

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

## **Les relations d'équipes inter-services**

*Existe-t-il un trait d'union ?*

Christine DAUPHIN

**DCS@17-18**



## Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Françoise LOINTIER, ma directrice de mémoire. Dans un premier temps, ses idées m'ont parfois surprises, mais il ne m'a pas fallu longtemps pour en comprendre l'intérêt. Elle a su me faire tirer le petit bout de fils de la pelote jusqu'au bout, et élargir ainsi ma vision des choses. Je n'oublierai jamais cette phrase. « Explorer, mais sans attendre de réponses ».

Merci également à Patrick FARNAULT, et mes collègues élèves cadre de l'atelier mémoire. Ces échanges bienveillants m'ont aidé dans le démarrage et l'orientation de ce mémoire.

Merci à Anne OLIVIER, sociologue, pour ses outils de la recherche, et sa passion du découpage qui m'a bien aidé lors de l'analyse.

Un grand merci également à mon Bruno, pour sa patience, le temps qu'il a passé à m'attendre, ses encouragements, et son soutien infaillible.

Dylan, Jimmy, et Morgane, prenez cela comme un exemple.

Cannelle, merci pour tes petites visites.

## Sommaire

Introduction .....	5
<b>1 Contexte d'émergence .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Question de départ.....</b>	<b>9</b>
2.1 L'hexamètre de Quintilien.....	9
<b>3 Le cadre de référence théorique.....</b>	<b>12</b>
3.1 Les origines.....	12
3.1.1 Les sociétés.....	12
3.1.2 L'hôpital.....	13
3.2 Les besoins, d'attachement, de sécurité, de reconnaissance.....	16
3.2.1 L'attachement.....	16
3.2.2 La sécurité.....	17
3.2.3 La reconnaissance.....	19
3.2.4 Un parallèle avec l'institution.....	20
3.3 L'équipe.....	22
3.3.1 Dynamique et fonctionnement d'équipe.....	22
3.3.2 L'effet systémique d'une équipe.....	23
3.3.3 Les maux du travail en équipe.....	24
3.3.4 Les conflits .....	25
3.3.5 Le PACTE.....	26
3.4 Un travail d'articulation .....	28
3.5 La confiance .....	30
3.5.1 Définition .....	30
3.5.2 Comment instaurer la confiance.....	31
3.5.3 La rupture de confiance.....	32
3.5.4 Restauration et maintien de la confiance .....	32
3.6 La qualité du parcours patient.....	33
3.6.1 La qualité .....	33
3.6.2 Les processus .....	35
3.6.3 La satisfaction du patient .....	36
3.6.4 Le parcours patient vu par la HAS .....	37
3.7 Le cadre de santé .....	40
3.7.1 Son management .....	40
3.7.2 Le cadre et la confiance .....	41
3.7.3 Les activités et compétences du cadre.....	42
3.7.4 Est-ce que l'équipe va bien ?.....	46
<b>4 La problématique .....</b>	<b>47</b>

<b>5</b>	<b>Méthodologie d'enquête</b> .....	48
5.1	Présentation de la population. ....	48
5.2	Choix de l'outil.....	49
5.3	Les règles du jeu.....	49
5.4	Les limites de l'enquête.....	50
<b>6</b>	<b>Présentation des résultats</b> .....	51
6.1	Les services du Pôle .....	51
6.2	Sociogramme des services en interdépendances .....	52
6.3	Les causes des mésententes.....	53
6.3.1	Le temps d'attente.....	53
6.3.2	Manque de coordination .....	54
6.3.3	Manque de confiance dans l'information transmise.....	55
6.3.4	Manque de traçabilité et d'évaluation .....	55
6.3.5	Manque de dialogue .....	56
6.3.6	Manque de reconnaissance .....	56
6.3.7	Les freins à l'entre-aide .....	57
6.4	Les conséquences .....	58
6.4.1	Les représentations.....	58
6.4.2	Les conflits .....	59
6.4.3	Impact sur la qualité et la sécurité, de prise en charge des patients .....	60
6.4.4	L'absentéisme, la mobilité et la solidarité.....	60
6.5	Les origines des bonnes ententes .....	61
6.5.1	Organisation de la disponibilité des lits.....	61
6.5.2	Connaissance des autres .....	62
6.5.3	Reconnaissance et compréhension.....	63
6.5.4	Transmissions fiables.....	63
6.5.5	Formaliser les pratiques.....	63
6.5.6	Les médiateurs .....	64
6.6	Le rôle de l'institution .....	64
6.6.1	L'accueil des nouveaux professionnels.....	64
6.6.2	Diffusion de l'information au sein de l'établissement.....	65
6.7	Si je vous dis « Qualité des soins et relation entre services ».....	66
<b>7</b>	<b>Analyse en lien avec le cadre théorique</b> .....	68
<b>8</b>	<b>Réponse à la question de recherche</b> .....	70
	Les conclusions.....	75
	Bibliographie .....	76
	Table des annexes.....	

## Liste des abréviations

Toutes les abréviations sont précisées au fur et à mesure du texte.

<b>CHU</b>	Centres hospitaliers universitaires
<b>CREX</b>	Comités de retour d'expérience
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>EPP</b>	Evaluation des pratiques professionnelles
<b>GHT</b>	Groupement hospitalier de territoire
<b>HAD</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>PEP</b>	Pratiques Exigibles Prioritaires
<b>REX</b>	Retour d'expérience
<b>T2A</b>	Tarifification à l'activité
<b>AP</b>	Auxiliaire de Puériculture
<b>IDE</b>	Infirmière Diplômé d'Etat
<b>IPDE</b>	Infirmière Puéricultrice Diplômé d'Etat

## Avertissement

Toujours lire : infirmier (s), infirmière (s)

Toujours lire : professionnel(s), professionnelle (s)

Toujours lire : l(e) cadre, l(a) cadre

## Introduction

Ce travail de recherche va explorer un domaine auquel j'ai souvent été confronté, sans forcément y prêter grande attention dans un premier temps. Il touche toutes les catégories professionnelles, et tous les services hospitaliers. On pourrait même le généraliser au monde du travail.

Il s'agit des relations qu'entretiennent les professionnels, de deux services distincts, quand à un moment, ils travaillent en interdépendance sur le parcours du patient.

Les services sont hyperspécialisés. Les professionnels maîtrisent les activités de leur service, sans vraiment savoir, comment s'organise le service d'aval ou d'amont, et sans réellement connaître le parcours du patient dans sa globalité.

J'ai pu constater que le moment où les professionnels, doivent organiser le transfert d'un patient, d'un service à un autre, peut être révélateur de représentations, et source de tension entre les équipes.

Je souhaite comprendre pourquoi !

Dans un premier temps j'ai souhaité connaître les origines de la création des groupes. J'ai cherché à comprendre les craintes, et les besoins, qui permettent aux individus de coopérer et de se faire confiance. J'ai ensuite fait le parallèle avec le monde hospitalier, la qualité des relations, et la qualité et la sécurité des soins.

Mon enquête de terrain a confirmé, que les relations inter-services, pouvaient aboutir à un épuisement, et des conflits entre professionnels. Néanmoins, les valeurs soignantes mettent en avant le désir de coopérer de manière efficace, pourtant, les soignants ne savent pas toujours comment y parvenir.

Je souhaite, à travers ce travail de recherche, mettre en évidence, quels paramètres, et quels acteurs, influencent les relations d'équipes, entre les services.



# 1 Contexte d'émergence

Le sujet d'un mémoire se doit d'être pertinent, correspondre à la réalité du terrain, et être utile au quotidien.

Ma carrière a surtout été hospitalière, et se poursuivra au sein de l'hôpital après ma formation de cadre de santé. Je souhaite au travers de ce mémoire, pouvoir saisir cette chance qui m'est offerte, de prendre du temps, du recul, afin de pouvoir approfondir et analyser une situation que l'on rencontre régulièrement, et qui concerne le plus grand nombre de services.

