacité participative et de démocratie, c'est mieux et d'ailleurs nécessaire. Nous devons obtenir l'adhésion du groupe pour conduire une démarche.

Travailler en groupe ou sous-groupe, c'est appartenir à un groupe social par intériorisation des valeurs et pratiques de ce groupe. M. KADDOURI<sup>111</sup>, nous dit que

---

<sup>109</sup> MAGAKIAN, Jean-Louis. « *50 fiches pour la gestion stratégique des ressources humaines* », édition Bréal, Collection Economie Droit Scolaire, 2003, p.9.

<sup>110</sup> Ibid.

<sup>111</sup> MARCHAND, Xavier. Intervenant formation MOS 2015-2016, UE2-3 « *Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences soignantes* », cours du 18 mars 2016.

« l'identité ne me dit pas qui je suis ni le sens de ce que je fais mais qui je dois être et ce que mon groupe d'appartenance attend de moi ».

Le 9 mars, le 5 avril et le 3 mai 2016, chaque sous-groupe a présenté le travail réalisé en intersession. La méthode réajustée d'organisation de travail est concluante dans la mesure où cela apporte une dimension nouvelle. Les soignants font appel d'eux même aux compétences d'autres agents des deux services de soins. Le maillage et la montée en puissance des échanges, ainsi élaborés, ont fonctionné. Nous touchons au concept d'intelligence individuel et collectif. Le travail intersession libère la parole et la posture réflexive des professionnels.

Pour les autres réunions du groupe projet (31 mai et 5 juillet 2016), le groupe fonctionnera de la même façon jusqu'à obtention d'un PST et d'un chemin clinique abouti et validé par l'ensemble des membres du groupe projet. Les productions devront être étayées par des documentations, publications et recherches. La participation des médecins sera précieuse sur ce point.

### 3.7.LES MODALITES D'ORGANISATION ET LE PLANNING PREVISIONNEL

Les réunions se dérouleront le mardi dans la salle de réunion de neurochirurgie de 14h à 15h30. Cette modalité a été validée par le groupe à la première réunion de présentation. Comme le dit la loi des rendements décroissant (loi d'ILLICH) : « *au-delà d'un certain seuil, la productivité décroît* », c'est pourquoi 1h30 de temps de travail en alternance avec des travaux intersessions est adapté. Il ne faut pas mélanger la quantité et la qualité.

Il convient de prendre en compte les roulements de travail des soignants. Ceci a pour objet de favoriser l'adhésion des participants, de limiter les contraintes et de concourir à la QVT. De plus, il laisse, si besoin, un temps avant et après les réunions pour ce qu'appelle P. BOURRET<sup>112</sup> « *le travail de lien invisible* » comme « *les avant et les après-réunions* ». Le neurochirurgien n'opère pas le mardi après-midi. Les rééducateurs sont présents en journée. Pour les AS et IDE, plusieurs roulements de travail sont à compiler. Il y a des agents en 12h, qui ne travaillent pas tous les jours, d'autres qui alternent matin et après-midi terminant à 14h30 pour les uns et commençant à 13h40 pour les autres et ceux de nuit. De plus, il faut composer avec le temps de transmissions qui est ajusté les jours de

---

<sup>112</sup> BOURRET, Paule. « *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible* », Seli Arslan, 2006.

réunion. En ce qui concerne l'encadrement, sauf contraintes non envisagées, il n'y a pas de réunions autres préprogrammées le mardi. Les conditions semblent, pour le moment, réunies. Les cadres me tiennent informée du fait de ma position transversale sur ce projet et de mon rôle de coordination.

Les modalités d'organisation paraissent simples mais elles sont garantes de l'opportunité qui est laissée à chaque membre du groupe pour participer au travail. Pour les soignants de nuit, peu nombreux, ils ont proposé de travailler par mail pour ne pas être présents à chaque regroupement. Nous avons validé ceci, en contrepartie ils se sont engagés à venir aux réunions clés que l'encadrement leur signifiera. Avoir des personnels de nuit, cela contribue au partage de l'information et à la promotion du projet. S'agissant de l'élaboration d'une démarche collective, il était exclu de ne pas avoir des représentants des équipes de nuit.

Tout le travail fait jusqu'ici, présentations, cours, compte rendu et versions provisoires du PST sont consignés dans un classeur mis à disposition dans la salle de staff de neurochirurgie, lieu central entre les 3 services (SSR, neurochirurgie et plateau de rééducation). Les documents sont accessibles au groupe projet. Un des cadres de neurochirurgie a en charge de rédiger les comptes rendu après chaque réunion de travail. Après écriture, elle les envoie au COPIL pour relecture et validation.

Nous avons élaboré un planning prévisionnel (Cf. ANNEXE 15) qui s'étale jusqu'en 2017. Il est conseillé d'intégrer des zones tampons dans ce planning et de fractionner les tâches importantes puis de faire des points d'avancement réguliers.

### **3.8.LA PROMOTION DU PROJET**

Avancer sur un projet et répondre à un besoin, c'est bien mais le faire connaître et le promouvoir c'est essentiel pour qu'il vive, s'enrichisse et se renouvelle.

Lors de la réunion bureau de pôle de la rentrée 2015, tous les cadres étaient présents. Toutefois, rien n'était encore élaboré. En février 2016, j'ai fait une présentation de la démarche projet avec cette fois un support. J'ai présenté l'équipe projet, leurs missions et fait un point d'avancement. Tous les cadres ont bien intégré que l'enjeu était de le faire sur le SSR, en neurochirurgie et en rééducation pour le moment mais que tout le pôle devrait s'atteler à la tâche dans les années futures. Cet argument faisant mouche, les cadres du pôle se sont sentis très intéressés.

Au cours des réunions cadres du pôle, ce projet sera remis à l'ordre du jour à plusieurs reprises sur le 2eme semestre 2016 et sur l'année 2017 pour exposer l'état d'avancement.

Lors du conseil de pôle du 24 mai 2016, l'ensemble des personnels PM et PNM seront conviés. A la demande du chef de pôle, je ferai une présentation aux soignants des autres services du pôle qui ne seraient pas avisés. La directrice du GH sera présente.

Par ailleurs, je participe à un autre projet relatif à la création et à la mise en place d'un site intranet du pôle, profitant d'une réunion de travail, avec le trinôme de pôle, j'ai proposé de mettre en ligne le travail, lorsqu'il sera terminé. Nous avons évoqué cette idée en concertation avec tous les cadres du pôle au préalable. Ma demande a été reçue favorablement. Cela sera une invitation à poursuivre les travaux sur d'autre PST pour les PM et PNM, afficher et valoriser le travail déjà accompli.

### 3.9.SUIVI ET EVALUATION DU PROJET

L'évaluation des productions se fait par le groupe qui s'interroge, se questionne et fait avancer la réflexion. Le travail collectif est un garde-fou. Les médecins du groupe sont garants de la validité des propos médicaux avancés. Il est convenu qu'après chaque réunion de travail du groupe, un neurochirurgien (autre que celui du groupe) lise la production et en fasse un retour écrit, par mail, au neurochirurgien du groupe.

Le groupe prend appui sur les protocoles et/ou procédures des services et institutionnels. Une base de données « BLUE MEDI » est disponible sur l'intranet du GH. Elle confirme les bonnes pratiques énoncées tel un référentiel. Elle recense toutes les procédures du GH nécessaires validées par les trois Directions des soins des trois hôpitaux du GH. L'évaluation, selon C. DEJOURS<sup>113</sup>, est tenue pour « *raisonnable, légitime et souhaitable* ».

L'encadrement est en charge de la qualité en termes de soins dispensés aux patients en s'appuyant sur des situations réelles de patients hospitalisés pour la pathologie traitée dans le projet. Une « grille d'évaluation de la présence d'indicateurs qualité pour l'élaboration du plan de soins types et du chemin clinique » a été élaborée comme fil conducteur (Cf. ANNEXE 19). Mon rôle est de suivre l'évolution du projet, de veiller à sa

---

<sup>113</sup> DEJOURS, Christophe. « *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel* », INRA Editions, (conférence du 20 mars 2003), p.9.

cohérence et au respect de la consigne fixée en amont dans le temps imparti. C'est aussi, évaluer, développer et valoriser les compétences des collaborateurs proches.

Les travaux réalisés ont été présentés deux fois, pour le moment, à la direction des soins et aux cadres supérieurs chargés de mission sur le dossier de soins. Je les ai sollicités à plusieurs reprises pour leur regard extérieur et leur ouverture sur le GH. Le CSS de la DSAP et la formatrice de Césiform valident l'avancée des travaux 1 à 2 fois par trimestre par mail.

Un fois abouti, l'utilisation du CC format papier sera une première phase de test. Puis, corrections et ajustements seront apportés par tous les professionnels l'utilisant. Enfin, il sera intégré et mis en application sur informatique dans ORBIS. Pour cela, il sera transmis au Centre de Compétences et de Services (CCS) patient du siège de l'AP-HP qui est chargé de la maîtrise d'ouvrage déléguée et de la maîtrise d'œuvre des SI Cliniques de l'institution sous l'autorité du directeur des SI de l'AP-HP.

### **3.10. LE COUT DU PROJET ET SES GAINS**

Le coût se mesure sur plusieurs dimensions, d'un point de vue humain, matériel et financier. Le temps humain est difficilement chiffrable à moins de le mettre en regard du temps de travail et des métiers concernés. Selon PARKINSON<sup>114</sup> : « Le temps investi dans la tâche s'étend jusqu'à occuper tout le temps disponible pour le réaliser ». En effet, une tâche finit par occuper toute la place que nous lui laissons. Il s'agit donc de fixer un « budget » temps et d'imposer des dates limites. Après le temps, la mobilisation intellectuelle est à noter également. Il faut compter les espaces, les moyens matériels et les SI participant à la construction de ce projet. Enfin, lorsque le chemin clinique sera élaboré, sa mise à disposition sur l'intranet et son intégration sur ORBIS aura un coût financier que je ne maîtrise pas à l'heure actuelle. Savoir ce que coûte un projet est important mais évaluer ce qu'il rapporte est majeur. Cela consent à une opération simple de rentabilité.

---

<sup>114</sup> Historien et romancier anglais, « les lois de Parkinson », Robert Laffont, 1983.

Comment reconnaitra-t-on que cette démarche médico-soignante aura eu des effets constructifs ? Idéalement, ce projet aura répondu aux objectifs fixés dans le délai imparti et selon les indicateurs de réussites énoncés. Telle est la mission d'un CSS. Il sera conforté grâce à des audits menés tout au long du projet entre autre sur la qualité des transmissions ciblées et la diminution des interrogations des patients et de leur entourage. Cela est à la charge des CS. In fine et comme le disent D. AUTISSIER et JM. MOUTOT, « *il est nécessaire que des résultats positifs du changement soient observables et que la perte de productivité se transforme en gains de productivité quantitatifs et/ou qualitatifs* »<sup>115</sup>. La direction de soins ayant une vision plus large pourra évaluer ceci avec CCS et CS.

Sur le plan stratégique, ce projet apportera en attractivité aussi bien pour les patients que pour les soignants. L'encadrement supérieur et de proximité d'un pôle qui cautionne cette démarche via le DPC, affiche les compétences de ses professionnels et assois davantage sa notoriété. Sur le plan des ressources humaines, le gain de ce projet peut se mesurer en fidélisation du personnel.

---

<sup>115</sup> AUTISSIER, David et MOUTOT, Jean-Michel. « *Méthode de conduite du changement* », DUNOD, 2007, p.17.

## 4. BILAN REFLEXIF

### 4.1. LES APPORTS DU PROJET DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU QUOTIDIEN ET DANS LE FUTUR

Du point de vue du livrable attendu, le plan de soins type est bien avancé. La suite est la construction du chemin clinique sous forme de diagramme. Le groupe de travail avance dans les temps impartis avec la qualité demandée.

#### 4.1.1. La création d'une dynamique d'équipe autour d'un projet fédérateur

La prise de recul est intéressante et nécessaire. Nous, managers, avons tous fait le constat que des échanges entre médecins et soignants (AS, IDE et rééducateurs) sont riches d'enseignement sur les relations interprofessionnelles. Vous allez me dire que ce n'est pas exceptionnel. Certes, mais ce qui est moins évident c'est le positionnement que chaque acteur prend. Les AS questionnent les IDE sur les pratiques de soins et leurs finalités. Les transmissions ne leurs sont plus réservées. Les médecins sollicitent l'œil critique des AS du fait du temps qu'elles passent aux cotes des patients. Les rééducateurs prennent davantage en compte la charge de travail des AS et des IDE dans la planification journalière des soins.

Des bouleversements s'opèrent avec un respect singulier et mutuel des métiers de chacun. Ils apprennent les uns des autres et cela fait boule de neige vis à vis des agents qui ne sont pas dans le groupe. Trois soignants de neurologie sont venus me voir en délégation pour savoir si en tant que « responsable » je pouvais répondre à leur question : « *Nous souhaiterions savoir si nous pouvons, nous aussi, participer à ce que vous faites (...) nous avons l'impression que nos collègues apprennent plein de choses intéressantes, est-ce que c'est possible ?* ». Peut-être le début de la constitution d'un groupe de travail pour un CC en neurologie ? Les agents parlent et communiquent, la démarche mise en œuvre à bonne presse. Elle doit s'étendre sur le pôle et j'y veillerai si l'on m'en donne la possibilité.

#### 4.1.2. Les écrits professionnels

Je ne saurai dire à ce jour si toutes les transmissions sont de meilleures qualités grâce au travail en cours, cela est trop tôt. Toutefois, avec les cadres du groupe, nous faisons le constat d'un enrichissement du vocabulaire utilisé qualifié de plus professionnel et des écrits plus longs. Un audit sera organisé sur le deuxième semestre 2016 pour analyse et comparaison.



La qualité est une chose, la traçabilité en est une autre. Je peux déclarer, sans me tromper, que les soins sont mieux tracés et que les recueils de données et les cibles sont plus pertinents.

#### **4.1.3. L'harmonisation des pratiques professionnelles**

Le travail en sous-groupe en intersession et le rendu des travaux en groupe projet a permis aux agents des deux services d'échanger plus qu'ils ne l'auraient fait sans ce projet. Il a été mis à jour les pratiques positives et celles qui le sont moins dans les deux services. Les médecins, à ce jour, ont trouvé des accords. Reprenons l'exemple du sondage urinaire : un catalogue mictionnel est désormais débuté en neurochirurgie. Cette nouvelle pratique est un ajustement de l'outil déjà existant en SSR qui a été adapté pour les deux services de soins par les professionnels de santé (PM et PNM). Cette procédure a été validée par les deux chefs de service et présentée en réunion dédiée à l'accueil des nouveaux internes le 3 mai 2016. Il y a un ancrage de la démarche médico-soignante qui va dans le sens de la continuité des soins. Pour le patient, il n'y a plus de rupture et plus de discours discordants anxiogène. Etrangement, nous tous, cadres de santé avons remarqué que les AS prenaient davantage la parole en staff le matin et plus encore, elles sont même interrogées et écoutées par les équipes médicales qui prennent plus en considération leur point de vue. Les représentations vacillent.

#### **4.1.4. Le collectif**

Désormais, les rééducateurs, pour chaque nouveau patient, participent à la toilette du patient avec un AS. Cela permet qu'il fasse le bilan d'autonomie et cela donne l'occasion à l'AS de parfaire les techniques de transferts. Pourquoi tel acte, de telle manière avec telle technique ? (Cela peut aussi être une IDE ou des étudiants paramédicaux). C'est un partage d'activité en bonne intelligence. Nous sommes bien dans du raisonnement clinique partagé et mêlé de complémentarités formatives de pratiques.

Les missions des cadres (les miennes aussi) qui m'accompagnent sont recentrées sur la clinique. Il faut coordonner ses actions et les faire vivre ce qui est certainement le plus difficile.

#### **4.1.5. L'impact managérial**

D'un point de vue managérial et stratégique, le décroisement qui s'est accru, du fait de la dynamique que prend cette démarche, facilite la mutualisation des personnels soignants dans les services du pôle. Plus encore, les compétences voyagent dans le pôle et la qualité de prise en charge est croissante. Dans l'équipe d'encadrement, les collègues souhaitent démarrer elles aussi ce projet car leurs équipes sont en demande (comme la neurologie). C'est le monde à l'envers ! Ce travail a permis de déceler et de valoriser des

compétences cliniques individuelles et collectives et de recentrer le travail des cadres autour de la clinique.

L'analyse de situation liées au GHP choisi a permis de mieux connaître la gestion des risques, même s'il y a encore un travail conséquent à fournir. La CPP, arrivée en janvier 2016 (poste vacant depuis l'été 2015), souhaite participer aux réunions du groupe projet. Je suis honorée qu'elle s'y intéresse maintenant, alors que le projet est bien lancé. Ce dernier a nécessité beaucoup de rencontres avec d'autres acteurs que je n'aurai peut-être pas sollicités en temps normal. Les cadres qui participent à cette aventure et moi-même ont agrandi notre réseau. Notre angle de vue s'élargie et nos connaissances par la même occasion.