Je me suis alors demandé.

- Quel est le point commun des différents services ?
- Ce point commun présente-t-il des difficultés potentielles, ou avérées ?
- Ces difficultés ont-elles un impact sur le patient ?
- Le cadre de santé peut-il avoir de l'influence sur la survenue, ou la résolution de ces difficultés ?

J'ai donc fait une rétrospective de ma carrière, et instinctivement des situations prédominantes se sont imposées à moi.

Je suis infirmière puéricultrice, et j'ai travaillé dans différents services pédiatriques hospitaliers. J'ai débuté ma carrière d'infirmière dans un service de néonatalogie. J'ai été encadré par des infirmières et des puéricultrices expérimentées. J'ai rapidement progressé dans la prise en soins des enfants et l'accompagnement des parents. L'ambiance de travail était agréable, mais pour autant je n'avais pas ce sentiment de « faire partie d'une équipe ». Comment expliquer cela ? Peut-être la temporalité, car je ne suis resté que dix mois dans ce service.

J'ai découvert à cette époque une rivalité implicite, entre les services de néonatalogie et celui de réanimation néonatale. L'équipe de réanimation m'était présentée par celle de néonatalogie, comme des personnes hautaines, qui se pensaient supérieures aux autres. Sans pour autant pouvoir donner d'exemples concrets.

- Sur quoi s'appuient-elles pour affirmer cela ?

Les deux services se trouvaient au même étage, l'un en face de l'autre. Ils avaient chacun une surveillante, cependant le chef de service était le même. Pourtant je sentais une frontière invisible, mais infranchissable entre les deux services. Or ces deux services travaillaient en amont et en aval les uns des autres. Les enfants prématurés et leurs parents passeraient obligatoirement d'un service à l'autre.

J'ai ensuite changé de service et intégré, avec une certaine appréhension, ce mystérieux service de réanimation néonatale.

Où sont ces infirmières hautaines ?

Je ne les ai pas rencontrées ! Pur fantasme ! Au contraire, j'ai été très bien accueilli très bien encadré, et vite rassuré sur cette équipe de réanimation. Mais là encore il n'a pas fallu beaucoup de temps, pour entendre des infirmières de réanimation, dire ce qu'elles pensaient du travail de celles de néonatalogie, « c'est facile, elles n'ont rien à faire... »

- Comment se fait-il que ces deux équipes se connaissent si mal ?
- Comment organiser un parcours patient de qualité, dans ces conditions ?

Je suis resté plusieurs années en réanimation, et là ce sentiment d'appartenance à une équipe c'est réellement concrétisé.

- Qu'est-ce qui fait qu'on se sente appartenir à une équipe ?
- Peut-on parler d'attachement ?

Mon parcours m'a ensuite conduit à travailler au sein d'une équipe de remplacement. J'étais amené à remplacer des infirmières absentes une ou deux nuits, et je travaillais sur cinq services différents. Mes compétences acquises en réanimation me donnaient confiance, et j'étais toujours très bien accueilli par les différents services. J'aimais cette polyvalence. Ce qui me plaisait c'était justement de ne faire partie d'aucune équipe. J'aimais faire partie de l'équipe soignante auprès des patients, et être à l'écart des tracas interpersonnels que rencontrent les services.

- Les discordes entre personnels servent-elles à la construction d'une équipe ?

J'ai ensuite intégré un service de chirurgie pédiatrique. Là aussi j'y suis resté plusieurs années. Je travaillais la nuit et le sentiment d'appartenance à l'équipe de chirurgie était manifeste. Nous travaillions en binôme, et la confiance entre paramédicaux soudait nos actes.

- Comment se crée la confiance ?
- La confiance est-elle indispensable dans une équipe ?

Le service se situait en amont et en aval, de deux autres services. D'un côté le service des urgences pédiatriques et de l'autre celui du bloc opératoire. Ces trois services se succédaient dans le parcours du patient. Ces services sont géographiquement distants, et nos liens étaient majoritairement téléphoniques et documentaires (dossiers patients, feuilles de transfert...), le seul lien physique était le brancardier. Les relations entre ces différents services n'étaient pas toujours aisées, car les impératifs des uns avaient inmanquablement des répercussions sur les autres.

Durant les périodes de fortes activités, la cohésion, et je pense, la confiance entre les uns et les autres étaient remises en question. C'était particulièrement visible, notamment, au moment du transfert des patients d'un service à un autre, car à ce moment-là, les deux services sont interdépendants les uns des autres.

Je me souviens de discussions parfois musclées entre les services, et d'un sentiment d'incompréhension. Chacun restant dans ses problématiques de service, en accusant les autres de les retarder. Comme si chacun restait sur son territoire.

Chaque équipe travaille sur son territoire et semblait vouloir le défendre !

- Qu'est-ce qu'un territoire ?
- Le défendre de quoi, de qui ?
- Quelles sont les représentations du travail de l'autre ?

Avec le temps, des liens se sont établis entre infirmières des urgences, de chirurgie, et du bloc. Les discussions furent plus faciles. Les problématiques des uns et des autres pouvaient être mises à plat, discutées négociées et un compromis était trouvé pour le bien de tous, professionnels et patients.

- Qu'est-ce qui a fait qu'un lien se soit créé ?
- Comment la confiance s'est-elle instaurée entre eux ?

Le temps a passé et je suis devenu faisant fonction de cadre, dans le service de pédiatrie générale. Un des objectifs qui m'avait été donné à mon arrivée, par le chef de service et la cadre supérieure, était de fluidifier le passage des enfants venant des urgences vers le service.

Lors d'affluences de patients, les urgences sont saturées, et ont besoin rapidement de transférer les patients vers le service d'hospitalisation. En même temps, le service d'hospitalisation est lui aussi saturé, et fait de son mieux pour faire sortir les patients, et accueillir les nouveaux.

« C'est à ce moment-là que le ton monte, entre les deux équipes ».

Et c'est à ce moment-là, que je suis interpellée, par les uns pour accélérer les choses, ou par les autres pour demander un peu de patience.

J'avais l'impression de revivre sur des fonctions différentes, ce que j'avais vécu quelques années auparavant.

J'ai pu constater qu'à ce moment-là, personne ne semble comprendre les impératifs des autres. Et personne ne semble travailler dans la confiance.

- Pourquoi ça se passe mal ?
- Cette période est-elle révélatrice d'un problème de fond ?

Les deux services travaillent dans un même but : « le bien du patient ».  
Ils travaillent en amont et en aval du parcours du patient.

Mais ils ne se connaissent pas.

## 2 Question de départ

J'ai remarqué au cours de ma carrière que certains a priori, peuvent exister entre deux services qui ne se voient pas, mais qui travaillent en amont et en aval, les uns des autres. Ce qui m'a interpellé et que j'ai mis en évidence dans mon cheminement se sont, les relations parfois difficiles des d'équipes entre différents services, la coopération des uns et des autres, et la place de la confiance.

- Mais d'où viennent ces notions, de coopération, de territoire, de confiance...qu'elles en sont leurs origines
- L'attachement et le besoin de sécurité sont-ils présents dans les relations professionnelles.
- Quelle est l'origine de ces difficultés relationnelles professionnelles.

« Si on trouve la cause, on trouvera la solution ! »

Les patients passent d'un service à un autre, d'une organisation à une autre (urgences, imagerie, bloc, services...). C'est lui le lien, le maillon, le fil conducteur entre tous les acteurs.

« Le référent c'est le patient ! »

Visiblement, les professionnels ont une vision globale du soin et de leur service, mais une vision très parcellaire du parcours du patient.