Approcher une fonction d'encadrement supérieur, depuis un prisme nouveau a donné lieu à une mise en perspective avec davantage de hauteur. Manager le management n'est pas chose aisée. Evaluer les compétences des cadres qui participent à ce projet et les valoriser est le rôle du CSS. La communication, le leadership et le relationnel sont les cartes maitresses dont j'ai usé. Elles m'ont épaulée pour planifier, organiser et coordonner les activités au sein du pôle et en relation avec le chef de pôle. L'usage de la communication m'a aidé pour argumenter, influencer voire convaincre mes interlocuteurs (interne et externe : choix du GHP avec le chef de pôle, entretien avec les représentants des usagers, ...).

#### **4.1.6. Le futur proche**

La CPP et moi-même avons envisagé de faire un atelier « chambre des erreurs » en octobre 2016. Ce seront les soignants du groupe projets qui l'animeront et inventeront les scénarii. Selon d'où l'on se place, c'est à la fois une responsabilité, une valorisation et une évaluation. Une chose est certaine, cela sera une continuité de la démarche-soignante et c'est bien le travail actuel qui a fait naître des approches cliniques collectives.

En effet, il est acté que dans le parcours professionnalisant, les soignants (pour le moment de neurochirurgie et ceux du SSR) continueront d'aller de temps à autre dans les autres services du pôle pour se former. Mais en plus, les neurochirurgiens (avec l'accord du chef de service) ajoutent leur pierre à l'édifice en proposant deux fois par semaine une place pour un soignant au bloc opératoire (IDE prioritaires). A ce jour 3 IDE ont pu bénéficier de cela. Le retour qu'elles font est essentiellement sur la prise en charge de la douleur, sur l'installation du patient et globalement sur la gestion des risques. L'une d'elles m'a dit « *mieux comprendre* » et du coup « *mieux prendre en charge* » le patient. Elle explique qu'elle se sent « *plus à l'aise* » pour répondre aux questions du patient en post-opératoire.

Je n'ai pas de recul suffisant pour en dire plus à ce sujet. Nous réévaluerons ceci dans quelques mois. Nous verrons si ce dispositif de DPC tient dans le temps et quels sont les bénéfices à dégager un agent de son poste de travail.

Pour la direction des soins, la clé est de répondre au projet d'établissement et de soins. Avec cette démarche nous répondons aux attentes de la CME et à celles des usagers. Pour le prochain séminaire de pôle en juin 2016, le chef de pôle a mis à l'ordre du jour la « démarche du raisonnement clinique ». Il souhaite, par l'intermédiaire du neurochirurgien du groupe, « *étendre les bénéfices* » dit-il pour « *peut-être plus tard monter d'autres projets cette fois ci de recherche* ».

## 4.2.LES FREINS EN COURS OU A VENIR

Initialement, un état des lieux des risques (chapitre 2.6.6) a été effectué, toutefois quelques facteurs ont été sous-estimés. La certification, en avril 2016, a certes été un levier mais aussi une contrainte. C'est toujours un peu l'ébullition lors de ces périodes là et cela prend un temps considérable en anticipation, en préparation et en mise à l'épreuve. Dans le cadre de ce projet, je n'ai pas eu tous les rendez-vous que j'aurais aimé avoir car beaucoup d'acteurs n'étaient pas disposés.

La certification à peine terminée, nous sommes déjà sur un autre front qui s'intitule la réforme de l'Organisation du Temps de Travail (OTT). A partir du 1<sup>er</sup> avril 2016, l'aspect réglementaire reprend le dessus et un certain nombre de jours de repos ne sont plus alloués. Un second aspect est à travailler avant le 1<sup>er</sup> septembre 2016, il s'agit de celui du passage en grande équipe pour tous et en 7h30 (ou 7h36) au lieu de 7h50. Ce dossier n'a pas d'impact direct sur le projet en tant que tel mais il en a un sur le temps qu'y consacrent les cadres.

Le management de la clinique prend du temps et nécessite de maîtriser des méthodes pour construire des outils. En l'occurrence, l'élaboration du chemin clinique, lorsqu'il sera terminé, aura pris de nombreux mois. C'est un travail de fourmi et de longue haleine. Le temps est entre autre le facteur que j'avais le plus sous-estimé.

Selon une étude de l'ANACT, ce sont les organisations de travail qui génèrent les comportements de travail. Le plus grand frein est le manque d'adaptabilité dans les nouvelles organisations de travail. Il faut donc accompagner cette capacité à changer et s'adapter et avoir une déontologie professionnelle dans la dimension sociale. Ceci dit, la

conséquence pourrait-être l'essoufflement du groupe. C'est une donnée à prendre en compte et les managers (cadres et cadres supérieurs) ont pour mission de veiller à cela. Le cadre supérieur est celui à qui incombe la tâche de fédérer et d'animer l'équipe des cadres pour qu'à leurs tours ils transmettent cette dynamique aux équipes.

Dans un autre registre, le 24 mars 2016, j'aurai apprécié que l'on m'autorise à assister à la 1ère Journée paramédicale « Management par la clinique au service du parcours patient - le raisonnement clinique partagé », organisée par la DSAP. De Même, aller dans d'autres établissements de santé m'aurait permis de confronter ma vision du terrain avec d'autres CS et CSS. Cela aurait certainement été plus efficace que les questionnaires que j'ai décidé de faire pour compenser cela.

Malgré tout ceci, nous en sommes à un point d'étape qui présume un résultat encourageant. Grace à la méthode du PST et du CC, émerge l'idée d'une prise en charge médico-soignante effective qui donne lieu à d'autres projets. Toutefois, comme l'a dit Antoine de Saint-Exupéry : « *Pour ce qui est de l'avenir, il ne s'agit pas de le prévoir, mais de le rendre possible* ». En tant que manager, je vais poursuivre dans cette voie.

## CONCLUSION

La clinique et le management sont deux univers qui sont longtemps restés à se regarder sans rien partager. « *Longtemps, une opposition entre ces deux mondes a été entretenue par l'idée d'un art du soin, art noble s'il en est, et des fonctions de gestion considérées comme serviles* »<sup>116</sup>. L'immixtion du manager à souvent engendrer des réticences dans l'univers médical. Il est pourtant devenu incontournable du fait de l'évolution du système de santé qui a pour corollaire des contraintes de coût, d'efficacité et d'uniformisation. La formation médicale ne prépare pas au travail en équipe. Si le colloque singulier a perdu de sa consistance, c'est bien qu'il doit être soutenu par un système de santé capable d'anticiper les besoins, de les gérer et d'accompagner les évolutions en réponse, aussi, aux attentes des usagers.

Il semble, au décours de ce document, que travailler sur le raisonnement clinique ait une portée plus étendue qu'il n'y paraît. Cela touche l'ensemble des professionnels gravitant autour du patient et qui concourent à sa prise en charge dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins. Les interactions, entre les acteurs pluridisciplinaires, sont porteuses d'échanges et le raisonnement clinique partagé est capital.

Ce travail a permis de débiter une démarche médico-soignante sur un pôle et de développer le raisonnement clinique grâce à l'élaboration d'un plan de soins type. Il s'agit d'une expérience managériale transversale riche dans les rapports humains d'ordre stratégique et théorique. Elle a nécessité de lâcher les éléments de maîtrise, ce qui fait partie de la mutation professionnelle.

Dans ce projet, la faisabilité, la posture managériale et les acteurs à mobiliser ont été analysés. Les préconisations sont pour le moment réalistes. La mise en œuvre du plan répond aux préoccupations de qualité des soins et d'optimisation financière de l'institution. Il correspond également aux besoins d'organisation de travail et de qualité de vie au travail.

L'analyse systémique, menée lors de l'élaboration du plan de soins type, est une analyse globale de la situation. Elle prend en compte les éléments organisationnels, techniques et humains en interaction et qui ont contribué à la prise en charge d'un patient. De ce fait, elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus.

---

<sup>116</sup> MIREBEAU, Sylvie. « *Clinique et management : une synergie en construction* », éditeur Eres (Collection Empan) N°78, 2010 p.55.

A moyen terme l'intention, de cette démarche médico-soignante de gestion des risques, est l'aboutissement à un chemin clinique informatisé qui soit opérationnel. Les mois de travaux exposés dans ce projet managérial pourront servir d'observatoire. Ainsi, les outils, les indicateurs et les enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes pourront être modélisés de manière optimale puis exportés au sein de l'institution. Idéalement, la suite logique de ceci est de pouvoir fournir au patient un guide de séjour correspondant à son parcours de soins.

Pour aller plus loin dans la démarche et développer la coordination médecin-soignants, la mise en place de formation commune des binômes médecin responsable / cadre paramédical est à l'étude. De même un renforcement et une application du contenu de notre mallette méthodologique serait rémunérateur. La posture managériale à adopter est toujours dans la vérification de la cohérence des actions menées en lien avec la vision du terrain.

Par ailleurs, le travail de prospection et les actions générées réinterrogent l'accompagnement de l'évolution des savoirs faire et leurs périmètres d'activité au regard des enjeux actuels institutionnels. Identifier et accompagner l'émergence de nouveaux métiers (IDE de coordination, gestionnaire de lits, ...) est une perspective intéressante à engager.

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES ET THESES

- AMAR, Patrick. *Psychologie du manager*. Paris, édition Dunod, 2015, 246 p.
- AUTISSIER, David. *L'intelligence de situation*. Paris, éditions Eyrolles, 2009, 288 p.
- AUTISSIER, David et MOUTOT, Jean-Michel. *Méthode de conduite du changement*, Paris, édition Dunod, 2007, 238 p.
- BLONDEL, Monique et PSIUK, Thérèse. « *Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjours* », édition Masson, 2010, 385 p.
- BOERIE, Daniel. « *Maîtriser la qualité : Tout sur la certification et la qualité totale* », édition Maxima, 2003, chapitre 9 « maîtrise des processus », 319 p.
- BOURRET, Paule. *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*. Paris, édition Seli Arslan, 2006, 288 p.
- CROZIER, Michel et FRIEDBERG, Erhard. « *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective* », 1977, édition Seuil, Points Essais, poche, 512p.
- DEJOURS, Christophe. *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel*. Paris, INRA, éditions de 2016 (conférence du 20 mars 2003), 82 p.
- DELAYE Richard et LARDELLIER Pascal. « *L'engagement de la société aux organisations* », Paris, édition l'Harmattan, 2013, 354 p.
- DETRIE, Philippe. *Manager au XXIe siècle, un défi d'ouverture, d'agilité, d'attention, de coopération*. Paris, éditions Eyrolles, 2015, 208 p.
- GROSJEAN, Michèle et LACOSTE, Michèle. *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris, édition PUF, Coll. Le Travail Humain, 1999, 225p.
- GUILBERT, Jean-Jacques. « *Comment raisonnent les médecins. Réflexions sur la formation médicale* », Genève, réflexion sur la médecine et Hygiène, 1992, 97 p.
- HERBERT, Simon, *Administrative Behavior. A Study of Decision-Making in Administrative Organization* (1947)
- MAGAKIAN, Jean-Louis. « *50 fiches pour la gestion stratégique des ressources humaines* », édition Bréal, Collection Economie Droit Scolaire, 2003, 192p.

MARCHAL, Arlette et PSIUK, Thérèse. « *Le paradigme de la discipline infirmière en France* », Edition Seli Arslan, 2002, 188p.

MINET, Francis. « L'analyse de l'activité et la formation des compétences ». Paris, édition l'Harmattan, 1996, 160p.

MINTZBERG, Henry. « Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre », éditions Eyrolles, 2006, 283 p.

MINTZBERG, Henry. « *Structure et dynamique des organisations* », éditions d'organisation (collection les références), 1998, 440 p.

MIREBEAU, Sylvie. « *Clinique et management : une synergie en construction* », édition Eres (Collection Empan) N°78, 2010, 178 p.

NORTHCOTE PARKINSON. *Les lois de Parkinson*. Editions Robert Laffont, 1983, 244 p. (ouvrage consulté en partie uniquement)

PLANE, Jean-Michel. « Théorie des organisations », édition Dunod, 2013, 131p.

PSIUK, Thérèse. *L'apprentissage du raisonnement clinique, concepts fondamentaux, contexte et processus d'apprentissage*, édition de Boeck, 2015, 221 p.

PSIUK, Thérèse et GOUBY, Monique. « *Plans de soins types et chemins cliniques, 20 situations prévalentes* », édition Masson, 2013, 372 p.

TOURREILLES, Jean Marc. « *Système d'information hospitalier 1 2 3 ... partez !* », éditions Presses de l'EHESP, 2004, 199p.

WEBER, Max. « *le savant et le politique* » (1919) Paris, Union Générale d'Éditions, réédition 1963, 186 pages. Collection : Le Monde en 10-18.

## COMMUNICATIONS, ARTICLES, REVUES ET COURS

Publication : « *Conditions de travail et performance des organisations* », publié le 20/04/2015, 17 p. <http://www.anact.fr/conditions-de-travail-et-performance-des-organisations-publiques>, consulté le 12 mars 2016.

Rapport ANAP - Audit des Systèmes d'Information Hospitaliers. Juillet 2014  
<http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/audit-des-systemes-dinformation-hospitaliers-aupres-detablissements-representatifs/>

Article L'express entreprise : *sept lois à connaître pour être plus efficace au travail*, Marie-Madeleine Sève, publié le 7 mai 2015.



BARNAY, Thomas. Maître de conférences (UFR Economie-Gestion UPEC) économie de la santé, cours Master 1 « Management de la santé », 2009-2010.

Diaporama CME AP-HP, octobre 2014.

COULON, R. (2010). Le cadre de santé entre logiques d'utilité économique et logiques de soins hospitaliers. Communication dans un congrès. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00602113>

GRESELLE OLFA ZAÏBET, « *Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas.* », *Management & Avenir* 4/2007 (n° 14, p. 41-59)

HOWARD S. BECKER, « Sur le concept d'engagement », *Sociologies* [En ligne], Découvertes / Redécouvertes, Howard Becker, mis en ligne le 22 octobre 2006, consulté le 10 avril 2016. URL : <http://sociologies.revues.org/642>

MARCHAND, Xavier. Intervenant formation MOS 2015-2016, UE2-3 « *Analyse de l'activité et gestion des métiers et des compétences soignantes* », cours du 18 mars et du 15 avril 2016.

MEDINA, P. & LAHMADI, G. (2012). La dimension communicationnelle du management hospitalier. *Communication & Organisation* n°41. <http://communicationorganisation.revues.org/3790>

METAIS, Elisabeth. « *SYSTÈMES INFORMATIQUES - Systèmes d'aide à la décision* », *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 13 janvier 2016. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/systemes-informatiques-systemes-d-aide-a-la-decision/>

OLRY, P. (2012). La situation professionnelle : entre invariance et perspective. *Phronésis*, vol.1, n°1, p. 68-84.

Revue Education permanente : N°196 - 2013-3, Réflexivité et pratique professionnelle (Construire l'expérience 1)

Revue Soins, N°749, octobre 2010. « *Du raisonnement clinique à la pratique infirmière* », 20 pages.

RUFFIE, Antoine. Médecin DIM en établissement de santé en Gironde. Cours Master 2 MOS du 19 janvier 2016.

SICART, Daniel. « *Les médecins au 1er janvier 2013* », Document de travail, Série statistiques, n° 179, Drees, avril 2013. p.8

ROUILLOT, Nicolas. Revue Science-economique.blogspot.fr : « *la rationalité limitée* », publié en octobre 2010.

SOLE, Andreu. Cours Master 2 MOS 2016 : « *Créateurs de mondes, nos possibles, nos impossibles* », Editions du Rocher, Monaco, 2000.

Communiqué de presse du 8 mars 2016: <http://www.aphp.fr/contenu/lap-hp-poursuit-lamelioration-de-ses-resultats-financiers-et-prepare-lavenir>. Consulté le 4 avril 2016.

Projet d'établissement du groupe hospitalier-  
<https://fr.calameo.com/read/00462092708ac80b88d47?authid=ECjboldKouoJ>

## SITES INTERNET

*Estimations de population (résultats provisoires arrêtés à fin 2015)*, consulté le 28 mars 2016. [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&reg\\_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age2b.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&reg_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm)

*Estimations de population et statistiques de l'état civil*, consulté le 26 mars 2016. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATnon02229](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229)

ANACT.fr : « *la Qualité de Vie au Travail* », article publié le 20.11.2015. <http://www.anact.fr/qualite-de-vie-au-travail-la-methode-anact>

*Programme national pour la sécurité des patients 2013 / 2017*, ministère chargé de la santé et HAS, février 2013 : [http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_national\\_pour\\_la\\_securite\\_des\\_patients\\_2013-2017-2.pdf](http://socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf) consulté le 25 avril 2016.