- Ont-ils assez d'information ?
- Connaissent-ils les organisations transversales ?
- Des interfaces existent-elles entre les services, et sous quelles formes ?
- Comment organiser un parcours patient de qualité ?

Ces liens inter-équipes et inter-services, concernent toutes les structures. Ils existent entre les différents services des pôles, se retrouvent entre les directions et les services, dans les structures extrahospitalières, et commencent à se développer avec les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

### 2.1 L'hexamètre de Quintilien

Afin de pouvoir décrire plus précisément une situation qui pose problème, et définir ma question de départ. Je vais m'aider de l'hexamètre de Quintilien, méthode "QOQOCCP". Je vais m'appuyer pour cela sur la dernière situation évoquée, « les relations difficiles entre les urgences et le service de pédiatrie lors de certains transferts de patients ».

QUOI ?

- Difficultés de cohésion et de communication entre les professionnels de deux services, se succédant dans le parcours patient.
- Agacement et tensions entre professionnels.
- Répercussions sur les conditions d'accueil des patients, sur la qualité de vie au travail.
- Conditions de travail stressantes pouvant être source d'erreurs.

QUI ?

- Les personnels paramédicaux et médicaux, des services d'amont et d'aval.
- Les patients et leurs familles, directement concernés par ce changement de service.
- Les cadres des services, responsables de la qualité d'accueil des patients et de l'organisation des soins.

## Où ?

- L'équipe des urgences n'a pas de visibilité sur ce qui se passe en pédiatrie et réciproquement. Chacun reste dans son service.
- Les deux équipes ne se voient pas et communiquent leurs informations par téléphones.

## QUAND ?

- Cette situation apparaît majoritairement quand les deux services sont surchargés.
- Au moment où un/des patient(s) doivent être transférés d'un service à un autre, et donc quand les services sont interdépendants les uns des autres.
- Mais également en fin de service (soirée, ou fin de nuit), avant le changement d'équipe.

## COMMENT ?

- Description du processus.  
Des échanges téléphoniques entre les urgences et le service de pédiatrie, permettent de connaître d'un côté comme de l'autre, le nombre d'enfants en attente d'hospitalisation, le nombre de lits immédiatement disponibles dans le service, et le nombre de lits potentiellement susceptibles de se libérer dans la journée.  
Quand un enfant doit être hospitalisé, un délai tenant compte de plusieurs facteurs (places disponibles, isolements, soins prioritaires...) est alors annoncé aux urgences. Si ce délai est respecté, tout va bien. Malheureusement il arrive que d'un côté comme de l'autre, ce délai ne soit pas respecté (l'enfant arrive trop tôt et rien n'est prêt pour l'accueillir, ou le délai est repoussé par le service, et les urgences s'engorgent). Tout ceci amène des tensions, de l'incompréhension et un agacement mutuel.
- De plus des erreurs, ou des non-dits, dans les informations transmises sur l'état de santé réel du patient, et sur sa prise en charge précédente, sont également source de mécontentement.

## COMBIEN ?

- Les ressources dont disposent les services en matière de moyens sont parfois insuffisantes (moyens en termes de lits, et de professionnels).
- Ces situations de tension peuvent se produire quotidiennement en période de forte affluence aux urgences (période hivernale), et de manière plus espacée au cours de l'année.
- Les fois où la confiance a été trahie restent en mémoire très longtemps, et une suspicion, sur la véracité des informations transmises par la suite, reste présente.

## POURQUOI ?

- Des informations sur le patient sont transmises par téléphone, aux médecins, aux infirmières, sur le dossier des urgences, sur la feuille de prescriptions, fiche de transfert, sur le dossier informatisé... Il se mélange de nombreuses informations sur des supports différents (oral, papier, informatique).
- Les interlocuteurs ne sont pas identifiés ni formalisés.
- L'état de santé du patient annoncé ne correspond pas toujours à ce qui est constaté à l'arrivée du patient. Un bilan sur son évolution n'a pas été fait avant de le transférer, et le patient s'est dégradé, ou bien amélioré entre temps.
- Les étapes du parcours du patient ne sont pas réellement connues des professionnels des services. Ce qui se passe et s'organise en transversale n'est pas matérialisé. On ne sait pas concrètement d'où le patient arrive, ni où il va. Comment l'autre service est organisé, quels sont ses impératifs, de quelles informations, délais, moyens... ces services disposent et ont besoin.

Il est très rare qu'un professionnel d'un service s'intéresse à l'organisation du service transversal avec lequel pourtant, il travaille au quotidien.

#### POUR QUOI ?

- Le résultat attendu est une fluidité dans le passage des patients d'un service à un autre.
- Une relation apaisée et de confiance entre les professionnels de services différents.
- Un accueil et un « parcours du patient » de qualité.

Lors de discussions avec différents professionnels rencontrés pendant ma formation, et durant les stages, j'ai constaté que ce problème était récurrent à de nombreux établissements. Chacun se reconnaissait dans ces problématiques, et avait des exemples à me fournir sur ce sujet.

La donnée fondamentale est : que chaque professionnel exerce ses fonctions avec compétence et bienveillance au sein de son service, mais la projection sur les compétences du service voisin a du mal à se faire.

Ce qui m'amène à ma question de recherche.

**De quoi manquent les équipes, pour pouvoir développer leur coopération entre services, et générer la confiance ?**

## 3 Le cadre de référence théorique

Mon cadre de référence sera principalement d'ordre sociologique. Pour moi, il est important que je connaisse ce dont a besoin l'Homme, pour pouvoir fonctionner en groupe.

D'où vient cette nécessité de coopérer et depuis quand ?

Comment ce sont organisés les sociétés d'un point de vue macro, et micro, puis à l'échelle d'un établissement.

Je vais commencer par remonter le temps pour mieux comprendre le présent.

### 3.1 Les origines

#### 3.1.1 Les sociétés

Il y a plus de 4 millions d'années, nos ancêtres préhistoriques ont quitté le déplacement dans les arbres et passé de plus en plus de temps au sol. Ils se redressent et acquièrent la bipédie permanente. L'utilisation de leurs mains qui jusque là servaient au déplacement, va pouvoir être utilisée pour transporter des aliments, fabriquer des outils... Le cerveau se développe et de nouvelles capacités cognitives vont interagir. Au fil du temps, les variations climatiques vont influencer l'évolution de l'homme qui va devoir s'adapter, et acquérir une plus grande indépendance vis-à-vis de l'environnement (en maîtrisant le feu, en fabriquant des vêtements, et en construisant des habitats).

Ces peuples chasseurs-cueilleurs nomades vont progressivement coloniser tous les continents. Ils vont **s'organiser** afin de chasser pour se nourrir, et donc **développer des compétences** physiques, sensorielles, et cognitives. Ils doivent **s'unir, collaborer**, et établir des stratégies pour réussir. Le partage des proies est au centre de la structure sociale de ces peuples. Les peuples nomades déplaçaient leurs camps en fonction de la présence des gibiers, ou des saisons, mais ils se réinstallaient périodiquement au même endroit, preuve qu'ils étaient **attachés à leur territoire**, et à la sécurité alimentaire qu'il apportait.

Ces sociétés mobiles n'étaient pas isolées et entretenaient des relations avec leurs voisins. Entre eux des échanges de biens, d'idées, de procédés techniques circulaient. Certains individus se distinguaient des autres (**le chef**), afin d'organiser, de coordonner les activités du groupe, de répartir les ressources et d'apaiser les conflits.

Progressivement les peuples se sédentarisent. Ils sélectionnent des céréales sauvages, développent l'agriculture, puis l'élevage. Ils produisent ce qu'ils consomment, et stockent leur nourriture dans des greniers pour en disposer tout au long de l'année. La survie dépend du stockage des denrées qui permet de passer l'hiver, et d'attendre les récoltes annuelles suivantes. La gestion des ressources, et leur redistribution garantissent **la sécurité**.

Ce modèle a permis un accroissement démographique, mais également, l'apparition de la propriété privée, des richesses, des inégalités sociales, et de la guerre. La guerre a principalement trois objectifs : défendre son territoire, protéger ses ressources ou en conquérir de nouvelles, et « *dominer son groupe pour perpétuer le pouvoir de sa lignée* »<sup>1</sup>.

Le monde de villages et de fermes se développe et les villes apparaissent. Ces villes sont dirigées par des individus ou des groupements d'individus, et une diversité de personnes la compose :

---

<sup>1</sup> Antoine Reverchon, Journaliste au Monde. « Pourquoi les hommes s'en vont en guerre ». Le Monde La vie. Hors-série n°20. Mars 2017 p. 144

administratifs, intellectuelles, artisans, commerçants, religieux... « *Ce n'est pas en raison d'une meilleure qualité de vie que les villes sont nées, mais de l'engrenage social du politique et du pouvoir* »<sup>2</sup>.

La ville concentre les pouvoirs, et rapidement des distinctions vont se faire, entre ceux qui produisent la matière première (les paysans), l'artisan qualifié qui la transforme (**des compétences**) et l'élite (représente **le pouvoir**). La catégorisation hiérarchique est née, et les activités manuelles sont dévaluées face aux personnes qui exercent le pouvoir et aux intellectuels.

Parallèlement à ces évolutions, le langage, l'écriture, l'imprimerie ont permis la diffusion, et l'archivage des **valeurs communes** d'une société.

Il a fallu plusieurs millénaires, pour que tout ce qui constitue notre civilisation contemporaine prenne naissance. Cette longue évolution, ces adaptations, organisations, et craintes, sont **inscrites dans nos gènes**.

Ces notions : d'apprentissages, de production, de coopération, de protection des biens, de transmissions, ces notions de chefs, de classe sociale, et surtout la préservation, protection du groupe et du territoire, restent tout à fait valables au XXI<sup>e</sup> siècle.

Ces héritages se retrouvent aussi bien dans les domaines de la vie privée, que professionnelle.

« Il est toujours important de savoir d'où on vient, pour savoir vers où on va ! »

J'ai voulu en remontant le temps, montrer l'importance et l'enracinement au plus profond de chacun d'entre nous, des notions fondamentales, citées précédemment. Elles ont forgé nos sociétés, nous en sommes les héritiers, et nous les réitérons.

Le monde hospitalier et le travail en équipe regroupent toutes ces caractéristiques.

### 3.1.2 L'hôpital

Parallèlement à ces évolutions sociétales, la médecine se développe. D'Hippocrate au V<sup>e</sup> siècle avant Jésus Christ, à nos jours, le monde médical a considérablement évolué. Lui aussi a suivi et suit encore les mêmes règles que l'évolution de l'humanité : les notions de territoire, de ressources, de coopération, de transmission, de pouvoir et le besoin de sécurité.

Aux IV<sup>e</sup> et V<sup>e</sup> siècles, les chrétiens encouragés par le clergé, ont créé des maisons d'hospitalité pour accueillir les malheureux, malades, personnes âgées, ou les pèlerins.

Jusqu'au XII<sup>e</sup> siècle, l'hôpital était un lieu d'accueil et de surveillance des malportants, et des indigents, fondé sur la charité chrétienne. Il fallait s'occuper des âmes, plutôt que des corps. Ces établissements n'étaient pas investis d'une fonction soignante. C'est François 1<sup>er</sup>, qui crée en 1544, le Grand Bureau des Pauvres, qui avait pour mission de coordonner l'activité des hôpitaux du royaume.

En 1656 Louis XIV demande la création d'hôpitaux généraux pour y recevoir et enfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins, fous, prostitués. L'hôpital n'est pas là pour soigner, mais pour éloigner. Cependant en même temps, il demande la création d'Hôtel Dieu, dans chaque grande commune, « pour soigner ».

La loi du 7 août 1851 érige en établissements autonomes les hospices et hôpitaux jusqu'alors rattachés à la commune de leur lieu d'implantation. Les malades sans ressource peuvent ainsi être hospitalisés dans n'importe quel établissement.

Le service intérieur était entièrement assuré par des sœurs hospitalières. Ce sont les religieuses qui dirigent et organisent ces établissements d'accueil. Elles ont essentiellement un rôle de gestionnaire des dépenses, tant auprès des malades que des personnels (cuisine, lingerie, buanderie...)

---

<sup>2</sup> Jean Guilaïne. Archéologue, auteur d'ouvrages scientifiques. « Le retour écologique au naturel est illusoire ». Le Monde La vie. Hors-série n°20. Mars 2017 p. 70



Les connaissances progressent de manière fulgurante. La médecine se situe entre **savoir et pouvoir**.

Le XIXe siècle met en place la médecine des organes. On passe de la médecine empirique à la médecine scientifique. Le médecin est devenu un personnage influent. Les compétences scientifiques des médecins s'accroissent et par là même leur **prestige social**, et la forte **hiérarchisation** des relations entre le corps médical et le corps soignant à l'hôpital.

À cette époque débute une confrontation entre savoir scientifique et savoir spirituel. Les religieuses sont toujours présentes et continuent leur travail de **surveillantes**, de maintien de l'ordre, de discipline, et de gestionnaires des hôpitaux. Elles ne soignent pas, mais encadrent des soignants laïcs.

Les médecins ont été le porte-drapeau de la laïcité, notamment le modèle républicain De Bourneville<sup>3</sup>. Il est politicien et médecin aliéniste (psychiatre). Il va créer en 1878 la première formation d'infirmier à l'hôpital de Bicêtre pour les hommes, et à la Salpêtrière pour les femmes. Pour lui, dans l'intérêt du patient, il faut **accorder de l'importance aux soins**, en complémentarité de la médecine, et pour cela ouvrir des écoles. Il forme des personnels laïcs venus de toute la France, à qui il donnera un diplôme. Par la suite, Léonie Chapsal<sup>4</sup> proposera un nouveau modèle de formation infirmier. La formation aura lieu pendant le temps de travail. « Le médecin décide, l'infirmière exécute ». Les choses vont encore évoluer avec Anna Hamilton<sup>5</sup>, elle est médecin d'origine française, mais de culture anglo-saxonne. Elle est la première femme à avoir passé une thèse à la faculté de médecine, nous sommes en 1901. Le sujet de sa thèse était "**Considérations sur les infirmières des hôpitaux**". Pour elle, l'infirmière est l'égale du médecin et pour cela elle doit avoir le même niveau de formation. L'infirmière n'est pas en subordination du médecin, mais en **complémentarité** (coopération). Néanmoins pour elle, seules les femmes peuvent être infirmières, car c'est une **fonction « maternante »**.

La loi du 21 décembre 1941 fonde l'Hôpital public. Elle ouvre l'hôpital aux malades payants. La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres, à celle **d'assistance aux malades**. L'hôpital tire l'essentiel de ses ressources, de ses activités de soins. Elles sont organisées au sein des différents services et rémunérées par des prix de journée.

L'ordonnance de 1958, instaure la création des temps pleins hospitaliers aux médecins (avec la possibilité de garder des consultations privées à l'hôpital). Précédemment, les médecins ne faisaient pas carrière à l'hôpital. Ils étaient attachés, faisaient des vacations et avaient un cabinet privé en ville. Le médecin cherchait à l'hôpital « des cas », des organes malades, il était là pour apprendre, nommer les pathologies, connaître les traitements. Dorénavant, les médecins vont être rattachés à un hôpital et à un service. **Le chef** de service apparaît, en rivalité avec les religieuses qui vont devoir partager leur territoire.