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2583386/fr/reportage-a-l-hopital-de-laon-le-travail-en-equipe-evolue](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2583386/fr/reportage-a-l-hopital-de-laon-le-travail-en-equipe-evolue)

Les CREX : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex\\_comprendre\\_mettre\\_en\\_oeuvre.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/rex_comprendre_mettre_en_oeuvre.pdf)

Les RMM : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_701657/fr/ipaqss-2014-ssr-iteration-de-la-generalisation-du-recueil](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_701657/fr/ipaqss-2014-ssr-iteration-de-la-generalisation-du-recueil)

*Dossier patient -Amélioration de la Qualité de la tenue et du contenu Règlementation et recommandations* – Juin 2003 – [www.has.sante.fr](http://www.has.sante.fr)

HAS a diffusé « *Chemin clinique une méthode d'amélioration de la qualité des soins* », document réalisé par l'ANAES en juin 2004, service évaluation des pratiques, 44 pages. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin\\_clinique\\_guide.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601003/fr/travailler-en-equipe](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe)

*Évaluation et amélioration des pratiques – fiche méthode – le patient traceur, mai 2014 :*

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201406/fiche\\_dpc\\_patient\\_traceur\\_2014-06-24\\_11-05-3\\_462.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201406/fiche_dpc_patient_traceur_2014-06-24_11-05-3_462.pdf), consulté le 12 avril 2016

*La certification :* [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc\\_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249882/fr/certification-des-etablissements-de-sante), consulté le 24 avril 2016.

*Le dossier patient :* [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_438115/fr/dossier-du-patient](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_438115/fr/dossier-du-patient)

Le répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) :

[www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr](http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr)

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=metiers>,

Consulté en octobre 2015.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Les-Commissions-des-relations.125466.0.html>, consulté le 15 mars 2016.

*Les dépenses de santé en 2014, Edition 2015, Résultats des Comptes de la santé,* consulté le 18 février 2016.

[http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cns\\_2015\\_commission.pdf](http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cns_2015_commission.pdf)

*Les dépenses de santé en 2014, Edition 2015, Résultats des Comptes de la santé,* consulté le 19 février 2016.

[http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_cns\\_2015\\_commission.pdf](http://drees.socialsante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cns_2015_commission.pdf), page 37, données 2013.

*Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO) :* [www.atih.sante.fr/mco/presentation](http://www.atih.sante.fr/mco/presentation), consulté le 6 mars 2016.

Source Service-Public.fr. « *La régulation du système de santé* », <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/qu-est-ce-que-ondam.html>, consulté le 6 février 2016.

Source ap-hp.fr : <http://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/mieux-nous-connaître/qui-sommes-nous/>, consulté le 19 novembre 2015.

Source ap-hp.fr. <http://hopital-bicetre.aphp.fr/44-2/>, consulté le 25 novembre 2015.

<http://hopitaux-paris-sud.aphp.fr/mieux-nous-connaître/missions-projet/>, consulté le 17 mars 2016

[http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cpom\\_avenant2\\_diaporama\\_cme10novembre\\_2015.pdf](http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cpom_avenant2_diaporama_cme10novembre_2015.pdf)

## TEXTES LEGISLATIFS

Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 59.

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, modifiée par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009.

Décret n° 2010-426 du 29 avril 2010, art. L. 6147-1 et de R.6147-1 à R.6147-16 du code de la santé publique, *relatif à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille*

*Cadre législatif et réglementaire des CPOM* : circulaires de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) : DGAS/SD/5B n° 2006-216, 2006-356, 2007-111 et 2013-300 du 25 juillet 2013

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à *la fonction publique hospitalière*. Version consolidée au 29 avril 2016.

*Procédure de certification des établissements de santé et des structures* visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du code de la santé publique, juin 2015.

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

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

Le dossier de soins est une obligation réglementaire : article R.1112-2 et article R.4311-3 du Code de la Santé Publique.

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'Etat d'infirmier (modifié par l'arrêté du 3 mai 2010).

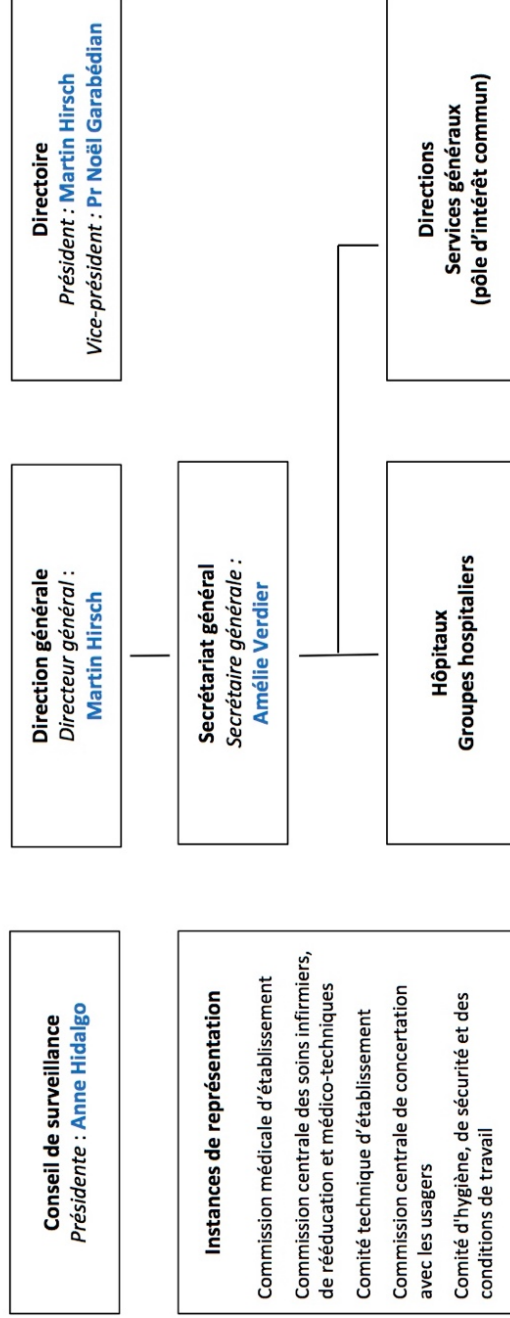
Article R. 4311-2, Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

## TABLE DES ANNEXES

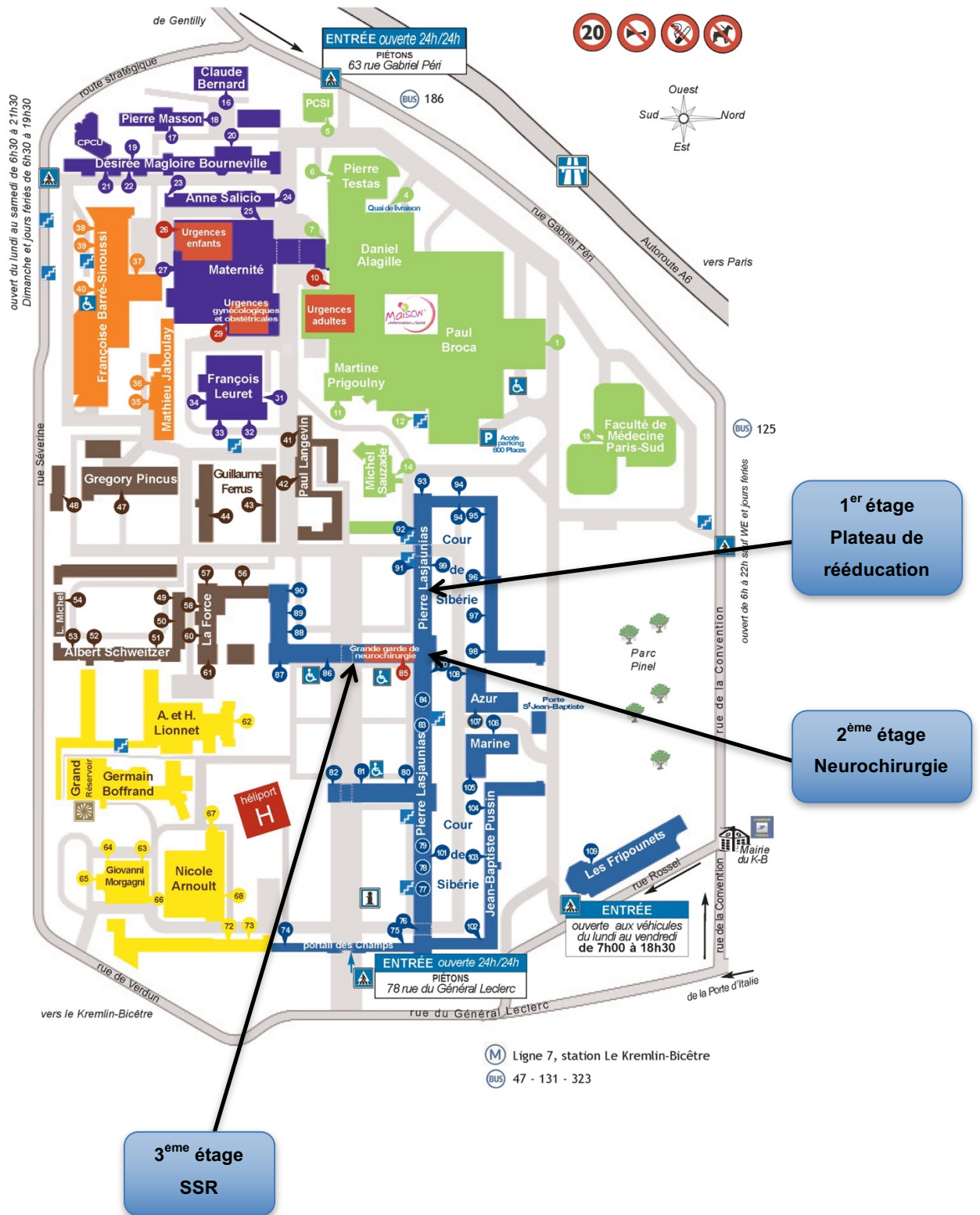
- Annexe 1** : Schéma général de l'organisation de l'AP-HP.
- Annexe 2** : Plan du site Bicêtre.
- Annexe 3** : Le projet d'établissement HUPS.
- Annexe 4** : Le plan stratégique HUPS.
- Annexe 5** : Le projet de soins HUPS.
- Annexe 6** : Les IPAQSS du MCO et du SSR.
- Annexe 7** : Lettre de mission de la DSAP.
- Annexe 8** : Questionnaires d'enquête.
- Annexe 9** : Notion relatives à l'Evidence-Based-Nursing (EBN).
- Annexe 10** : Analyse des outils en construction.
- Annexe 11** : Composition des équipes médico-soignantes dans les deux services de soins.
- Annexe 12** : Compétences métiers dans les deux services de soins.
- Annexe 13** : Profil des équipes dans les deux services de soins.
- Annexe 14** : Présentation du groupe projet.
- Annexe 15** : Ordonnance des actions de la fiche projet.
- Annexe 16** : Objectifs pédagogiques.
- Annexe 17** : Déroulé de la présentation du RC 13 janvier 2016.  
Support de présentation du RC 13 janvier 2016.
- Annexe 18** : Formalisation du PST en cours d'élaboration (dernière version).
- Annexe 19** : Grille d'évaluation de la présence d'indicateurs qualité pour l'élaboration du PST et du CC.

## Schéma général de l'organisation de l'AP-HP



Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

# Annexe 2



# Annexe 3

## Le projet d'établissement HUPS <sup>117</sup>

### « Axe 1 : Penser le parcours patient de demain

Les enjeux :

- Moins hospitaliser pour mieux soigner
- Intensifier les coopérations avec la médecine de premier recours et optimiser le parcours des patients sur le territoire
- Renforcer les coopérations territoriales
- Adapter l'offre de soins du Groupe Hospitalier aux besoins de santé

### Axe 2 : Anticiper les nouveaux besoins de santé

Les enjeux :

- Faire progresser les politiques de prévention
- Proposer des parcours de soins personnalisés aux malades chroniques et développer des centres de maladies fréquentes
- Adapter l'offre de soins en cancérologie et devenir centre intégré
- S'organiser pour éviter la survenue d'épidémies de bactéries hautement résistantes émergentes

### Axe 3 : Être acteur des révolutions médicales et numériques

Les enjeux :

- Conforter la vocation hospitalo-universitaire du Groupe Hospitalier dans le cadre du Grand Paris
- Stimuler l'innovation pour participer aux mutations des prises en charge
- Renforcer l'axe recherche

### Axe 4 : Ouvrir l'hôpital au patient partenaire

Les enjeux :

- Approfondir le dialogue avec les usagers
- Des établissements accueillants et bienveillants
- Une politique qualité centrée sur le patient
- Développer les programmes d'éducation thérapeutique du patient

---

<sup>117</sup> <https://fr.calameo.com/read/00462092708ac80b88d47?authid=ECjboldKouoJ>



Axe 5 : Porter un projet social et professionnel participatif et en lien avec la stratégie du Groupe Hospitalier

Les enjeux :

- Développer la reconnaissance au travail pour les personnels du Groupe Hospitalier en les associant mieux à l'identité universitaire du groupe et à ses projets stratégiques et en proposant une meilleure stratégie d'accompagnement.
- Mettre en œuvre une stratégie d'amélioration des conditions de travail, fondée sur un travail approfondi de diagnostic et de suivi, associant étroitement le CHSCT
- Promouvoir une politique de formation participative, au service de la politique stratégique du Groupe Hospitalier et de l'épanouissement professionnel et personnel des personnes qui y travaillent.

Axe 6 : Investir pour un hôpital efficient en phase avec les évolutions médicales et les attentes des usagers »

# Annexe 4

## **Le plan stratégique HUPS**

AXE 1. Penser le parcours patient de demain

AXE 2 – Faire de l'AP-HP un acteur des révolutions médicales et numériques, partenaire des universités

AXE 3 – Améliorer la performance sociale et managériale

AXE 4 : Construire un projet financièrement responsable

# Annexe 5

## Le projet de soins HUPS

AXE 1. Redonner de la lisibilité aux organisations soignantes et aux acteurs qui les portent au travers d'une ligne managériale paramédicale renforcée.

AXE 2. Développer la coordination médecins / soignants pour une prise en charge efficiente au service du patient garantissant qualité et sécurité des soins.

AXE 3. S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et de prévention des risques évitables liés aux soins en poursuivant les actions engagées dans ce sens.

AXE 4. Développer et formaliser les parcours de soins.

AXE 5. Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance dans les pratiques soignantes.

AXE 6. Accompagner l'informatisation du dossier de soins sur l'ensemble des groupes hospitaliers pour garantir une meilleure continuité et coordination des soins.

AXE 7. Travailler sur les métiers soignants sensibles en accompagnant l'évolution de leurs savoir-faire et de leurs périmètres d'activité au regard des nouveaux enjeux de l'APHP et favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé.

AXE 8. Soutenir le développement de la recherche en soins par les paramédicaux et promouvoir l'évolution des stratégies de prise en charge.

AXE 9. Accompagner sur le plan soignant la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu.

AXE 10. Renforcer les collaborations entre les centres de formation et les groupes hospitaliers en formation initiale et continue pour s'adapter aux évolutions des structures, des programmes et des technologies.

## Annexe 6

### Recueil des indicateurs<sup>118</sup> IPAQSS en MCO et en SSR

**En MCO et selon les indicateurs de la HAS** (campagne 2014, données 2013<sup>119</sup>) :

- Tenue du dossier patient<sup>120</sup>
  - 79 % moyenne nationale pondérée
  - 78 % en Ile de France
  - 77 % MCO pôle NTC
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation<sup>121</sup>
  - 51 % moyenne nationale pondérée
  - 45 % en Ile de France
  - 49 % MCO pôle NTC
- Dépistage de troubles nutritionnels<sup>122</sup>
  - 88 % moyenne nationale pondérée
  - 87 % en Ile de France
  - 85 % MCO pôle NTC
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur<sup>123</sup>
  - 82 % moyenne nationale pondérée
  - 81 % en Ile de France
  - 84 % MCO pôle NTC

**En SSR et selon les indicateurs de la HAS** (campagne 2014, données 2013) :

- Tenue du dossier patient
  - 85 % moyenne nationale pondérée
  - 84 % en Ile de France
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation
  - 85 % moyenne nationale pondérée
  - 84 % en Ile de France
- Dépistage de troubles nutritionnels
  - 82 % moyenne nationale pondérée
  - 82 % en Ile de France
  - 81 % MCO pôle NTC
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur
  - 83 % moyenne nationale pondérée
  - 83 % en Ile de France

---

<sup>118</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2573183/fr/dossier-patient-en-mco-dpa-mco](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2573183/fr/dossier-patient-en-mco-dpa-mco). Mis en ligne le 24 novembre 2015 selon le rapport de la HAS.

<sup>119</sup> Les pourcentages sont des moyennes nationales et régionales pondérées, les résultats sur le pôle NTC sont issus de la direction de la qualité et de la gestion des risques du CHU Bicêtre.

<sup>120</sup> Tenue du dossier patient : Score de conformité du contenu du dossier de des patients hospitalisés.

<sup>121</sup> Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation : taux de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, et dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.

<sup>122</sup> Dépistage de troubles nutritionnels : taux de séjours de patients adultes pour lesquels, au cours des deux premiers jours de séjour, une mesure du poids a été effectuée et notée dans le dossier.

<sup>123</sup> Traçabilité de l'évaluation de la douleur : taux de séjours pour lesquels sont retrouvés la traçabilité dans le dossier du patient de l'évaluation de la douleur avec une échelle.

*Il n'y a pas encore de résultats pour le SSR du pôle NTC car il n'est ouvert en totalité que depuis mai 2014.*

**Le prochain recueil des indicateurs du thème Dossier Patient se déroulera du 1er mars au 15 juin 2016.**

**En MCO, 8 indicateurs de qualité :**

- Tenue du dossier patient,
- Tenue du dossier patient – version 2
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
- Document de sortie,
- Qualité du document de sortie,
- Dépistage des troubles nutritionnels,
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur,
- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (optionnel).

**En SSR, 5 indicateurs de qualité :**

- Tenue du dossier patient,
- Tenue du dossier patient - version 2,
- Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation,
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur,
- Dépistage des troubles nutritionnels,
- Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre (optionnel).

# Annexe 7

## Lettre de mission



Paris, le 15 juillet 2015

DIRECTION DES SOINS  
ET DES ACTIVITES PARAMEDICALES  
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS

3, avenue Victoria  
75184 PARIS Cedex 04

**Madame Christelle COLLET**  
Cadre de santé  
SSR Neurologie  
Hôpital Bicêtre

**Françoise Zantman**  
Directrice

**Martine Massiani**  
Directrice adjointe

**Objet :** Accompagnement au raisonnement clinique partagé, au service du parcours de soins et de l'informatisation du dossier patient

**Madame,**

Vous avez accepté la mission de « *Cadre responsable du développement du raisonnement clinique partagé* » au sein de votre pôle ou de votre Groupe hospitalier et je vous remercie vivement de cet engagement. En tant qu'acteur de cette démarche qui s'inscrit dans les grands projets de l'institution et vise à garantir une meilleure continuité et coordination des soins, vous contribuerez à la promotion d'une meilleure prise en charge médicale, paramédicale et sociale du patient. A travers cette démarche, vous préparerez l'institution à l'évolution des modalités de certification HAS (approche par processus/patients traceurs) dans une dynamique collective et interdisciplinaire.

Pour réussir cet accompagnement, j'ai souhaité en qualité de Directrice des soins et des activités paramédicales de l'AP-HP vous faire bénéficier d'une formation-action de 7 jours répartis sur 6 mois ainsi que d'un accompagnement de 6 jours sur 2 ans dans la conduite de projet. Ce dispositif vous permettra, j'en suis convaincue de réussir la mise en place du raisonnement clinique partagé selon le modèle clinique tri focal au sein de votre pôle ou de votre groupe hospitalier. La présence à l'ensemble du cycle de formation est obligatoire pour les « *cadres responsables du développement du raisonnement clinique partagé* », elle vous permettra de développer une véritable expertise. Votre engagement est une formidable opportunité pour redonner une place centrale à l'encadrement paramédical dans le management par la clinique.

Notre responsabilité conjointe est d'offrir au patient une prise en charge optimale garantissant qualité et sécurité des soins.

Merci pour cet engagement dans l'intérêt du patient.

Françoise ZANTMAN

# Annexe 8

## Questionnaires

Actuellement en Master 2 « Management des Organisations Soignantes », je souhaite effectuer des questionnaires dans le cadre de mon projet managérial de fin d'étude.

Le sujet que j'ai choisi est le management de la clinique au service du parcours patient. Il s'agit de mettre en œuvre une démarche médico-soignante au sein d'un pôle via l'élaboration d'un chemin clinique informatisé.

*Ce questionnaire est anonyme et est destiné aux Médecins, Cadres supérieurs de santé et Cadres de santé. Il ne vous prendra pas plus de 15 minutes.*

**Vous êtes :**

Médecin

Cadre Supérieur de Santé

Cadre de Santé

**Votre établissement :**

Public

AP-HP

Privé

**1. Le dossier patient informatisé est-il en place dans votre établissement ?**

- Oui
- Non

**2. Existe-t-il au sein de votre établissement (ou service de soins) des démarches médico-soignantes ?**

- Oui
- Non

**3. Si oui, lesquelles ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**4. Avez-vous participé à la mise en place de l'une d'elles ?  
Si oui, pouvez-vous préciser ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**5. Que vous évoque le management par la clinique ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Avez-vous déjà entendu parler de raisonnement clinique ?**

- Oui
- Non

**7. Si oui, pouvez-vous le définir en quelques mots ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**8. Existe-t-il des Plans de Soins Types et/ou des chemins cliniques dans votre établissement ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**9. Si oui, avez-vous participé à l'élaboration et à l'accompagnement des équipes ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**10. En dehors du staff, quelles autres activités avez-vous en commun avec les équipes médicales ?**

.....  
.....  
.....  
.....

Accepteriez-vous que je vous contacte pour des questions complémentaires ?

- Oui
- Non

Adresse

mail : .....

*Je vous remercie pour vos réponses et le temps que vous m'avez accordé.*



## Annexe 9

### L'Evidence-Based Nursing (EBN)<sup>124</sup>

L'EBN est « *l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient* <sup>125</sup> ».

Chaque terme de cette définition a son importance :

- Consciente signifie une connaissance des sources d'information disponibles,
- Explicite sous-entend la traçabilité du processus de recherche de l'information,
- Judicieuse signifie l'évaluation de l'utilité de cette information,
- Meilleures données actuelles impliquent une sélection des études ayant le meilleur niveau de preuve,
- Prise en charge personnalisée définit le niveau d'utilisation final de l'EBN : la pratique de soins autour d'un patient donné.

### Historique

L'EBN fait partie d'un modèle plus large : l'Evidence-based practice (EBP) traduit comme « la pratique de soins fondée sur des preuves ». Elle aide les professionnels de santé à baser leurs pratiques de soins sur les meilleures données de la littérature scientifique. Le premier modèle développé est l'Evidence-based medicine (EBM). Il a été créé par les épidémiologistes canadiens de la McMaster Medical School au début des années 1980, en réponse à l'accroissement constant des publications scientifiques qu'il fallait assimiler et intégrer à la pratique. Simple stratégie d'apprentissage des connaissances cliniques au départ, l'EBM fait maintenant partie intégrante de la pratique médicale. Ce modèle s'est rapidement étendu aux autres domaines de santé : infirmier (Evidence-based nursing), kinésithérapie (Evidence-based physiotherapy), dentaire (Evidence-based dentistry). Mais quelle que soit la profession, la démarche est la même : utiliser les meilleures données scientifiques résultant d'études fiables, pour aboutir à une prise en charge adaptée à la problématique de votre patient et à l'organisation de votre structure de soins. Le but final est de fournir la meilleure qualité de soins donnée et d'améliorer la santé de vos patients.

### 4 étapes

L'objectif de l'EBN est d'aider l'infirmier à prendre une décision face à un problème clinique, en intégrant les meilleures « preuves » issues de la recherche scientifique (« evidence » en anglais).

Elle prend aussi en compte l'expérience de l'infirmier et les préférences du patient, afin de proposer une prise en charge personnalisée à chaque patient.

- Formuler le problème en une question claire
- Rechercher les études dans la littérature
- Evaluer les résultats des études sélectionnées
- Appliquer les résultats retenus au patient

---

<sup>124</sup> Document constitué et extrait en partie de : <http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/> et de Revue Soins , « dossier EBN », article de DEBOUT C., édition Elsevier Masson, N° 771, Décembre 2012

<sup>125</sup> G. Ingersoll, (2000). Evidence-base based nursing: What it is and what it isn t. Nursing Outlook, 48(4), 151-152.

# Annexe 10

## Analyse des outils en construction

### La photographie des 3 domaines cliniques (Modèle clinique tri focal)

- Montre d'emblée la problématique globale pouvant être vécue par un patient intégré dans le groupe homogène de patients
- Oriente le recueil de données cliniques fait par les professionnels médicaux et paramédicaux dès l'entrée du patient (Evaluation clinique initiale) qui précède la synthèse pluridisciplinaire et la décision du premier projet de soins
- Dans le logiciel informatique : écran doit être visible dès que le GHP est choisi pour un patient car il doit orienter les recueils de données cliniques et constitue ainsi un aide-mémoire pour les professionnels et un apprentissage pour les nouveaux (vision holistique du GHP pour repérage des signes chez le patient)
- Eveille la curiosité des nouveaux pour aller plus loin, approfondir les connaissances et aller de ce fait consulter le PST.

### Le plan de soins type :

- Montre une analyse de chaque problème, risque, capacité évoquée dans la photographie des 3 domaines cliniques
- Référentiel construit progressivement par l'équipe pluridisciplinaire doit garantir une harmonisation des connaissances et des pratiques professionnelles
- Le sens des actions est explicite ainsi que l'objectif des soins centré sur le patient.
- Excellent outil d'apprentissage pour les étudiants et les personnels nouvellement recrutés
- L'analyse des risques oriente le sens des interventions coordonnées en équipe pluridisciplinaire qui ensuite seront tracées sur le chemin clinique
- L'analyse des problèmes formalise les connaissances sur les signes et facilite ainsi le raisonnement clinique de chacun dans la continuité des soins
- L'analyse des capacités et des émotions positives montre que le regard des soignants est également centré sur les facteurs de protection qui peuvent être présents chez les patients ; lors des synthèses interdisciplinaires ces facteurs peuvent être pris en considération pour orienter des interventions de maintien ou d'optimisation ; l'impact sur les facteurs de risque peut être positif.
- Les résultats attendus sont des indicateurs observables centrés sur le patient et oriente le raisonnement clinique pour évaluer l'efficacité des soins et prendre la décision de la continuité
- Les plans de soins types doivent être informatisés ; lorsque le patient est à risque élevé de... ou lorsqu'un problème ou une capacité constituent un « écart » du chemin clinique » la validation se fait rapidement à partir du système transmissions ciblées.

### Le chemin clinique

- Planification pluridisciplinaire des soins coordonnée autour du parcours du patient
- Visualisation de la gestion des risques = sens des soins
- Lien avec le PST qui explique en détail les facteurs de risque
- L'évaluation clinique lors de l'accueil apparait sur le CC avec chaque professionnel de santé ; le sens de cette évaluation clinique est formalisé dans le PST et la concrétisation avec chaque patient est visible dans la 1<sup>ère</sup> synthèse pluridisciplinaire écrite dans le dossier du patient ; cette synthèse clinique initiale oriente la gestion du chemin clinique et la transmission des « hors chemins cliniques » éventuels écrits en transmissions ciblées.

# Annexe 11

## Composition des équipes médico-soignantes dans deux services de soins

Equipe		SSR Neurologique- Neurochirurgicale		Neurochirurgie		Total
		Jour	Nuit	Grande équipe	Nuit	
<b>PNM</b>	IDE	6	3	18	7,3	34,3
	AS	9	6	17	7	39
	CS	1		2		3
	Rééducateurs(*)	5		2		7
	Assistant Social	1		1		2
	Secrétaire médicale	0,5		3		3,5
<b>PM</b>	2(**)		8,5(***)		10,5	

(\*) : 1 ergothérapeute, 5 masseurs-kinésithérapeutes et 1 orthophoniste

(\*\*) : 1 neurologue (de l'unité fonctionnelle (UF) rattachée au pôle), 1 MPR (médecine physique et de réadaptation).

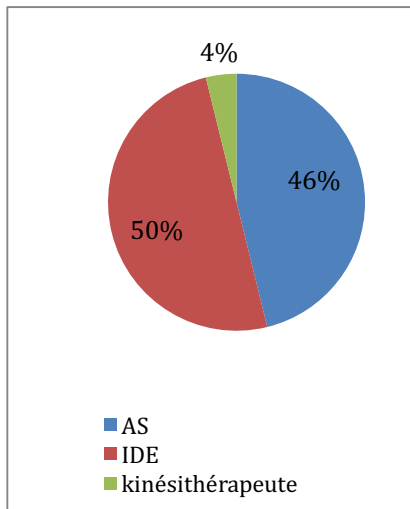
(\*\*\*) : 9 neurochirurgiens en poste fixe

**(En Equivalent Temps Plein, données d'octobre 2015)**

# Annexe 12

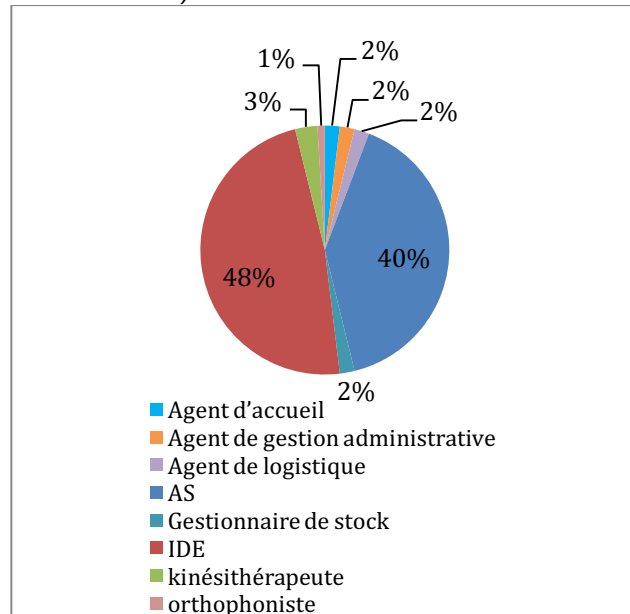
## Compétences métiers dans les deux services de soins

### En neurochirurgie (Données de novembre 2015)



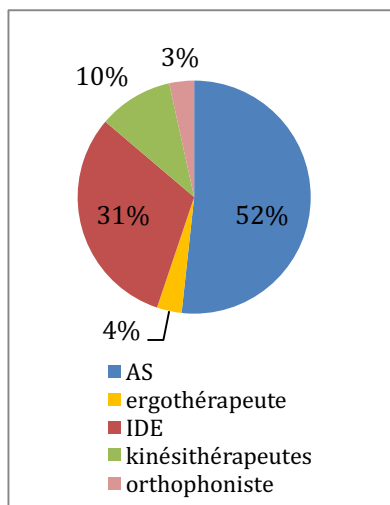
**Cartographie des métiers**

21 AS, 25 IDE, 1 agent d'accueil, 1 Agent de gestion administrative, 1 agent de logistique, 1 Gestionnaire de stock, 1,5 kinésithérapeute et 0,5 orthophoniste.



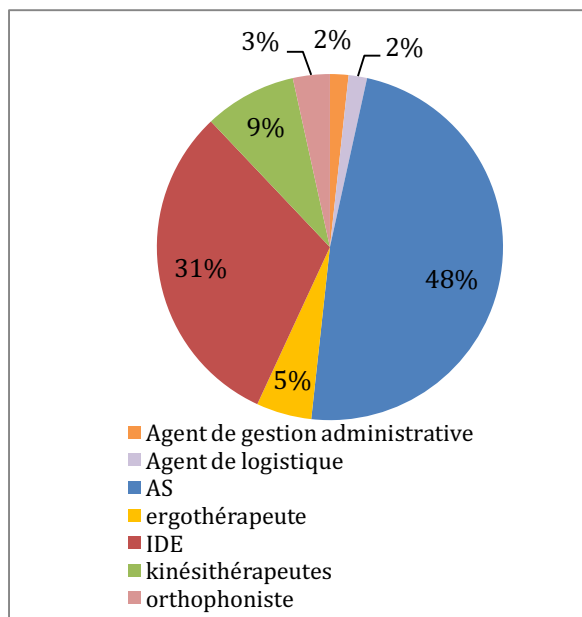
**Cartographie des métiers « vrais »**

### En SSR (Données de novembre 2015)



**Cartographie des métiers**

14 AS, 9 IDE, 0,5 agent de gestion administrative, 0,5 agent de logistique, 2,5 kinésithérapeutes, 1 orthophoniste et 1,5 ergothérapeute.