C'est également cette année-là que les centres hospitaliers universitaires (CHU) vont être créés. L'enseignement et la recherche entrent à l'hôpital.

La loi du 31 décembre 1970 pose les fondements du service public hospitalier, avec un accès aux soins pour tous, et une égalité de traitement.

C'est véritablement la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière qui sera fondatrice de ce qu'est l'hôpital d'aujourd'hui. Elle structure les règles hospitalières par thématiques.

- Les évaluations
- La régionalisation
- La contractualisation
- La coopération
- La concertation et l'organisation
- Les droits des malades.

Toutes les lois suivantes ne feront que préciser et compléter ces règles hospitalières.

---

<sup>3</sup> Docteur Bourneville, (1840 - 1909), anticlérical farouche et militant du groupe des radicaux.

<sup>4</sup> Léonie Chapsal (1873-1937), architecte de la profession infirmière

<sup>5</sup> Anna Hamilton, née le 22 mai 1864 à Fiesole en Italie et morte le 19 octobre 1935 à Bagatelle Talence en France, Femme médecin, directrice de la Maison de santé protestante de Bordeaux

L'ordonnance du 02 mai 2005, rénove l'organisation hospitalière en modernisant la gestion des établissements publics de santé, en créant notamment **les pôles d'activités**.

Les pôles ouvrent les services sur leurs collègues et voisins.

Je me demande alors : « Mais dans quel but ? ».

- ✓ Une meilleure connaissance, et coopération entre services.  
L'objectif étant : une meilleure prise en soin du patient.
- ✓ Ou, pour faciliter la polyvalence des agents et pallier les difficultés de personnel.  
L'objectif étant : la gestion des ressources humaines.

Finalement : « Les pôles vont-ils faciliter le travail en équipe interservices ? »

L'hôpital a longtemps été formé de bâtiments types moyenâgeux, constitués de grandes salles communes, où tous types d'individus et de pathologies se côtoient. Progressivement dans la logique des théories pasteuriennes<sup>6</sup> sur l'hygiène, des pavillons de spécialités vont apparaître. Les malades contagieux sont isolés. Les maladies aiguës et chroniques sont différenciées.

Il faudra ensuite attendre l'après-guerre pour que les hôpitaux s'organisent en **services spécialisés** et démontrent leur efficacité. Puis, c'est dans les années 1970 que les hôpitaux vont prendre la forme de blocs sur plusieurs étages. Chaque service étant **à la fois proche et éloigné des autres**. Les territoires sont bien définis, et les services sont hermétiques. Actuellement, la sécurité est de plus en plus prégnante et il faut maintenant des badges, des interphones et des autorisations pour accéder à un service.

L'hôpital est devenu un lieu de **haute technologie**, où s'exerce une médecine de spécialité. Il accueille des patients porteurs de maladies chroniques, porteurs de maladies graves, des femmes qui accouchent, des individus accidentés...mais il reste toujours un lieu d'accueil pour les plus vulnérables, « *Les services d'urgences sont devenus le réceptacle des misères sociales et morales, en particulier dans les grandes villes*<sup>7</sup> ».

Finalement, ces évolutions et l'hyperspécialisation des activités, ont-elles rapproché les équipes et les services, ou les ont-elles éloignés ?

L'hôpital est aussi un lieu de tension, qui reproduit plus ou moins les tensions de notre société.

« *L'hôpital est également un lieu de rapport de force entre des soignants et des soignés, et un endroit où se manifestent des hiérarchies, entre médecins d'une part, et entre le personnel soignant, le personnel administratif et le corps médical d'autre part* ».<sup>8</sup>

La question que je me pose est la suivante : « Nous retrouvons nous toujours, des siècles plus tard, dans ces notions archaïques de défense de territoire, de préservation de nos biens et de pouvoir ? »

Est-ce cela qui peut expliquer le manque de relation entre services ?

Est-ce la peur, ou l'attachement que nous avons à notre territoire, qui influencent nos relations à l'autre ?

Nous avons constaté que les besoins de sécurité et d'attachement sont à la base de nos relations, je souhaiterais maintenant comprendre sur quoi ils reposent.

---

<sup>6</sup> Inventé par Pasteur et ses disciples dans les années 1860. Louis PASTEUR 1822-1895 Biologiste et chimiste français, créateur de la bactériologie et de la microbiologie

<sup>7</sup> op.cit. Page 84. Site Peneff J., Les malades des urgences.

<sup>8</sup> Sophie Chauveau, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », Les Tribunes de la santé 2011/4 (n° 33), p. 81-89. DOI 10.3917/seve.033.0081. Page 82

## 3.2 Les besoins, d'attachement, de sécurité, de reconnaissance.

### 3.2.1 L'attachement

« L'attachement dans son sens général, désigne le **lien affectif et social** développé par une personne envers une autre personne »<sup>9</sup>

La théorie de l'attachement a été développée par John Bowlby (1907-1990) psychiatre et psychanalyste. Il définit l'attachement comme, un système primaire, spécifique, présent dès la naissance. Il l'associe à un **besoin primaire** au même titre que la faim, la soif, le sommeil.

L'attachement est un lien affectif, basé sur les besoins de **sécurité de l'enfant**. Ces besoins comprennent les soins et les interactions sociales. Ce lien se construit entre un enfant et sa figure d'attachement (principalement sa mère, ou toute autre personne prenant soin de lui). La qualité de ces interactions est fondamentale. La figure d'attachement doit comprendre les besoins de l'enfant, et y répondre de manière adaptée.

Le sentiment de sécurité va se construire chez l'enfant en vivant de manière répétée les expériences suivantes :

- ✓ Recevoir des réponses adéquates à ses besoins
- ✓ Une continuité de personnes
- ✓ La prévisibilité des réactions
- ✓ La cohésion et fiabilité des figures d'attachement
- ✓ Les séparations limitées en fonction de l'âge de l'enfant.

L'enfant va progressivement se rendre compte qu'une ou plusieurs personnes viennent le réconforter, lui apporter les réponses adéquates à ses demandes, et il va s'y attacher.

Au fil de ses expériences, l'enfant va prendre conscience de soi et de l'autre.

Il va savoir sur qui il peut compter, et pour qui il compte !

Cependant, il ne sera pas toujours possible à l'enfant de bénéficier de relations stables et sécurisantes. Le non-respect des besoins affectifs de l'enfant, et la qualité des réponses qui vont lui être apportées par les figures d'attachement vont déterminer certains comportements de l'enfant (qui est un adulte en construction).

Il existe différents types d'attachement :

- ✓ Attachement sécure.  
Les émotions négatives de l'enfant sont régulées et apaisées, et les émotions positives sont stimulées, encouragées. Ce qui permet à l'enfant de construire une bonne **estime de soi**, il a **confiance en lui et en l'autre**.
- ✓ Attachement insécure.  
Dans ce cas les émotions négatives éprouvées par l'enfant sont peu ou mal apaisées par ses figures d'attachement, il est particulièrement sensible aux facteurs stressants, et **a du mal à faire confiance** aux autres.
  - Soit « évitant ». Ne pouvant faire confiance à autrui il se coupe de la vie émotionnelle et se trouve réduit à ne compter que sur lui-même.
    - À l'âge adulte, ce sera une personne assez distante, et qui développera peu de lien avec les autres. Ces relations avec le cadre seront basées sur un **besoin de distance**.<sup>10</sup>
  - Soit « ambivalent ». Angoissé il s'accroche à sa mère, majore son besoin d'attachement au détriment de son envie d'exploration.

<sup>9</sup> Le guide de la puéricultrice 2<sup>e</sup> édition, MASSON, L'attachement. page 424.