**Cartographie des métiers « vrais »**

# Annexe 13

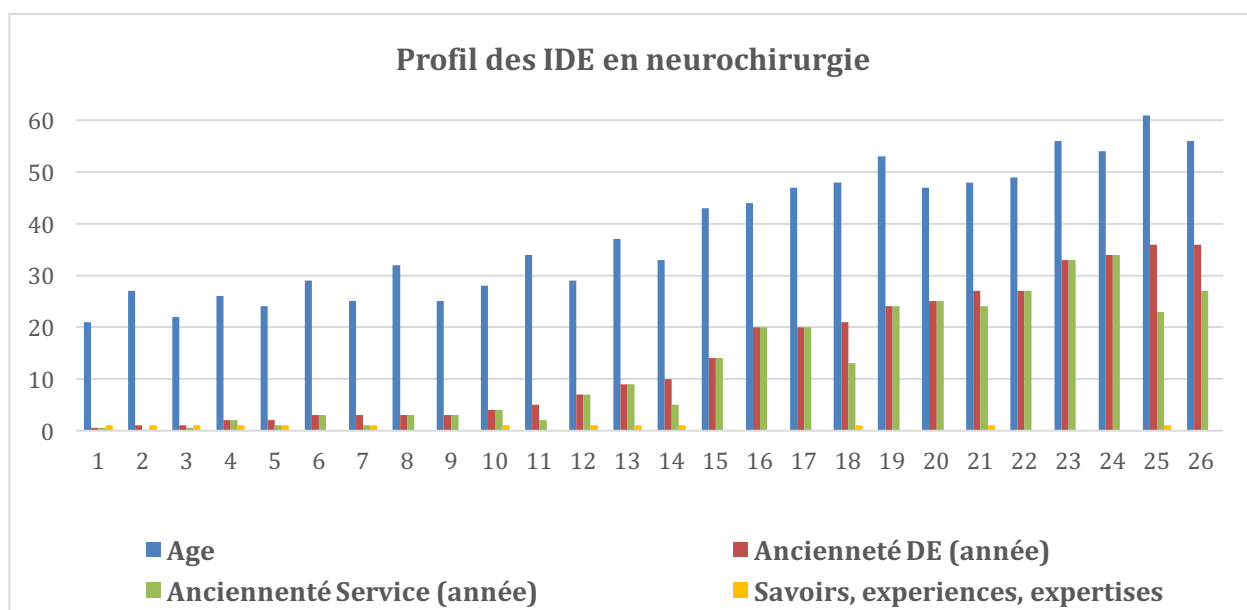
## **Profil des équipes dans deux services de soins : la neurochirurgie et le SSR**

*(Données novembre 2015)*

## En neurochirurgie

IDE	Sexe	Equipe	Age	Ancienneté DE (année)	Ancienneté Service (année)	Savoirs, expériences, expertises
1	F	IDE jour	21	0,5	0,5	Sensibilisé au RC en IFSI
2	M	IDE jour	27	1	0,1	Sensibilisé au RC en IFSI
3	F	IDE jour	22	1	0,5	Sensibilisé au RC en IFSI
4	F	IDE jour	26	2	2	Référente Dossier de Soins
5	F	IDE jour	24	2	1	Sensibilisé au RC en IFSI
6	M	IDE jour	29	3	3	
7	F	IDE jour	25	3	1	Vient de province, sensibilisée au RC dans son ancien établissement public
8	F	IDE jour	32	3	3	
9	F	IDE jour	25	3	3	
10	F	IDE nuit	28	4	4	Vient de province, sensibilisée au RC dans son ancien établissement public
11	M	IDE jour	34	5	2	
12	F	IDE nuit	29	7	7	Tutorat des étudiants et référente dossier de soins
13	M	IDE jour	37	9	9	Membre de la CLSIRMT, tutorat des étudiants
14	F	IDE jour	33	10	5	Expérience professionnelle intérimaire, Référent Hygiène
15	M	IDE nuit	43	14	14	
16	F	IDE jour	44	20	20	
17	F	IDE nuit	47	20	20	
18	F	IDE jour	48	21	13	Expérience Professionnelle riche, DU Douleur
19	F	IDE nuit	53	24	24	
20	F	IDE nuit	47	25	25	
21	F	IDE jour	48	27	24	Tutorat des étudiants
22	F	IDE jour	49	27	27	
23	F	IDE nuit	56	33	33	
24	F	IDE jour	54	34	34	
25	F	IDE jour	61	36	23	Dispense des cours en IFSI
26	F	IDE nuit	56	36	27	

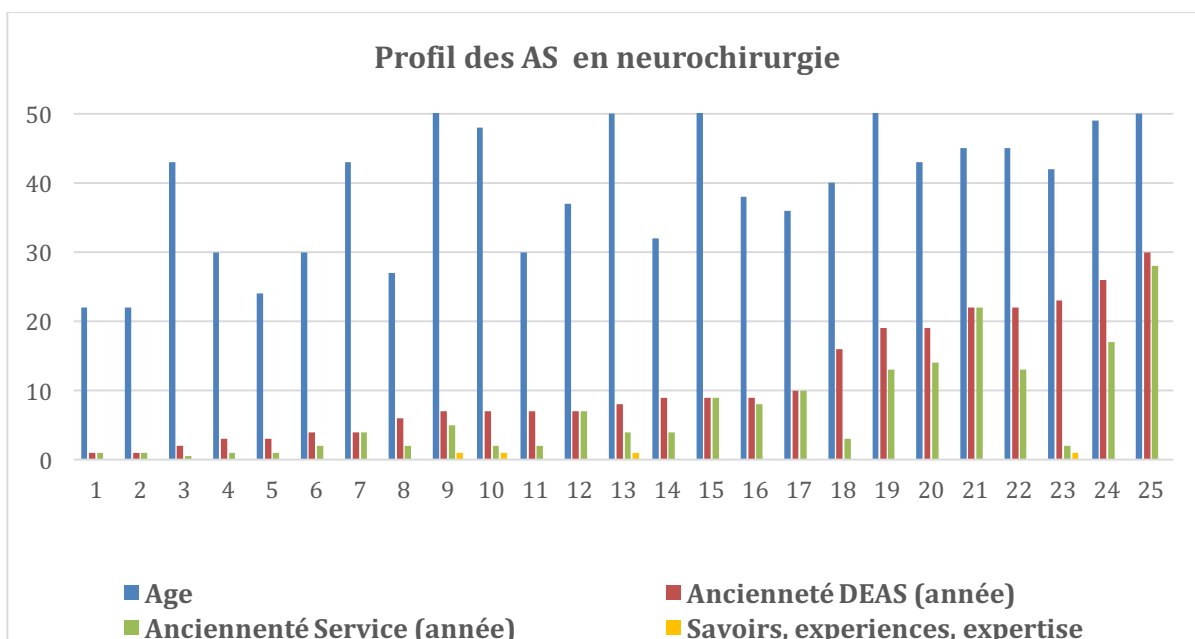
Tableau 1



Graphique 1

AS	Sexe	Equipe	Age	Ancienneté DEAS (année)	Ancienneté Service (année)	Savoirs, expériences, expertises
1	F	AS jour	22	1	1	
2	F	AS jour	22	1	1	
3	F	AS jour	43	2	0,5	
4	F	AS jour	30	3	1	
5	F	AS nuit	24	3	1	
6	F	AS jour	30	4	2	
7	F	AS jour	43	4	4	Référente dossier de soins
8	F	nuit	27	6	2	
9	F	AS jour	52	7	5	Tutorat des étudiants et référente dossier de soins
10	F	AS jour	48	7	2	connaissance fine des régimes alimentaires
11	F	AS nuit	30	7	2	
12	F	AS nuit	37	7	7	
13	F	AS jour	50	8	4	Tutorat des étudiants
14	F	AS jour	32	9	4	
15	F	AS jour	51	9	9	
16	M	AS nuit	38	9	8	
17	F	AS jour	36	10	10	
18	F	accueil	40	16	3	
19	F	AS jour	51	19	13	
20	F	AS nuit	43	19	14	
21	F	AS jour	45	22	22	
22	F	AS nuit	45	22	13	
23	F	AS jour	42	23	2	Référente Hygiène
24	F	AS jour	49	26	17	
25	M	AS jour	50	30	28	

Tableau 2

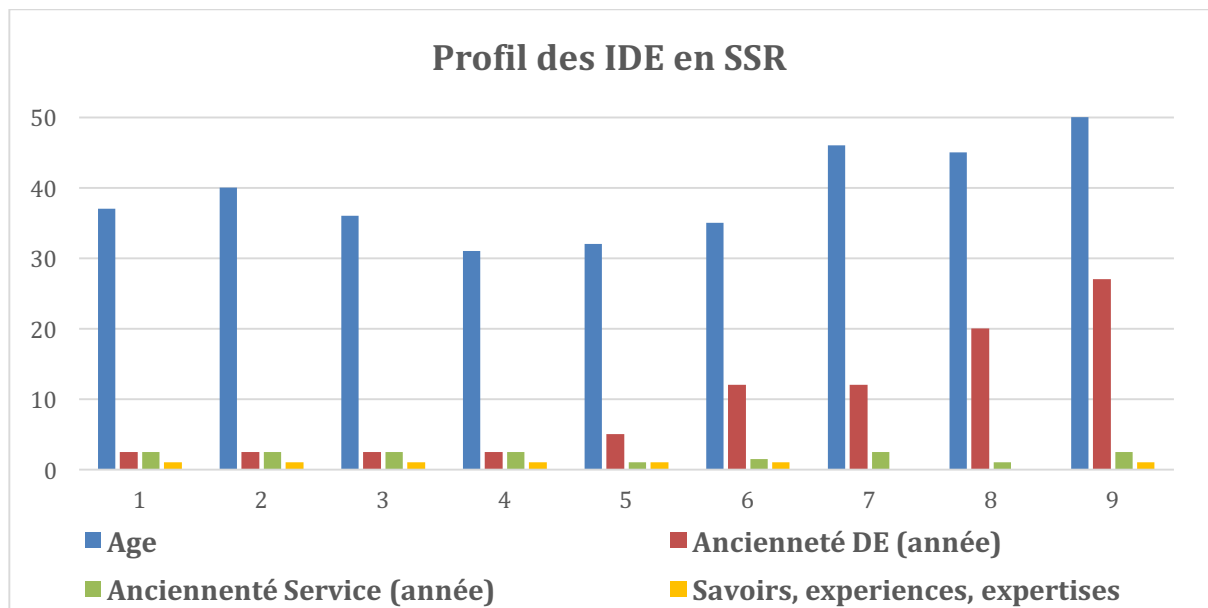


Graphique 2

## En SSR

IDE	sexe	équipe	Age	Ancienneté DE (année)	Ancienneté Service (année)	Savoirs, expériences, expertises
1	F	IDE jour	37	2,5	2,5	Tutorat des étudiants, DU plaies et cicatrisation en cours
2	F	IDE jour	40	2,5	2,5	Tutorat des étudiants
3	F	IDE jour	36	2,5	2,5	DU Douleurs et Soins palliatifs, membre du CLUD
4	F	IDE nuit	31	2,5	2,5	Référente Dossier de soins
5	F	IDE jour	32	5	1	Référente dossier de soins
6	F	IDE jour	35	12	1,5	Référente hémovigilance
7	F	IDE nuit	46	12	2,5	
8	F	IDE nuit	45	20	1	
9	F	IDE jour	50	27	2,5	Tutorat des étudiants, Membre de la CLSIRMT

Tableau 3

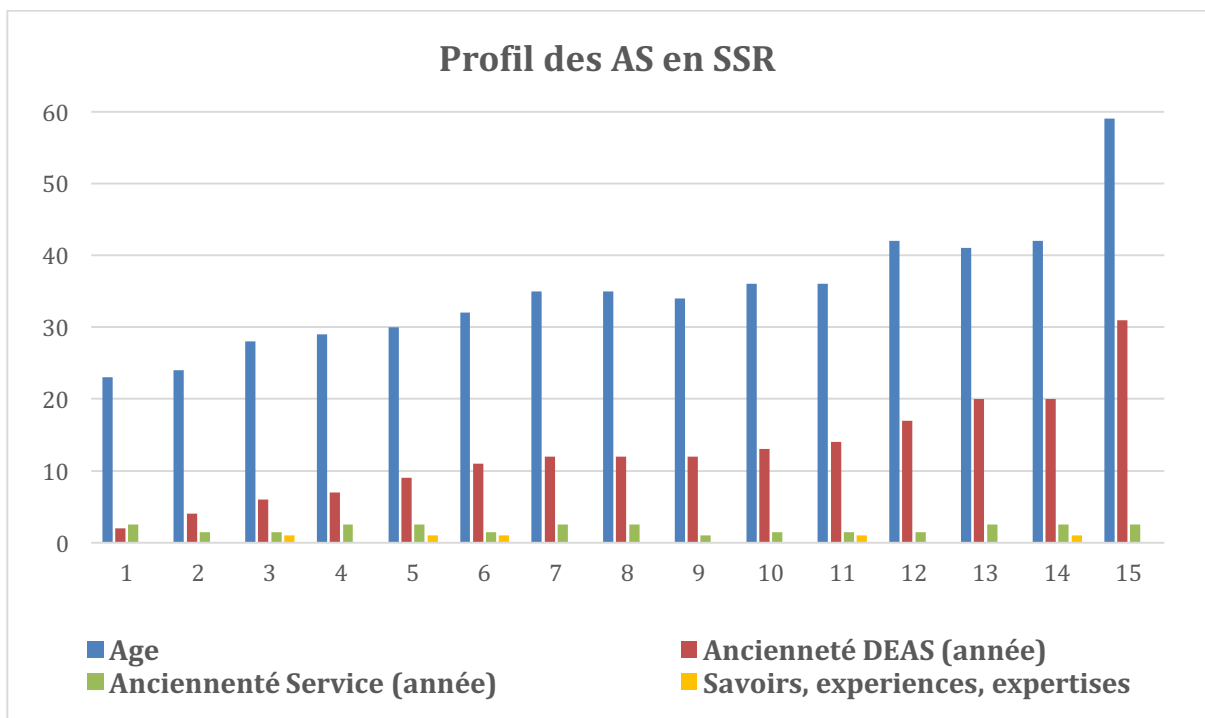


Graphique 3



AS	sexe		Age	Ancienneté DEAS (année)	Ancienneté Service (année)	Savoirs, expériences, expertises
1	F	AS nuit	23	2	2,5	
2	F	AS jour	24	4	1,5	
3	F	AS nuit	28	6	1,5	Référente dossier de soins
4	F	AS nuit	29	7	2,5	
5	F	AS jour	30	9	2,5	Référente dossier de soins
6	F	AS jour	32	11	1,5	Référent gestion des stocks et des commandes
7	H	AS jour	35	12	2,5	
8	F	AS jour	35	12	2,5	
9	F	AS nuit	34	12	1	
10	F	AS jour	36	13	1,5	
11	F	AS jour	36	14	1,5	Référente Hygiène
12	H	AS jour	42	17	1,5	
13	F	AS jour	41	20	2,5	
14	F	AS nuit	42	20	2,5	Référente Hygiène
15	F	AS nuit	59	31	2,5	

Tableau 4



Graphique 4

# Annexe 14

## Présentation du groupe projet

- Le COPIL :
  - 1 chef projet transversal : Christelle Collet (cadre de santé du SSR)
  - 3 co-pilotes :
    - 1 cadre de santé rééducateur
    - 1 cadre de santé de neurochirurgie
    - 1 médecin neurochirurgien (PU-PH)
- 1 cadre de santé de neurochirurgie
- 6 IDE de neurochirurgie
- 2 AS de neurochirurgie
- 3 IDE de SSR
- 3 AS de SSR
- 2 Rééducateurs kinésithérapeutes (des deux services de soins)
- Et 1 médecin neurologue PH (dès l'été 2016)

Sont consultants :

- 2 neurochirurgiens (PH)
- 1 médecin MPR

# Annexe 15

## Ordonnance des actions de la fiche projet

Objectifs	Actions	Responsabilités	Indicateurs	Périodicité de production
<b>1. Identifier le GHM</b>	Solliciter le DIM, le chef de pôle et les médecins référent du projet.	Chef projet	Statistiques données par le DIM et choix du GHP parmi les 5 GHM les plus fréquents en 2015. Solliciter les CS de neurochirurgie, pour conforter le choix du GHM	oct-15
		Chef projet		
<b>2. Constituer le groupe projet</b>	Identifier les personnes intéressées et présentation du projet.	Chef projet et co-pilotes	Groupe projet pluri-professionnel	Octobre à décembre 2015
<b>Rédaction de la fiche projet</b>	Concertation entre les membres du COPIL	Chef projet et co-pilotes	La fiche projet est rédigée.	Octobre à décembre 2015
<b>3. Formation pour le groupe projet</b>	Présentation du «raisonnement clinique partagé au service du parcours de soins» via le kit pédagogique	Co-pilotes	Tous les membres du groupe projet ont pris connaissance de la démarche.	Mi-janvier 2016
<b>4. Information des cadres du pôle</b>	Présentation du projet	Chef projet et co-pilotes	L'ensemble des cadres du pôle connaît le projet.	1 <sup>er</sup> trimestre 2016

<b>Objectifs</b>	<b>Actions</b>	<b>Responsabilités</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Périodicité de production</b>
<b>5. Formaliser un plan de soin type puis un chemin clinique</b>	Réunions intersessions sous la responsabilité des Co-pilotes			
	Créer la photographie selon le modèle tri focal	Co-pilotes et Equipe projet	La photographie selon le modèle tri-focal est réalisée.	Janvier à mars 2016
	Validation par le groupe projet			
	Présentation aux professionnels de santé des services concernés		Le contenu de la photographie est approuvé par les soignants	mars-16
	Rédiger le plan de soins type et validation par l'équipe projet		Le plan de soins type est rédigé.	Avril à novembre 2016
	Présentation aux professionnels de santé des services concernés		Le contenu du PST est approuvé par les soignants présents.	déc-16
	Construire le chemin clinique à partir du plan de soins type		Le chemin clinique est créé.	Janvier à juin 2017
<b>6. Validation des outils avec le chef de pôle et l'ensemble des professionnels concernés</b>	Relecture des documents au fur et à mesure	Co-pilotes	Respect du calendrier fixé	Tout au long d projet
	Relecture finale			2ème semestre 2017
<b>7. Mise en test et réajustement puis mise en application</b>	Test du chemin clinique sur format papier par les professionnels	Chef projet et Co-pilotes	Utilisation effective du chemin clinique par les soignants des services concernés	Fin 2ème semestre 2017
	Corrections		Intégration du chemin clinique à ORBIS dossier de soins	
	Mise en application sur informatique	DSAP		

## Le planning prévisionnel

N° de l'objectif	Intitulé de l'action	Durée estimée	oct-15				nov-15				déc-15				
			S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5
1	Validation du GHM par le Chef de pôle.	1h			X										
2	Constituer l'équipe projet.	1 mois													X

N° de l'objectif	Intitulé de l'action	Durée estimée	janv-16				févr-16				mars-16				
			S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5
3	Présenter le projet aux acteurs de santé : Médecin, CS, IDE, AS, rééducateurs.	1h30		X											
4	Présenter le projet aux CS du pôle.	1h					X								
5	Accompagner l'équipe projet et participer à l'élaboration du PST et du CC.	1h30		X		X				X		X			

N° de l'objectif	Intitulé de l'action	Durée estimée	avr-16				mai-16				juin-16				
			S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5
5	Accompagner l'équipe projet et participer à l'élaboration du Plan de Soins Type et du Chemin Clinique	1h30			X					X					

N° de l'objectif	Intitulé de l'action	Durée estimée	mars-16					nov-16					Fin 2017	
			S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S5		
6	Veiller à la bonne circulation de l'information au sein du service et du pôle	1h30		X						X				X
7	Utiliser le Chemin Clinique													X

NB : La planification pour 2017 sera affinée à la rentrée 2016.

## Promotion du projet

Dates	Cibles prioritaires	Messages clés	Moyens (mails, réunion d'information...)
13 janvier 2016	Membres du groupe projet	Utilité Finalité Déroulement	1ère réunion de présentation du kit pédagogique
1 <sup>er</sup> trimestre 2016 2eme semestre 2016 1 <sup>er</sup> semestre 2017	Cadres du pôle NTC	Présentation du projet et suivi aux réunions de cadres	Réunion mensuelle d'encadrement du pôle NTC
Fin 2017	Personnels soignants du pôle	Présentation du plan de soins type et chemin clinique Continuité de la méthodologie du projet dans le pôle	Réunion

# Annexe 16

## Objectifs pédagogiques

- Identifier les opérations mentales mobilisées dans le raisonnement clinique
- Utiliser le raisonnement hypothéticodéductif et le raisonnement par anticipation
- Définir le processus de construction de cibles prévalences à partir d'un Groupe Homogène de Malades (GHM)
- Définir une stratégie de développement de la qualité des transmissions ciblées.
- Expliquer la méthodologie du raisonnement clinique
- Mobiliser les niveaux de jugements cliniques autorisés au regard de la réglementation
- Expliquer les composantes du modèle tri-focal
- Expliquer la méthodologie de construction des PST, CC et PS
- Définir la stratégie d'implantation pour la construction des outils
- Développer une posture managériale qui permettent aux équipes d'intégrer la méthodologie de construction des PST et CC en utilisant le raisonnement clinique partagé

# Annexe 17

## Déroulé de la réunion de présentation du RC du 13 janvier 2016

<b>Le raisonnement clinique partagé au service du parcours de soins Trame de formation sur 2 heures</b>				
<b>Etapes de la séquence</b>	<b>Objectifs pédagogiques</b>	<b>Contenus et Messages clés</b>	<b>Méthodes pédagogiques</b>	<b>Durée</b>
<b>Introduction</b>	Identifier les objectifs de la formation	Identification de la rupture sémantique	Tour de table	10mn
<b>L'identification de ses représentations</b>	Construire une représentation collective des concepts	La démarche clinique, le projet de soins, le raisonnement clinique : termes issus du référentiel IDE de 2009	Méthode des post-it	10mn
<b>La méthodologie de la démarche clinique</b>	Identifier les différentes étapes du raisonnement clinique. Renforcer la méthodologie du raisonnement clinique	<p>Les 4 attributs du raisonnement clinique.</p> <p>Le modèle inducto-hypothético-déductif.</p> <p>Le modèle par anticipation Les niveaux de raisonnement clinique</p> <p>Le jugement clinique dans son champ de compétences</p>	<p>Apports cognitifs</p> <p>Exercices pratiques</p>	40 mn
<b>La méthodologie de construction du plan de soins type et du chemin clinique</b>	<p>Comprendre la méthodologie d'élaboration d'un chemin clinique à partir d'un plan de soins type.</p> <p>Identifier les liens entre le parcours de soins, le chemin clinique, le plan de soins type</p>	<p>Le modèle clinique tri focal La photographie des trois domaines cliniques</p> <p>Le tableau d'analyse</p> <p>Le chemin clinique : outil de planification et de traçabilité</p> <p>Le parcours des soins coordonnés</p>	<p>Apports cognitifs</p> <p>Exercice pratique</p>	40 mn
<b>Echange avec le groupe projet</b>				20 mn



# Support de présentation

## Le raisonnement clinique, au service du parcours de soins



Présentation aux membres  
du groupe projet RC  
Neurochirurgie et SSR

13 janvier 2016



C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong 1

## POUR VOUS, QU' EST CE QUE :

- ❖ Le raisonnement clinique?
- ❖ Le modèle clinique trifocal
- ❖ La démarche clinique?
- ❖ Le projet de soins?

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong 2

## Finalité

S'approprier la démarche clinique selon le modèle clinique tri focal, la méthodologie de construction des plans soins types et des chemins cliniques afin d'optimiser l'informatisation du dossier patient

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong 3

## Objectifs :

- ❖ Acquérir la méthodologie de la démarche clinique selon la modèle clinique tri focal
- ❖ Acquérir la méthodologie de construction des plans de soins types et des chemins cliniques

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong 4

## Le raisonnement clinique: processus d'analyse

Fondé sur:

- ❖ La connaissance de la **personne** soignée
  - ❖ L'observation ,l'écoute, le respect
  - ❖ le **recueil de données cliniques**
  - ❖ La mobilisation des connaissances théoriques dans une démarche réflexive
  - ❖ L'expérience professionnelle ( « savoirs par l'expérience »)
- ❖ Ce processus de raisonnement est très souvent **implicite**

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong 5

## Le raisonnement clinique: processus intellectuel

- ❖ La personne qui raisonne effectue une série d'opérations mentales (déductions, inférences...) mais n'exprime que le produit de son raisonnement
- ❖ Tout professionnel de santé a la capacité de relier les signes à une conclusion clinique décrite et définie dans le respect de son **autonomie professionnelle**.
- ❖ La conclusion du raisonnement se nomme « **jugement clinique** ».

Thérèse PSJUK-Fiche technique N°1 - Revue Soins 2010

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong 6

## Deux modes de raisonnement cliniques

- Le raisonnement inducto-hypothético-déductif



- Le raisonnement par anticipation



C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

7

## Un raisonnement inducto-hypothético-déductif

- Indice:** la patiente se plaint de **picotements** au niveau du sacrum
- Hypothèses** émises par le soignant :
  - miettes ?
  - irritation cutanée ?
  - hémorroïdes ?
  - escarre ?
- Recueil de données complémentaires:** ici, issues de l'observation (vue), **rougeur au niveau du sacrum**
- Appel à ses connaissances:** cette rougeur ne cède pas à la pression
- Validation de l'hypothèse:** **escarre sacrée de stade 1**
- Comment tracer vous ce jugement clinique ?** Par le CDAR

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

8

CIBLE	DONNEES	ACTIONS	RESULTATS
<b>Escarre sacrée de stade 1</b>	Rougeur au niveau du sacrum qui ne disparaît pas à la pression, associée à des picotements.  Liée à une diminution de la mobilité et une transpiration excessive	Pose d'un Hydro colloïde  Soins à décider avec la patiente / mobilité/hydratation/alimentation/...	Disparition des picotements  Disparition de la rougeur fixée

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

9

## Un raisonnement par anticipation

- Gestion des risques personnalisée**
- Dimension préventive**
- Exemple:** vous accueillez un patient adressé pour un traumatisme de la cuisse (par chute d'un marteau lors d'une activité de bricolage).  
  
Ce patient a des antécédents cardiaques et vous informe prendre un traitement anticoagulant.
- Réflexe d'anticipation:** risque d'hématome majeur

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

10

## Le raisonnement clinique et les niveaux de jugement clinique

BAS RAISONNEMENT CLINIQUE      HAUT RAISONNEMENT CLINIQUE

- Observation**



- Action**

- L'infirmière observe, formule des hypothèses,
- conduit un recueil de données cliniques,
- Infirmière ou confirme les hypothèses,
- Emet un jugement clinique, agit et évalue le résultat de son action

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

11

## La démarche clinique

- Ex-démarche de soins ...
- C'est un processus d'identification de **l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels** d'une personne et la reconnaissance de ses capacités.
- Pour cela on utilise le **modèle trifocal**

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

12

## Le raisonnement clinique, modèle clinique Tri focal Les 3 domaines cliniques

1 <sup>er</sup> domaine clinique	2 <sup>ème</sup> domaine clinique	3 <sup>ème</sup> domaine clinique
<b>Signes et symptômes:</b> - De la pathologie - De la situation de handicap, - De la situation de dépendance	Risques et complications réelles ou potentielles liés -À la pathologie -Aux effets secondaires des traitements	Réactions humaines physiques et psychologiques Les capacités

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

13

## Le plan de soins type

- Plan de soins type :** Référentiel de qualité pour un Groupe Homogène de Patients (GHM ou GHP) permettant d'orienter le jugement clinique des professionnels de santé (**raisonnement clinique collectif et pluridisciplinaire**) et la décision des interventions de soins.

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

14

## Construction d'un plan de soin type (PST)

- ❖ Titre : « PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ADULTES PRESENTANT UNE COMPRESSION MEDULLAIRE EXTRA-DURALE D'ORIGINE NON TRAUMATIQUE, DE L'ADMISSION EN URGENCE EN NEUROCHIRURGIE JUSQU'AU TRANSFERT EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION »
- ❖ Définitions et argumentation du choix
- ❖ Photographie des cibles prévalentes
- ❖ Tableau d'analyse: cibles prévalentes, données, interventions de soins, résultats en attente et les fondements scientifiques.
- ❖ Fondement/ Argumentation
- ❖ Références bibliographiques

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

15

## Photographie des cibles prévalentes

Domaine de la pathologie (signes et symptômes)	Domaine des complications En lien avec la pathologie En lien avec le traitement	Domaine des réactions humaines
Compression médullaire : - Déficit moteur - Déficit sensitif - Douleurs rachidiennes - Troubles sphinctériens	- Risque de douleur - Douleur - Risque escarre - Escarre - Risque thrombo-embolique - Phlébite - Embolie pulmonaire - Risque de constipation - Constipation - Risque de rétention urinaire - Rétention urinaire - Risques d'incontinence urinaire - Incontinence urinaire - Risque de chute - Chute - Risque hémorragique / hématome - Hémorragie /hématome - Risque infectieux - Infection du site opératoire - Infection urinaire - Infection pulmonaire - Risque attitude vicieuse - Attitude vicieuse - Risque liés au traitement antalgique - Nausées / vomissements / intolérance médicamenteuse - Risque de trouble de la déglutition et/ou phonation - Trouble de la déglutition et/ou phonation - Risque d'aggravation neurologique - Aggravation neurologique - Paralyse - Risques de récidive - Risques de troubles respiratoires - Troubles respiratoires	- Inquiétude / anxiété - Risque d'insomnie - Insomnie - Risque de perturbation de l'image corporelle - Perturbation de l'image corporelle - Risque de perte de l'élan vital - Perte de l'élan vital - Capacité à se projeter dans le futur - Capacité à être acteur de sa prise en soins - Capacité à effectuer ses soins d'hygiène - Capacité à se mobiliser - Capacité à s'alimenter

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

16

## Ebauche du PST

CIBLES	DONNEES	ACTIONS		RESULTATS ESCOMPTES	ARGUMENTATION THEORIQUE ET FONDEMENTS SCIENTIFIQUES
		Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision des paramédicaux		
<b>DOMAINE DE LA PATHOLOGIE</b>					
Déficit moteur	Perte de la motricité : - Membre(s) inférieur(s) - Membre(s) supérieur(s) - Tronc Troubles de la préhension Troubles de la marche Attitudes vicieuses	Surveillance neurologique : recherche de mouvements spontanés et évaluation de la force musculaire (IDE). Prise en charge de kinésithérapie. 1 <sup>er</sup> lever avec aide et mise au fauteuil Evaluation de l'échelle du MIF (à l'entrée en SSR)	Bilan kiné : Evaluation motrice Installation du patient en rapport avec son déficit moteur Lever/ aide au transfert Mise au fauteuil Aide dans les actes de la vie quotidienne Encouragement à l'autonomisation, conseils	Récupération totale ou partielle du déficit moteur	Pour les kinés : utilisation d'échelles et de scores validés au niveau international (exemple : score ASIA ou testing moteur)

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

17

## Le chemin clinique

- Pour chaque problème ou risque, noter les **actions correspondantes** du plan de soins type
- Le plan de soins type est considéré comme le guide détaillé du chemin clinique
- Remplace le diagramme de soins



C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

18

## Ce qui vous attend .....

### 1. Choix et Définition du **GHM**

Titre, Sommaire, Argumentation du choix

Constitution d'un groupe projet avec les différents acteurs de santé concernés par le GHM.

### 2. Photographie générale

Construction du tableau avec les cibles selon le modèle clinique tri-focal (photographie des 3 domaines cliniques)

### 3. Plan de soins type: construction du tableau d'analyse

### 4. Validation pluri-professionnelle

### 5. Elaboration du **chemin clinique** à partir du plan de soins type

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

19

## POUR EN SAVOIR PLUS:

Arllette Marchal , Thérèse Psiuk, *La démarche clinique infirmière*, Edition Seli Arslan 2010

Thérèse Psiuk, *l'apprentissage du raisonnement clinique*, Edition De Boeck Mai 2012

Monique Blondel, Thérèse Psiuk **Plans de soins types, Chemins Cliniques et Guides de Séjour**, Editions Elsevier Masson, Mai 2010

Thérèse Psiuk, Christine Verhelst, **Plans de soins types et chemins cliniques, 19 situations cliniques prévalentes**. Editions Elsevier Masson, Novembre 2011

Thérèse Psiuk, Monique Gouby, **Plans de soins types et chemins cliniques, 20 situations cliniques prévalentes**. Editions Elsevier Masson, Mai 2013

C.Collet - H.Chanut - A.Herbrecht - B.Harriong

20

# Annexe 18

PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ADULTES PRESENTANT UNE COMPRESSION MEDULLAIRE EXTRA  
DURALE D'ORIGINE NON TRAUMATIQUE DE L'ADMISSION EN URGENCE JUSQU'AU TRANSFERT EN SOINS  
DE SUITE ET DE READAPTATION

## SOMMAIRE

Définition .....	2
Argumentation .....	3
1. Photographie des problèmes de santé.....	4
2. Tableau du Plan de Soins Type.....	5
Lexique.....	16

## Définition

**Ce plan de soins type concerne les patients admis dans le cadre de l'urgence en neurochirurgie et présentant une compression médullaire extra-durale d'origine non traumatique. L'intervention chirurgicale a lieu dans les heures qui suivent l'admission du patient. La levée des signes cliniques n'est pas systématique ni immédiate. Le patient nécessite une prise en charge d'environ 10 jours en neurochirurgie suivie d'un transfert en SSR.**

Définition de la compression médullaire : il s'agit d'une compression de la moelle épinière. La moelle chemine dans le canal rachidien entre le trou occipital et le bord supérieur de la deuxième vertèbre lombaire. La moelle épinière se termine par le cône terminal, en T12-L1 (Figure 1). Nous excluons de ce GHP les patients ayant un syndrome de la queue de cheval.

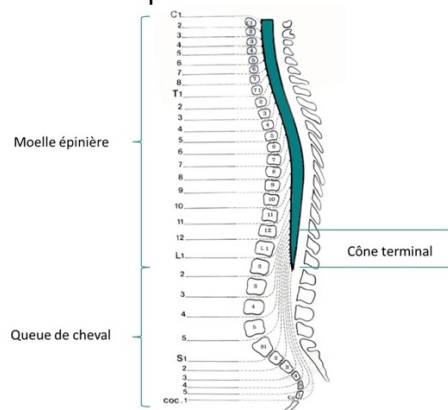


Figure 1

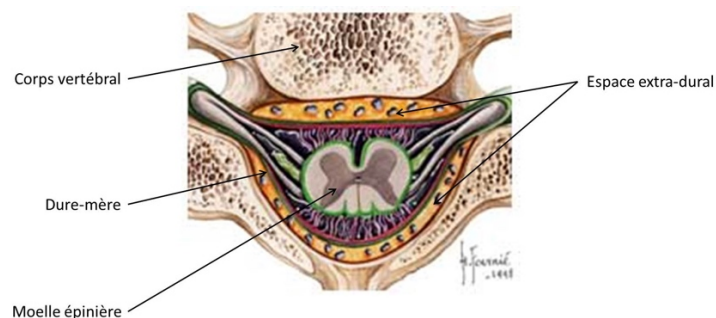


Figure 2

La compression médullaire d'origine non traumatique est un phénomène d'apparition lente, contrairement à la cause traumatique. Les modes de révélation et la symptomatologie sont différents entre ces 2 causes. C'est pour cette raison qu'il n'est retenu qu'un type de cause dans ce GHP.

Cette compression peut entraîner :

- Un syndrome rachidien : douleurs du rachis, raideur segmentaire du rachis,
- Un syndrome lésionnel : radiculalgie, déficit sensitivo-moteur par atteinte du niveau métamérique concerné par la lésion,
- Un syndrome sous lésionnel : déficits moteur, sensitifs et troubles génito-sphinctériens par atteinte des niveaux sous-jacents à la lésion.

Ces signes sont d'autant plus importants que la lésion est volumineuse et se développe rapidement, la moelle étant comprimée à l'intérieur du canal rachidien inextensible.