<sup>10</sup>. Le management interculturel. Mme Héron. Cours ESM. Module 4 du 13 mars 2018

- À l'âge adulte, c'est un individu qui sera dans la fusion. Les relations avec le cadre seront basées sur des **besoins de fusion**.

Ces besoins de sécurité et de protection sont prioritaires chez l'enfant. Plus cet attachement sera sûr avec une personne (réponses adaptées aux besoins de l'enfant), plus l'enfant sera autonome vis-à-vis d'elle. **L'attachement ne rend pas dépendant, au contraire !** Il permet à l'enfant de **devenir autonome**, capable de relations sociales satisfaisantes, et permet une meilleure régulation émotionnelle et cognitive.

Cet attachement va constituer la base des sentiments, des pensées, des attentes de chaque individu, et constituera la base de leurs relations futures.

Il est évidemment très facile de faire le **parallèle entre le travail en équipe, et le type de réponses proposées** aux besoins de l'enfant, cités précédemment. Les relations professionnelles nous ramènent à « notre » construction psychique.

Nous aussi en tant qu'adultes, que professionnels, nous avons besoin :

- ✓ De recevoir des réponses adéquates à nos demandes et nos besoins.
- ✓ D'une continuité de personne, avec qui nous pouvons travailler.
- ✓ De prévoir les réactions des personnes, des services, avec lesquels nous collaborons.
- ✓ De cohésion et fiabilité des N-1 et N+1.
- ✓ De séparations limitées, sous-entendues, des moments de rencontres, de réunion, d'échanges.

Les réponses que nous recevrons, de nos hiérarchies, collatéraux, services extérieurs... vont influencer nos comportements et nos réactions, et seront à l'origine de relations très **distantes** et méfiantes, ou au contraire **rassurantes** et pleines de confiance, que nous établissons entre professionnels.

Le travail en équipe se construit sur les mêmes bases, et tout comme l'enfant, son but est de nous conduire à être **autonome**, c'est à dire « quelqu'un qui a une certaine indépendance, qui est capable d'agir sans avoir recours à autrui ».<sup>11</sup>

L'organisation de l'entreprise, de l'hôpital, des institutions, tout ce qui engendre de la relation humaine, ne peut pas être isolé de ce qui nous a construit en tant qu'être humain.

### 3.2.2 La sécurité

Le besoin de sécurité est un besoin absolu pour chaque individu. Il a été largement décrit notamment par Maslow avec la pyramide des besoins, et par Virginia Henderson et les 14 besoins fondamentaux.

Les besoins sont ordonnés dans un ordre croissant, les besoins primaires devant être satisfaits avant de passer au niveau supérieur.

---

<sup>11</sup> Définition du dictionnaire Larousse.

➤ Pour Virginia Henderson,

Les besoins s'appliquent aux malades, mais également à tous les milieux. Les besoins primaires sont évidemment de respirer, se nourrir, éliminer, dormir... puis arrive le 9<sup>e</sup> besoin fondamental. « **Éviter les dangers** », qui a été réajusté récemment en « **besoin de sécurité** ».

- ✓ Le besoin d'éviter les dangers : nécessités pour chaque individu, de **se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire** et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.  
C'est la capacité d'une personne à maintenir et promouvoir son intégrité physique et mentale, en connaissance des **dangers potentiels** de son environnement.

*Se protéger contre toute agression externe réelle ou imaginaire*, sous-entend que le danger vient de l'extérieur, de l'autre, et qu'il faut s'en protéger. Si je transpose ce besoin au monde hospitalier, **le danger vient de l'autre**, celui qui ne fait pas partie de notre groupe, de notre équipe, de notre service, de notre pôle, de notre catégorie professionnelle.

*Les dangers potentiels* viennent majoritairement du **manque de connaissance** de l'autre. Tout ce qu'on ne connaît pas fait peur. On peut fantasmer n'importe quoi sur l'inconnu. Ça engendre **des représentations** de l'autre, qui ne correspondent pas à la réalité. Chaque service, chaque profession à **ses valeurs, sa culture** propre, « *la culture au sein d'une organisation peut être définie comme le mode de pensée et d'action habituel, plus ou moins partagé et qui doit être appris et accepté* ». <sup>12</sup>

L'ethnocentrisme<sup>13</sup> (parallèle fait avec le monde professionnel) est profondément humain. Les aides-soignantes prennent leurs pauses ensemble, les infirmières de bloc se retrouvent... il est important de revenir aux sources, **c'est sécurisant**. Il est humain de se dire « mon groupe à moi il est meilleur que l'autre » et réciproquement, car l'autre pense la même chose.

Mais les stéréotypies, les préjugés aboutissent à la **stigmatisation** et l'on n'a **pas envie de rencontrer l'autre** (ça me renvoie aux situations décrites dans mon contexte d'émergence). Il est important que les agents puissent déposer leurs représentations culturelles de l'autre. Puisse exprimer leurs peurs, leurs craintes : « Qu'elles sont vos représentations ? ».

Il s'agit là de pouvoir identifier les risques, comprendre et connaître l'autre. Cette connaissance de l'autre passe par la compréhension de qui il est, où il évolue, quelles sont ses pratiques professionnelles, ses besoins, et ses limites. Ça demande un effort **d'ajustement mutuel**.

Avoir reçu de mauvaises informations sur un patient peut entraîner des risques d'erreurs dans la prise en soin, mais ça peut également entraîner une remise en question des compétences du professionnel qui a, de ce fait, mal agi. Il sera perçu par les autres agents du service comme un mauvais professionnel. La qualité de son travail sera remise en question. **L'estime de soi** et le besoin de reconnaissance de l'autre seront touchés.

---

<sup>12</sup> Des clés pour comprendre les organisations. Les fiches en lignes de La lettre du CEDIP. Fiche n°77 septembre 2017

<sup>13</sup> Ethnocentrisme : « Phénomène naturel, résultant des rapports directs ou indirects entre les sociétés » – telle est la définition qu'en donne Claude Lévi-Strauss, (1908 – 2009) anthropologue et ethnologue français.

### ➤ Pour Abraham Maslow

Spécialiste de la psychologie du travail, il définit en 1954 que l'homme ne peut atteindre pleinement son développement psychique, que s'il satisfait à un ensemble de besoins.



Ses besoins peuvent être transposés au monde du travail (selon Laurent Granger<sup>14</sup>).

- **Besoins physiologiques** : avoir un salaire permettant de vivre décemment.
- **Besoins de sécurité** : posséder une stabilité d'emploi, un environnement et des conditions de travail sécurisantes.
- **Besoins d'appartenance** : être intégré dans un groupe qu'il soit social, statutaire. Être informé régulièrement de la vie de l'entreprise. Se sentir accepté, ne pas se sentir rejeté.
- **Besoins d'estime** : être reconnu, considéré, par son manager, ses collègues. Avoir une bonne réputation. Savoir ce qu'on est par rapport aux autres et au groupe. Exercer un métier utile, posséder un titre valorisant, exercer dans un espace de travail prestigieux. L'estime c'est aussi le besoin de respect de soi-même, et de **confiance en soi**.
- **Besoins d'accomplissement de soi** : atteindre des objectifs particulièrement difficiles, se perfectionner, élargir ses compétences, devenir un expert dans son domaine, résoudre des problèmes complexes... mais aussi être autonome dans son poste

Ici encore nous retrouvons le « **besoin de sécurité** ». C'est l'aspiration de chacun à être protégé physiquement, mais aussi moralement. Ce besoin contient une part de subjectivité liée à nos craintes, nos peurs et nos anticipations.