La moelle épinière est protégée, comme le cerveau par les méninges et donc par la dure-mère, la plus épaisse des méninges (Figure 2). Les lésions pouvant être responsables d'une compression médullaire sont classées selon leur localisation par rapport à la dure-mère et par rapport à la moelle elle-même : extra-durale (situées à l'extérieur de la dure-mère), intra-durale extra-médullaire (situées à l'intérieur de la dure-mère mais à l'extérieur de la moelle) et intra-durale intra-

médullaire (situées à l'intérieur de la moelle et donc a fortiori à l'intérieur de la dure-mère). Nous excluons de ce GHP les causes intra-durales, extra et intra-médullaires, puisque les principes de prise en charge sont souvent différents, comparativement aux causes extra-durales (délai de prise en charge, technique chirurgicale, soins post-opératoires, complications post-opératoires...). Les étiologies des compressions médullaires non traumatiques extra-durales sont variées : hernies discales et autres pathologies rachidiennes dégénératives, pathologies tumorales bénignes ou malignes, pathologies infectieuses, hématomes épидuraux....

Le diagnostic d'une compression médullaire est fait le plus souvent à l'aide d'une IRM médullaire. Le scanner du rachis peut également aider au diagnostic ou au bilan pré-opératoire.

L'intervention a pour but de lever la compression, le plus rapidement possible, dans un but de récupération fonctionnelle. Le plus souvent, l'intervention nécessite la réalisation d'une laminectomie et l'exérèse plus ou moins complète du processus compressif, avec parfois la réalisation d'une ostéosynthèse. Il peut cependant être nécessaire d'effectuer d'autre voie d'abord afin de réaliser la décompression médullaire. Selon les cas, l'intervention permettra également de faire un prélèvement pour examen anatomopathologique.

## Argumentation

- L'épidémiologie des causes non traumatiques de compression médullaire est difficile à établir en raison de la multiplicité des étiologies. Cependant la suspicion de compression médullaire est un motif fréquent d'avis neurochirurgical en urgence pour poser un diagnostic et en assurer la prise en charge le cas échéant.
- La compression médullaire est une urgence diagnostique et thérapeutique pour limiter les risques d'aggravation et de séquelles.

La prise en charge des compressions médullaires requiert un plateau technique spécialisé que le pôle NTC propose :

- Un accès à l'IRM 24h/24, ce qui est possible dans le cadre de la PDSES ou de la grande garde de neurochirurgie.
- En cas de compression médullaire avérée, le patient sera dirigé vers un bloc opératoire afin de pouvoir réaliser une intervention chirurgicale en urgence pour limiter le risque de séquelles.
- Durant les suites post-opératoires, plusieurs acteurs sont indispensables à leurs prises en charge (infirmières, aides-soignants, kinésithérapeutes) pour assurer des soins post-opératoires adaptés et débiter la rééducation.

Fréquemment, les patients sont dirigés, après la prise en charge neurochirurgicale, vers un service de soins de suite et réadaptation pour continuer la rééducation et limiter les séquelles.

Les compressions médullaires peuvent impliquer différentes spécialités, par exemple la neurologie en cas de diagnostic différentiel ou l'orthopédie en cas d'atteinte osseuse associée nécessitant une arthrodeèse.

## 1. Photographie des problèmes de santé

<b>Domaine de la pathologie (signes et symptômes)</b>	<b>Domaine des complications En lien avec la pathologie En lien avec le traitement</b>	<b>Domaine des réactions humaines</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit moteur</li> <li>- Déficit sensitif</li> <li>- Troubles sphinctériens urinaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur</li> <li>- Risque escarre</li> <li>- Escarre</li> <li>- Risque thrombo-embolique</li> <li>- Phlébite</li> <li>- Embolie pulmonaire</li> <li>- Risque de constipation</li> <li>- Constipation</li> <li>- Risque de chute</li> <li>- Chute</li> <li>- Risque hémorragique</li> <li>- Hémorragie</li> <li>- Risque infectieux</li> <li>- Infection du site opératoire</li> <li>- Infection urinaire</li> <li>- Risque d'intolérance médicamenteuse</li> <li>- Intolérance médicamenteuse</li> <li>- Risque de trouble de la déglutition et/ou phonation</li> <li>- Trouble de la déglutition et/ou phonation</li> <li>- Risque d'aggravation neurologique de type Hématome ou récurrence</li> <li>- Aggravation neurologique (Hématome ou récurrence)</li> <li>- Risques de troubles respiratoires</li> <li>- Troubles respiratoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inquiétude / anxiété</li> <li>- Risque de perturbation de l'image corporelle</li> <li>- Perturbation de l'image corporelle</li> <li>- Capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne (AVQ)</li> <li>- Capacité de retour à domicile</li> </ul>



## 2. Tableau du Plan de Soins Type

CIBLES	DONNEES	ACTIONS		RESULTATS ESCOMPTES	ARGUMENTATION THEORIQUE ET FONDEMENTS SCIENTIFIQUES
		Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision des paramédicaux		
<b>Domaine de la pathologie</b>					
<b>Déficit moteur</b>	Perte de la motricité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membre(s) inférieur(s)</li> <li>- Membre(s) supérieur(s)</li> <li>- Tronc</li> </ul> Troubles de la préhension Troubles de la marche Attitudes vicieuses	Surveillance neurologique : recherche de mouvements spontanés et évaluation de la force musculaire (IDE). Prise en charge de kinésithérapie. 1 <sup>er</sup> lever avec aide et mise au fauteuil Evaluation de l'échelle du MIF (à l'entrée en SSR)	Bilan kiné : Evaluation motrice Installation du patient en rapport avec son déficit moteur  Lever/ aide au transfert Mise au fauteuil Aide dans les actes de la vie quotidienne Encouragement à l'autonomisation, conseils	Récupération totale ou partielle du déficit moteur	Pour les kinés : utilisation d'échelles et de scores validés au niveau international (exemple : score ASIA ou testing moteur)
<b>Déficit sensitif</b>	Perte de sensibilité : noter le territoire concerné Paresthésies Hypoesthésies Hyperesthésie	Administration de la prescription médicale (anti-épileptiques)  Bilan MK : -Sensibilité superficielle -Sensibilité profonde -Score Asia	Evaluation de l'intensité de la gêne Surveillance Neuro Signalement au médecin Evaluation efficacité traitement  Installation pour éviter les attitudes vicieuses Prévention et surveillance cutanée	Diminution douleur Pas d'aggravation des signes  Confort du patient  Absence de lésions cutanées	

			<p>Information/conseil au patient</p> <p>MK Adaptation de l'environnement (appareillages) Prise en charge rééducative des troubles sensitifs</p>	<p>Participation du patient à sa prise en charge</p>	
<p><b>Troubles sphinctériens urinaires</b></p>	<p><u>Rétention urinaire</u> : Incapacité totale à uriner malgré une réplétion vésicale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mictions par engorgement</li> <li>- Douleur abdominale sus pubienne</li> <li>- Agitation</li> <li>- Confusion</li> </ul> <p><u>Dysurie</u> : Résidu post mictionnel &gt; 100ml ou 150ml ou &gt; à 20% du volume mictionnel émis naturellement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité de poussée abdominale pour uriner</li> <li>- Jet entrecoupé</li> </ul>	<p>- bladderscan - pose de sonde vésicale à demeure ou sondages évacuateurs itératifs</p> <p>- bladderscan - sondages évacuateurs itératifs - catalogue mictionnel</p>	<p>Diurèse des 24h Surveillance de l'hydratation -surveillance du transit intestinal</p> <p>Si SU à demeure : surveillance de la perméabilité de la sonde, vidange de la poche -toilette périnéale quotidienne et après chaque selle ou souillure</p> <p>- fréquence et volume des mictions Surveillance de l'hydratation -surveillance du transit intestinal</p> <p>Installation aux WC -verticalisation, fauteuil</p>	<p>Vessie vide si SU à demeure -Absence de douleur abdominale</p> <p>Résidu post mictionnel &lt; à 100ml</p> <p>Absence de douleur abdominale et de gêne mictionnelle</p>	<p>- HAS rapport évaluation technologique déc. 2008 : mesure du contenu vésical par technique ultrasonique - protocole de soins BCT novembre 2013 : sondage vésical à demeure et évacuateur (accès via blue medi)</p>

CIBLES	DONNEES	ACTIONS		RESULTATS ESCOMPTES	ARGUMENTATION THEORIQUE ET FONDEMENTS SCIENTIFIQUES
		Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision des paramédicaux		
<b>Domaine des complications</b>					
<b>Douleur</b>	<p><u>Localisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rachidiennes</li> <li>- des membres inferieurs</li> <li>- lombalgies</li> <li>- dorsalgies</li> <li>- cervicalgies</li> <li>- névralgies cervico-brachiales</li> <li>- liées à la cicatrice</li> </ul> <p><u>Caractéristiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- liées à la mobilisation</li> <li>- insomniantes</li> <li>- type de douleur</li> </ul> <p>Manifestations verbales et non verbales de la douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dispensation des traitements antalgiques, myorelaxant, anti-inflammatoire, antiépileptique)</li> <li>- prise en charge de la douleur par techniques kinésithérapiques</li> <li>- mise en place d'un collier cervical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- évaluation de la douleur (EVA- Algoplus)</li> <li>- surveillance douleur : localisation, intensité, description)</li> <li>- installation position antalgique</li> <li>- conseils, éducation Ecoute active</li> <li>- aide AVQ</li> <li>- Ré explication utilisation si PCA</li> <li>- réévaluation de la douleur après dispensation traitement antalgique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- traitement dispensé et adapté</li> <li>- Patient soulagé (EVA≤2)</li> <li>- non anxieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recommandations HAS et critères d'évaluation</li> <li>- CLUD</li> <li>- SFAR (annales 2014)</li> </ul>
<b>Risque d'Escarre</b>	<p><u>Facteurs favorisants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alitement prolongé</li> <li>-Dénutrition/ Déshydratation</li> <li>-Incontinence</li> <li>-Perte de mobilité</li> <li>-Trouble de la sensibilité</li> <li>-Age</li> <li>-Altération de l'état général</li> <li>-Contention</li> <li>-Dispositifs médicaux</li> <li>-Chirurgie longue durée</li> <li>-Mauvaise hygiène corporelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prescription matelas dynamique, coussin</li> <li>-Régime alimentaire hyper protéiné</li> <li>-Prescription prélèvement sanguin (albumine/ pré albumine)</li> <li>-Kinésithérapie</li> <li>-Prescription hydratation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluation du risque d'escarre par la grille de Norton et +/- matelas dynamique</li> <li>-Mobilisation</li> <li>-Prévention d'escarre : effleurage</li> <li>Observation et évaluation de l'état cutané</li> <li>-Hygiène corporelle rigoureuse</li> <li>-Surveillance de l'alimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de signes d'apparition d'escarre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recommandations HAS et critères d'évaluation</li> <li>Protocole GH (blue medi)</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hydratation</li> <li>-Réfection des lits</li> <li>-IMC</li> <li>-Variation du poids</li> <li>-Avis diététique</li> </ul>		
<b>Escarre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Localisation</li> <li>-Stade de l'escarre</li> <li>-Douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prescription matelas dynamique, coussin</li> <li>-Prescription pansement</li> <li>-Albuminémie + Pré albuminémie</li> <li>-traitement antalgique</li> <li>-Vac Thérapie</li> <li>-Diététicienne</li> <li>-Kinésithérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluation du stade de l'escarre</li> <li>-surveillance des signes de surinfection</li> <li>-Pansement d'escarre</li> <li>-Mobilisation, changement de position</li> <li>-Conseil d'installation + mise en place de dispositifs adaptés</li> <li>-Administration du TTT Antalgique</li> <li>-Réévaluation Echelle Norton+ EVA</li> <li>-Supplémentation alimentaire sur avis Diététicien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Régression progressive ou guérison de l'escarre</li> <li>-Soulager la douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Recommandations HAS</li> <li>-Protocole GH</li> </ul>
<b>Risque Thrombo embolique</b>	<p><u>Facteurs favorisants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alitement prolongé</li> <li>-Perte de mobilité</li> <li>-Obésité/surpoids</li> <li>-Déficit moteur</li> <li>-Douleur fonctionnelle</li> <li>-Durée de l'intervention</li> <li>-ATCD : Cancer, maladie thromboembolique, thrombophilie, pilule contraceptive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prescription anticoagulants préventif 6h après l'ablation des redons</li> <li>-Prescription bilan sanguin (plaquettes)</li> <li>-Lever précoce</li> <li>-Prescription bas de contention ou manchon de compression pneumatique intermittent</li> <li>-Kinésithérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Application de la prescription d'anticoagulants</li> <li>-Aide à la mobilisation</li> <li>-Incitation à la marche</li> <li>-Installation favorisant le retour veineux</li> <li>-Observance du port des bas de contention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de survenue de phlébite et d'embolie pulmonaire</li> </ul>	
<b>Phlébite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rougeur mollet</li> <li>-Chaleur Mollet</li> <li>-Perte du ballotement passif du mollet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Alitement strict</li> <li>-Echo doppler</li> <li>-Anticoagulants</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Information données au patient pour respect de l'alitement strict</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disparition phlébite</li> <li>-Diminution de la douleur et des signes de la phlébite</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Douleur à la dorsiflexion</li> <li>-Œdème/ induration mollet</li> <li>-Dissociation Pouls/ température</li> <li>-Fébricule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prescription de bas de contention</li> <li>-Prescription Bilan sanguin (surveillance anticoagulant)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adapter l'environnement pendant l'alitement</li> <li>-Surveillance paramètres vitaux</li> <li>-Surveillance des signes d'apparition de l'Embolie pulmonaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Levée de l'alitement strict</li> <li>-Pas de survenue d' E.P</li> </ul>	
<b>Embolie Pulmonaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Douleur et oppression thoracique</li> <li>-Dyspnée</li> <li>-Sueurs</li> <li>-Tachycardie</li> <li>-Désaturation</li> <li>-Anxiété</li> <li>-Malaise/ perte de connaissance</li> <li>-Arrêt cardiaque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prescription d'O2</li> <li>-ECG</li> <li>-Prise de sang (gaz, NFS, Troponine, hémostase)</li> <li>-Repos strict au lit</li> <li>-Prescription ATC</li> <li>-Prescription d'angio scanner thoracique</li> <li>-Pose voie veineuse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise de paramètres vitaux (surveillance)</li> <li>-Adapter l'environnement au repos strict au lit</li> <li>-Rassurer le patient</li> <li>-Surveillance vigilance</li> <li>-Gestes d'urgence si nécessaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Disparition des signes cliniques</li> <li>-Anticoagulation efficace</li> <li>-Etat hémodynamique stable</li> </ul>	
<b>Risque de constipation</b>	<p><u>Facteurs favorisants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alitement</li> <li>- Traitements antalgiques et notamment les morphiniques</li> <li>- Chirurgie</li> <li>- Compression médullaire</li> <li>- Changements dans les habitudes de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administration préventive de laxatifs per os</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-surveillance du transit intestinal</li> <li>- mesures hygiéno-diététiques</li> <li>-lever quotidien, mise au fauteuil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-le patient a un transit intestinal habituel pour lui</li> </ul>	<p>Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs (SFAP) recommandations octobre 2008 : prévention et traitement de la constipation induite par les opioïdes</p>
<b>Constipation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de selles depuis plus de 3 jours</li> <li>- Douleur abdominale</li> <li>- Distension abdominale</li> <li>- Irritabilité, confusion</li> <li>- Fausse diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-administration de laxatifs per os</li> <li>- administration de laxatifs par voie rectale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-surveillance du transit intestinal</li> <li>-mesures hygiéno-diététiques</li> <li>- installation aux WC</li> <li>-lever quotidien, mise au fauteuil</li> <li>-verticalisation si possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Retour à un transit habituel pour le patient</li> <li>- Absence d'inconfort abdominal</li> </ul>	<p>Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs (SFAP) recommandations octobre 2008 : prévention et traitement de la constipation induite par les opioïdes</p>
<b>Risque de chute</b>	<p><u>Facteurs favorisants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-troubles de l'équilibre,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-mise en place de contentions si nécessaire (au fauteuil, ridelles, etc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-mise en sécurité en adaptant l'environnement,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- absence de la survenue d'une chute</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-vêtements, chaussures inadaptés</li> <li>-environnement à risque, sol glissant</li> <li>-lors des transferts</li> <li>-manque de connaissance, non observance des consignes</li> <li>-déficit moteur et sensitif</li> <li>-pathologies associées (risque d'hypotension, hypoglycémie, troubles cognitifs, altération du jugement)</li> <li>-patient ayant chuté récemment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-prise en charge en kinésithérapie,</li> <li>-prescription d'aides mécaniques,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-aide aux transferts,</li> <li>-éducation du patient au risque de chute et conseils,</li> <li>-évaluation du risque,</li> <li>-surveillance de la survenue d'une chute et des facteurs favorisants,</li> <li>-transmissions à l'équipe pluridisciplinaire</li> <li>-sensibilisation de la famille et de l'entourage.</li> </ul>		
Chute	<ul style="list-style-type: none"> <li>-patient retrouvé au sol ou tombé en présence d'un membre de l'équipe</li> <li>-le patient dit avoir chuté</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-évaluation médicale après la chute,</li> <li>-réadaptation du traitement,</li> <li>-examens complémentaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-évaluer les conséquences potentielles (œdème, hématome, plaie, douleurs)</li> <li>-surveillance des paramètres vitaux et de la conscience,</li> <li>-prévenir le médecin,</li> <li>-recherche de facteurs favorisants,</li> <li>-prévention du risque de chute,</li> <li>-installation du patient,</li> <li>-évaluer les conséquences psychologiques, écoute, réassurance, conseils au patient sur la conduite à tenir,</li> <li>-transmissions à l'équipe pluridisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la patient ne re-chute pas</li> <li>-la chute n'entraîne pas de conséquence sur la suite de l'hospitalisation</li> </ul>	