#### 3.2.3 La reconnaissance

Dans un monde professionnel qui reconnaît principalement la performance et la technique, les soins relationnels, la qualité de relation avec les patients, « **le don de soi** », ces dimensions subjectives sont bien souvent peu ou pas reconnues. Le rôle du cadre est alors essentiel. « *Plus le travail exige un engagement subjectif dans des relations avec autrui, plus il est confronté aux tragédies humaines, plus la reconnaissance est essentielle* »<sup>15</sup>. Si le professionnel ne se sent pas reconnu, il aura du mal à reconnaître les autres, et notamment ceux dont il doit prendre soin. Le risque est que se sentant maltraité, il maltraite à son tour, ceux dont il a la charge. « *La reconnaissance n'est pas seulement une obligation envers les professionnels, c'est aussi une exigence collective* ».

<sup>14</sup> <https://www.manager-go.com/management/theorie-de-maslow.htm> Savoir et savoir-faire pour cadres et dirigeants

<sup>15</sup> François Dubet, Professeur émérite, Faculté de sociologie de Bordeaux. Soins cadres n°102 mai 2017. « Professionnels de santé et reconnaissance, point de vue sociologique ». Page 17

Il est donc indispensable de connaître et reconnaître les besoins des individus, pour **adapter et faire progresser** les pratiques des professionnels entre eux.

Finalement, la cause des difficultés relationnelles entre services, vient-elle seulement du manque d'attachement, de sécurité, de reconnaissance entre professionnels ?

Si j'étudie la chose d'un point de vue un peu plus macroscopique, quel rôle joue l'institution dans la satisfaction de ces besoins ?

### 3.2.4 Un parallèle avec l'institution

Dans son livre sur l'étude psychanalytique des institutions, René Kaës<sup>16</sup>, et d'autres auteurs font le parallèle entre le cadre institutionnel et les dispositifs thérapeutiques.

L'institution est bien souvent comparée à la famille. Il existe une sorte de correspondance entre le système de la parenté, et les attitudes institutionnelles. Les représentations des organisations, des réunions, sont bien souvent assimilées à des groupes « familiaux », tout le monde se connaît, « on fait partie de la maison ». Les membres d'une équipe ou d'un service se considèrent comme frères et sœurs.

Pour Fornari<sup>17</sup>, « les institutions sociales se sont constituées et organisées comme **protection naturelle** contre les angoisses primaires ». Pour lui, l'institution doit avoir un **rôle défensif** pour leurs agents ou leurs utilisateurs.

L'institution se place à la place de la « mère ». Elle peut être, « **une mauvaise mère** », ou une « **bonne mère** ». L'enfant peut être perçu comme objet idéalisé « sauveur », ou au contraire comme objet « persécuteur ».

Jean Paul Vidal<sup>18</sup>, précise que l'institution peut prendre une place de toute puissance, comme les mères de psychotique, se nourrissant des gens qui lui sont confiés. Il est alors difficile de s'en détacher. Elle attend de ses sujets (les professionnels) « *qu'ils la mettent à la place d'une mère puissante et bonne, et qu'ils en soient satisfaits masochiquement* ». Elle veut le bien de ces enfants, qui sont eux, responsables de son existence, ils peuvent tout dire, sauf parler sur elle, se montrer agressifs, car c'est comme s'ils se comportaient comme quelqu'un qui veut « tuer sa mère ».

Inversement, une institution qui entretient la possibilité d'une expérience transitionnelle, et prend le risque du rejet, assure la fonction maternelle de l'autre. Dans ce cas, l'institution assume le rôle de « la bonne mère ».

Les membres du groupe peuvent aussi être assimilés à la famille « fantasmatique ». Les mythes et légendes regorgent d'histoires à ce sujet. Comme dans la famille fantasmatique, « *chaque membre se sent menacé par tous les autres et réciproquement* ».

L'institution peut avoir une fonction structurante, mais également des dérives destructrices. Comme le dit René Roussillon<sup>19</sup>, « Les hommes développent **des mécanismes de défense** contre les angoisses inhérentes à la vie individuelle et groupale ». Il est important que ce qui ne peut s'officialiser dans la structure institutionnelle puisse trouver **un espace individuel et groupal**.

D'où la nécessité de trouver dans l'espace des institutions des lieux psychiques, où les angoisses, les conflits, pourront être **déposés et discutés**. Ces pratiques d'**écoute**, d'intervention, de théorisation sont inspirées de la psychanalyse et se matérialisent par deux types de rencontres.

---

<sup>16</sup> KAES R. L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques. Édition Dunod, Paris 2012

<sup>17</sup> Op.cit. Chapitre 7 Vidal Jean Pierre. « Le familialisme dans l'approche « analytique » de l'institution. L'institution ou le roman familiale des analyses. Page 183

<sup>18</sup> Op.cit. Page 179 et suivantes

<sup>19</sup> Op.cit. Chapitre 6, René Roussillon « Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstices Page 159 et suivantes.

### ✓ **Des réunions débarras**

Où ce qui n'a pas pu être traité, dis, de la relation interindividuelle, ou intergroupale peut être abordé. Parfois, il ne se passe rien, et à d'autres moments des tensions agressives se manifestent. Ces réunions permettent de « **localiser** » le **subjectif** et de préserver le reste du fonctionnement institutionnel.

### ✓ **Des espaces interstitiels**

Ce sont des lieux de passage, des locaux communs à tous, couloir, salle de soins, secrétariat, machine à café, cafétéria...Ce sont des lieux de rencontre à la frontière entre deux activités de travail. Ces lieux, bien qu'étant situés en interne, sont vécus comme étant hors de leur territoire, comme une « **extra-territorialité** ».

L'interstice permet de faire spontanément une remise à niveau psychique et des **régulations de tension**. C'est un espace transitionnel ou peut être échangé, confié, en inter individuel ou en mode groupal, ce qui ne peut être dit ailleurs. Il permet de « tâter le terrain », sur un sujet, ou commenter une réunion ou décision institutionnelle, et d'évaluer le soutien, potentiel, qu'on pourrait avoir avant d'officialiser sa parole en réunion.

À l'inverse, cet interstice peut également être source de conflit et de clivage, quand **il perd sa fonction transitionnelle**. Parfois les membres d'un groupe ne s'identifient plus aux autres. Ils n'ont plus la capacité d'accepter la conflictualité interne. Le narcissisme prend le dessus et cela se transforme en conflit interindividuel, en crise entre groupes, en exclusion, et peut aller jusqu'au clivage avec des effets paranoïdes.

Pour éviter cela, il est nécessaire lors de ces rencontres, que leurs fonctionnements soient étayés, de « récepteurs », « d'écouteurs », de « portes-paroles », et que chacun fonctionne dans un processus **d'appui réciproque**.

Afin de réguler les comportements pouvant parfois être agressifs en milieu psychiatrique, face aux patients, ou entre professionnels, il a été créé un lieu de réunion où l'on discute des pratiques relationnelles et de difficultés rencontrées. À l'origine cette organisation avait pris le nom « **d'analyse de la pratique** ». Ce nom et ces pratiques se sont ensuite généralisés et étendus à de multiples secteurs professionnels.

Dans tout groupe où l'anxiété surgit, il est important d'avoir recours à quelque chose ou quelqu'un susceptibles **d'apaiser** cette anxiété ou cette peur. « *C'est là, la fonction originelle **du leader*** »<sup>20</sup>.

Donc, ce dont-ont besoin les professionnels, c'est d'une institution qui accepte de se conduire en bonne mère, de les défendre, qui accepte la critique et la remise en question. Ils ont également besoin de temps, de lieux, de parole et d'écoute, car la vie en groupe est source de tension et d'agressivité, et doit disposer d'espaces permettant de réguler et d'apaiser les peurs, afin de préserver le fonctionnement général de l'organisation. Cependant pour ne pas être contreproductif et aboutir à un clivage, ces temps de paroles doivent être reconnus par tous comme un moment d'appui réciproque. Il faut savoir s'écouter.