			-déclaration de la chute		
Risque hémorragique	<p><u>Facteurs favorisants :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-déficit de facteurs de la coagulation,</li> <li>-intervention chirurgicale,</li> <li>-prise d'anticoagulants,</li> <li>-non-respect des consignes (mobilisation intensive, Redon arraché, troubles cognitifs, etc)</li> <li>-dispositifs médicaux invasifs,</li> <li>-pathologies associées (ex : ulcère oeso-gastro-duodénal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-bilan sanguin préopératoire (RAI, groupe sanguin, Hépatique, NFS, iono, Hémostase)</li> <li>-ECG</li> <li>-Surveillance de la NFS a J1</li> <li>Arrêt des anticoagulants en préopératoire et +/- transfusion de plaquettes</li> <li>- surveillance Plaquettes après reprise des HBPM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-surveillance de la survenue des signes cliniques de l'hémorragie,</li> <li>-quantification du redon, surveillance de la plaie,</li> <li>-surveillance des dispositifs médicaux invasifs,</li> <li>-surveillance de l'observance du traitement,</li> <li>-éducation du patient pour la mobilisation, information sur les dispositifs.</li> </ul>	Absence d'apparition de signes d'hémorragie	
Hémorragie	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Hématome, collection sous cicatrice,</li> <li>-anémie avec hypotension, tachycardie, tachypnée, pâleur, marbrures, asthénie, désaturation, etc.</li> <li>-saignement visible,</li> <li>-angoisse</li> <li>-douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-prélèvement sanguin (NFS, hémostase, RAI)</li> <li>-réfection du pansement, compressif si besoin,</li> <li>-surveillance du drain de Redon,</li> <li>-surveillance des constantes vitales et de la conscience,</li> <li>-application des prescriptions médicales de surveillance (ex: Scope cardio ou saturation, fréquence respiratoire, etc)</li> <li>-application des prescriptions médicales de traitements (médicamenteux, PSL etc.),</li> <li>-application de la procédure EFS,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-prévenir le médecin,</li> <li>-récupérer les résultats du bilan sanguin,</li> <li>-surveillance du pansement, du point de saignement,</li> <li>-quantification du saignement si possible,</li> <li>-préparation pour les examens complémentaires,</li> <li>-information au patient, réassurance</li> </ul>	Arrêt de l'hémorragie	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-examens complémentaires,</li> <li>-préparation au bloc opératoire pour reprise chirurgicale</li> <li>-prise en charge de la douleur</li> </ul>			
Risque infectieux	<u>Facteurs favorisants :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie</li> <li>- Dispositifs médicaux (KT périphérique, SU ...)</li> <li>- ATCD du patient (diabète, immunosuppression, ...)</li> <li>- Mauvaise hygiène corporelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan sanguin préopératoire (NFS)</li> <li>- Surveillance biologique post opératoire (NFS)</li> <li>- Réfection des pansements selon protocole du service</li> <li>- Préparation du traitement pour l'antibioprophylaxie (ATB dans le dossier du patient)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-surveillance des signes cliniques d'une infection</li> <li>- respect des règles d'hygiène lors des soins</li> <li>- Préparation cutanée de l'opéré</li> <li>- maintien d'une bonne hygiène corporelle</li> <li>- bionettoyage de l'environnement du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Absence d'hyperthermie</li> <li>- absence de signes biologiques d'infection</li> <li>- absence de signes cliniques d'infection</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blue medi : préparation cutanée de l'opéré</li> <li>- Blue medi : procédure SU</li> <li>- Blue medi : procédure perfusion</li> <li>- Protocole « pansements » du service</li> </ul>
Infection urinaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- urines troubles, malodorantes</li> <li>- brulures mictionnelles</li> <li>- pollakiurie</li> <li>- Hématurie</li> <li>- Douleurs pelviennes</li> <li>- difficulté à uriner</li> <li>- Fièvre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECBU</li> <li>- Changement de SU à demeure 48h après la mise en routes des antibiotiques si nécessaire (ou selon prescription)</li> <li>- Suivi des prescriptions d'antibiotiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-BU</li> <li>- Surveillance de la température</li> <li>- Surveillance de la diurèse et de l'aspect des urines</li> <li>- boissons abondantes</li> <li>- surveillance de la prise d'antibiotiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECBU de contrôle négatif</li> <li>- absence d'hyperthermie</li> <li>- disparition des signes fonctionnels urinaires</li> </ul>	
Infection de site opératoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperthermie</li> <li>- Frissons</li> <li>- Ecoulement au niveau de la cicatrice</li> <li>- Cicatrice inflammatoire</li> <li>- douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-réfection du pansement tous les jours selon prescription</li> <li>- écouvillon si écoulement</li> <li>- suivi des prescriptions d'antibiotiques</li> <li>- prélèvements biologiques selon prescription</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-préparation du patient pour reprise de cicatrice au bloc</li> <li>-surveillance des paramètres vitaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-absence d'extension de l'infection</li> <li>- absence d'hyperthermie</li> <li>- cicatrisation de la plaie chirurgicale</li> <li>- absence de douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocole « hyperthermie » du service</li> </ul>



<b>Risque d'intolérance médicamenteuse</b>	<u>Facteurs favorisants :</u> - prise d'antalgiques - anesthésie générale - prise HBPM	-pour les prescriptions si besoin d'antalgiques, ne pas donner plus que nécessaire -suivi des prescriptions de laxatifs, d'antiémétique -NFS 2 fois par semaine pour le suivi du risque de thrombopénie induit par l'héparine	-Feuille de surveillance tolérance-sédation-FR si PCA -surveillance de l'apparition de signes digestifs (nausées, vomissements, constipation) - surveillance de l'apparition de signes d'allergie - surveillance de l'apparition d'un saignement - noter dans le dossier du patient s'il a connaissance d'allergies	- bonne tolérance aux traitements, pas d'apparition d'effets indésirables	
<b>Intolérance médicamenteuse</b>	- Nausées, vomissements - Somnolence - Agitation, confusion - Bradypnée - Rétention urinaire, - Constipation - Thrombopénie - allergie	- suivi des prescriptions de laxatifs, d'antiémétique - test à l'antagoniste des morphiniques (naloxone) - suivi de la prescription d'arrêt des morphiniques, d'arrêt des HBPM, d'arrêt du médicament à l'origine de l'allergie, ou de la confusion - SU évacuateur ou pose de SU à demeure	-prévenir le médecin -surveillance des manifestations cliniques	- absence de nausées, vomissements - absence de constipation - absence de rétention d'urines - absence de thrombopénie - absence de somnolence -absence de confusion ou d'agitation -absence de bradypnée	- SFAP : la constipation sous opioïdes - AFSSAPS surveillance plaquettaire d'un traitement par HBPM
<b>Risque de troubles de la déglutition et/ou phonation</b>	<u>Facteurs favorisants :</u> -Localisation de l'intervention : cervicale antérieure -Mauvaise installation -Alitement -Absence de prothèse dentaire - Altération Etat Général	-Avis diététicienne -Avis orthophoniste -Test de Déglutition -Prescription eau gazeuse -Régime alimentaire adapté	-Installation demi assise ou assise -Surveillance prise de repas -Aide aux repas + aides techniques	-Absence de troubles de déglutition	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trouble de concentration</li> <li>-Douleur : Dysphagie</li> <li>-Port de minerve</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adapter la texture des repas</li> </ul>		
<b>Troubles de la déglutition et ou phonation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fausse route</li> <li>-Dysphagie</li> <li>-Toux pendant les repas</li> <li>-Dysphonie</li> <li>-Paralysie des cordes vocales</li> <li>-Temps des repas rallongé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Application du régime alimentaire</li> <li>-Surveillance des ingestas</li> <li>-Avis diététicienne</li> <li>-Prescription examens complémentaires (fibro, test de déglutition)</li> <li>-Rééducation Orthophonique</li> <li>-Bilan sanguin (iono pour surveillance hydratation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mettre en place une aspiration trachéale</li> <li>-Installation favorisant la déglutition (tête en avant pour avaler)</li> <li>-Surveillance PV (Saturation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Absence de fausses routes</li> <li>-Récupération du trouble de déglutition/phonation</li> </ul>	
<b>Risque d'aggravation neurologique</b>	<p><u>Facteurs favorisants :</u> Liés à la chirurgie (collection de sang/ LCR, écoulement de sang/LCR)</p> <p>Infection du site opératoire</p> <p>Non respect des consignes (mobilisation, posture)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- surveillance neurologique</li> <li>- surveillance post-opératoire</li> <li>- alitement ou lever précoce</li> <li>- kinésithérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- feuille de surveillance post-opératoire</li> <li>- information au patient consignes post-opératoires</li> <li>- surveillance cicatrice surveillance et réfection du pansement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pas d'aggravation neurologique</li> <li>- pas d'aggravation des déficits</li> </ul>	
<b>Aggravation neurologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apparition d'un déficit moteur (ou majoration) et/ou sensitif</li> <li>- Apparition d'une douleur (ou majoration)</li> <li>- apparition (ou majoration) de troubles sphinctériens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- surveillance neurologique</li> <li>-examens complémentaires (imagerie)</li> <li>-surveillance des paramètres vitaux</li> <li>-application des PM (traitements)</li> <li>-prise en charge de la douleur</li> <li>-préparation bloc opératoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-prévenir le médecin</li> <li>-préparation pour les examens complémentaires (imagerie médicale)</li> <li>-récupérer les résultats du bilan biologique</li> <li>-information au patient</li> <li>-réassurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Récupération du déficit moteur et/ou sensitif (total ou partiel)</li> <li>disparition de la douleur</li> </ul>	

		-bilan biologique (NFS, iono, hémostase RAI si sup à 72h)			
Risque de troubles respiratoires	<u>Facteurs favorisants</u> -Chirurgie cervicale - chirurgie thoracique - alitement	-Lever précoce -Ceinture abdominale - Kiné respiratoire	-Surveillance des paramètres vitaux (sat, FR, FC, TA, température) - surveillance des signes cliniques de difficultés respiratoires (tirage, sueurs...) - installation demi assis, fauteuil	Respiration efficace	
Troubles respiratoires (surinfection ; pneumothorax , hématome cervical compressif)	-encombrement bronchique - dyspnée, polypnée - désaturation en O2 - cyanose -douleur thoracique - hyperthermie -toux -Expectoration -Sueurs -tachycardie	- bilan sanguin (NFS, iono, GDS, hémostase) - radio de thorax - oxygénothérapie - antalgiques - protocole hyperthermie si hyperthermie - préparation pour le bloc si hématome cervical - antibiothérapie si surinfection bronchique	-Position demi assise - surveillance SAT, FR, FC, TA, température - aspirations bronchiques -évaluer la douleur - rassurer le patient - gestes d'urgence	- saturation en oxygène normale - absence de douleur thoracique - Absence d'encombrement bronchique - absence de dyspnée	

CIBLES	DONNEES	ACTIONS		RESULTATS ESCOMPTES	ARGUMENTATION THEORIQUE ET FONDEMENTS SCIENTIFIQUES
		Interventions sur prescription médicale	Interventions sur décision des paramédicaux		
<b>Domaine des réactions humaines</b>					

## Lexique

PST : Plan de Soins Type

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

GHP : Groupe Homogène de Patient

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

NTC : Neurosciences Tête et Cou

PDSES : Permanence Des Soins en Etablissements de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

ECG: Electrocardiogramme

ASIA: American Society Injury Association

MIF : Mesure de l'indépendance Fonctionnelle

HAS : Haute Autorité de Santé

EVA : échelle visuelle analogique

AVQ Actes de la vie quotidienne

PCA : patient controlled analgesy

CLUD : comité de lutte contre la douleur

SFAR : Société française d'anesthésie et de réanimation

GH : Groupe Hospitalier

ATCD : antécédents

EP : embolie pulmonaire

NFS : Numération formule sanguine

ECBU : examen cytbactériologique des urines

BU : Bandelette urinaire

SU : sonde urinaire

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

## Annexe 19

### Grille d'évaluation de la présence d'indicateurs qualité pour l'élaboration du Plan de Soins Types et du Chemin Clinique

Indicateurs	oui	non	observation
<p><b><u>Le Groupe homogène de patients :</u></b> Le Groupe homogène de patients(GHP) intègre des caractéristiques précises qui sont complétées et validées par l'ensemble de l'équipe.</p> <p><b><u>Le parcours de soins:</u></b> Le parcours de soins par Groupe Homogène de Patient (GHP) est identifié dans sa globalité d'emblée et sera complété au fur et à mesure de la construction des plans de soins types (PST) et des chemins cliniques (CC). Les soins coordonnés par GHP peuvent être identifiés dans leur globalité d'emblée et seront complétés au fur et à mesure de la construction des PST et CC.</p> <p><b><u>Le plan de soins type :</u></b> L'élaboration du Plan de soins type est réalisée <b>avant</b> de construire le chemin clinique. Les savoirs d'expériences sont confrontés aux savoirs scientifiques. Les interactions dans l'équipe pluridisciplinaire sont planifiées avec des argumentations, des contre argumentations, des négociations, des choix collectifs. La validation des différentes parties du PST est faite par les experts en tenant compte de la responsabilité professionnelle.</p>			

Indicateurs	oui	non	observation
<p><u>La photographie</u> des trois domaines cliniques (modèle clinique tri focal) est anticipée à partir du titre précis du GHP et réajustée au plus tard à la fin de la construction du PST.</p> <p><u>L'analyse</u> de la problématique de santé du groupe homogène de patients est précise et témoigne d'une harmonisation des pratiques professionnelles.</p> <p><b>Toute l'équipe pluridisciplinaire concernée a participé à la construction du PST.</b></p> <p><b><u>Le chemin clinique :</u></b> Le choix des items se fait à partir du PST. Le chemin clinique résulte d'une analyse de processus intégrant l'ensemble des interventions annoncées dans le PST. <b>Toute l'équipe pluridisciplinaire concernée a participé à la construction du chemin clinique.</b></p> <p><b><u>Avant utilisation,</u> les utilisateurs ont connaissance de l'ensemble des outils.</b></p>			

Master Management des Organisations Soignantes  
M2MOS@15-16

**TITRE DU PROJET MANAGERIAL**

Le management de la clinique au service du parcours patient.

**AUTEUR**

COLLET Christelle

**MOTS-CLÉS**

Gestion de projet, accompagnement, raisonnement clinique, coordination, management par la clinique, travail collectif, démarche médico-soignante, compétences, logiques interprofessionnelles, chemin clinique.

**KEY WORDS**

Project management, change management, clinical reasoning, coordination, clinical approach, collective work, medical approach, skills, interprofessional logics, clinical pathway.

**RÉSUMÉ**

Mon projet porte sur le management par la clinique au service du parcours patient. Le point principal est le raisonnement clinique partagé. Il se situe dans un contexte de déploiement du dossier de soins informatisé et de certification V14.

Suite à plusieurs audits, leurs analyses ont mis en valeur des améliorations possibles à apporter quant à la prise en charge du patient et la continuité des soins. Actuellement les soignants (IDE et médecins) travaillent chacun de leur côté sur leurs temps de travail respectifs et on s'aperçoit, dans les écrits des professionnels, qu'il y a un manque de coordination. Il serait bénéfique pour une meilleure prise en charge du patient d'avoir davantage de travail collectif et de temps partagés à l'hôpital.

Je propose de mettre en place une approche médico-soignante grâce à l'élaboration d'un plan de soins type et d'un chemin clinique entre deux services de soins. Ceci va permettre de renforcer les liens et les logiques interprofessionnelles. Le groupe projet va travailler sur un Groupe Homogène de Patient déterminé de neurochirurgie.

Recentrer les missions des cadres de santé autour de la clinique et développer les compétences cliniques des soignants par l'acquisition d'un haut raisonnement clinique sont les résultats attendus.

**ABSTRACT**

This research considers the question of management based on a clinical approach of patient care. The main point is collective clinical reasoning. It takes place in the context of the introduction of patient care computerization and V14 certification.

The analysis of several audits, emphasizes possible improvements regarding patient care and care continuity. Currently, doctors and nursing staff work independently of each other during their respective work time and we notice in the written observations of the professionals that there is a lack of coordination. it would be beneficial for better patient care to have more collective work and shared periods at the hospital.

I wish to put in place a new medical approach to elaborate a care plan and a clinical pathway between two departments of care. This is going to allow to strengthen links and interprofessional logics. The project group will work on a homogeneous group of determined neurosurgery patient.

The expected results are the refocusing of the missions of nurse managers around care and the development of staff nurses' clinical skills of with the acquisition of a high level of clinical reasoning.