Après avoir vu « une partie » du rôle de l'institution, j'ai maintenant envie de zoomer d'un peu plus près, sur ce qu'on appelle communément une « équipe ».

---

<sup>20</sup> Op.cit. page 184.



### 3.3 L'équipe.

Définition :

Dictionnaire Larousse:

Équipe : Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein »

Une équipe peut être définie comme un groupe de personnes **interagissant** afin de se donner ou d'accomplir une **cible commune**, laquelle implique une **répartition de tâches** et la convergence des efforts des membres de l'équipe<sup>21</sup>.

Selon Olivier Devillard<sup>22</sup> il existe quatre composantes à la notion d'équipe :

- ✓ Un groupe d'équipier,
- ✓ Un chef,
- ✓ Un objectif,
- ✓ Des pratiques qui visent la concertation d'équipe.

La proximité de ses membres et l'intérêt pour la tâche produisent une **dynamique d'équipe** qui permet de faire face aux aléas.

#### 3.3.1 Dynamique et fonctionnement d'équipe.

Pour Olivier Devillard trois facteurs stimulent la dynamique d'équipe :

✓ **La coaction.**

Le fait d'être stimulé par la présence d'un tiers, en ajoutant au résultat de l'un celui de l'autre, favorise au final, le désir d'être reconnu pour sa contribution.

✓ **L'influence réciproque des processus.**

La tâche est un « processus objectif » constatable.

Le groupe, et les personnes qui le composent sont appelés « processus subjectif ». Il est lié aux sentiments, relations inter personnelles, influences.

✓ **L'effet dynamique.**

La dynamique d'équipe résulte de la **synergie de ses deux processus**. Le résultat obtenu (objectif) stimule le sentiment d'équipe (subjectif), et à son tour elle stimule le désir d'action. L'un entraîne l'autre.

Favoriser la dynamique d'équipe c'est également favoriser le rendement de l'entreprise Camille De Bovis-Vlahovic<sup>23</sup> parle de l'interdépendance favorable à la vigilance en ces termes « *Les apports personnels de chacun des acteurs dans la construction de l'action collective créent ainsi la fiabilité* »

---

<sup>21</sup> Cours Master « Management des organisations soignantes. ECUE 5.5 Farnault Patrick « Gestion de la dynamique du travail en équipe »

<sup>22</sup> Olivier DEVILLARD. « Dynamiques d'équipes » Chapitre 1 Ce qui fait équipe. Paris. Édition d'Organisation, troisième édition 2005 . p. 02-44

<sup>23</sup> Maître de conférence, IAE Lyon. Article « Le rôle de la confiance dans les pratiques de travail » Revue Soins cadre n°96 Novembre 2015

S'ajoutent à cette dynamique, différentes logiques de fonctionnement, à l'origine des stades de maturité des équipes.

✓ **Logique territoriale**

Chacun à une place, une fonction, et un objectif lié à son territoire. C'est très structurant. La responsabilité individuelle est bien définie. Toutefois, ça favorise le cloisonnement et limite les responsabilités des équipiers.

Cette logique me fait penser aux paramètres de conception des organisations et notamment « la division horizontale »<sup>24</sup>, où les tâches sont allouées par groupe d'individus. Cette division du travail entraîne une « spécialisation », malheureusement peu propice à l'autonomie et à la polyvalence.

✓ **Logique de coopération**

Plusieurs personnes participent à une même tâche commune. La responsabilité de la réussite appartient à tous. Ça permet de répondre aux aléas. La complémentarité permet de pallier réciproquement les faiblesses.

✓ **Logique de synergie.**

C'est la **connaissance** que les équipiers **ont les uns des autres**. « Faire ensemble ». Stade d'unité complète de l'action. Conduite solidaire. Donner du soutien aux autres et accepter d'en recevoir.

La conjonction des trois logiques aboutit à « **l'intelligence collective** ».

Chacun s'identifie plus au résultat collectif, qu'à son action individuelle. La cohésion, la vision partagée des pratiques communes, **entraîne la complicité opérationnelle des équipes**.

### 3.3.2 L'effet systémique d'une équipe

L'analyse systémique cherche à rendre compte de la pluridisciplinarité et de la multiplicité des effets de causalité.

✓ **Le principe d'équipe** est fondé sur **l'unicité**, et la **diversité**. Différents éléments se combinent pour n'en former qu'un, et chaque individu composant l'équipe conserve son sentiment d'identité personnelle.

✓ **Le principe de finalité** permet à l'équipe d'exister face à un **objectif à réaliser**, symbolisant la victoire et la qualité de l'équipe

✓ **Le système d'action** permet à l'équipe de disposer de **processus** et modes opératoires (écrits ou orales) garantissant une réalisation collective de l'objectif.

✓ **Le système de régulation**. Au fil du temps, les équipes s'usent et ont besoin d'**être régénérées**. Pour cela un système de régulation doit être mis en place, par le biais d'**évaluations**, de **prise de recul**, d'**améliorer** les modes d'action, mais également, de **temps d'arrêt**, savoir évacuer les agacements et la morosité que peut produire la vie à plusieurs. Ceci permet de maintenir sur le point humain, la **cohésion** et la mobilisation.

✓ **Le système de décision** règle l'attribution des responsabilités et la façon dont les décisions doivent être prises. **Le partage du pouvoir d'influence** agit directement sur l'engagement des équipiers.

L'environnement également exerce son influence sur l'équipe. L'équipe n'est souvent qu'un élément, d'un système plus vaste qui exerce son influence sur cette dernière (les résultats, les sanctions...)

✓ **La fonction de cohésion**. La cohésion peut être **technique**, par un système d'action, c'est un processus objectif. La cohésion peut également être **humaine**, par le biais des groupes

---

<sup>24</sup> Jean Paul Dumond, Maître de conférence, Université Paris Est. Master Management et santé. Les organisations de santé.

des équipiers, à partir **des liens**, de l'attractivité, du moral, des affinités, c'est un processus subjectif.

Je constate que, nous voici revenus aux origines des groupes, à la survie de l'équipe.

**« C'est le rôle de la cohésion humaine, que de faciliter la cohésion technique »<sup>25</sup>**

*« Une fois établie, la cohésion est ensuite **entretenu** par les **comportements solidaires**...de façon à parvenir à une véritable « concertation d'action (synchronisation, coordination, passage de relais, planifications, réunions) »<sup>26</sup>.*

« Nous y sommes, c'est tout à fait ça ! ».

Pour qu'une équipe, et des équipes puissent fonctionner ensemble il est nécessaire dans un premier temps d'établir une cohésion, puis de tout faire pour l'entretenir.

Les différents facteurs, logiques et effets de causalité décrits par l'effet systémique, sont autant d'éléments nécessaires aux équipes pour pouvoir développer leur coopération.

Je viens de présenter une vision théorique et idyllique du travail en équipe, cependant je ne suis pas sans savoir que « toute médaille a son revers », et le travail en équipe présente également des inconvénients.

### 3.3.3 Les maux du travail en équipe

Le travail en équipe peut être source de grande satisfaction, comme de grandes difficultés.

Gilles Desserprit<sup>27</sup> nous explique qu'il existe trois classes de maux parmi les plus courants, en lien avec :

- La tâche ou l'activité
- L'organisation du travail
- Les professionnels eux-mêmes

1. Concernant les tâches et l'activité, les attentes de l'institution sont de plus en plus fortes. Les services travaillent à **flux tendu**. Le travail s'intensifie, il faut être **« efficace »**, faire autant avec moins, voir même « performant », faire mieux avec moins. Les professionnels ne se reconnaissent plus dans leurs valeurs de travail, et ont un ressenti de **travail « mal fait »**.

**Les valeurs** soignantes sont mises à mal par l'intensification du travail, et la diminution du temps consacré à chaque patient. **Le temps consacré à l'équipe** diminue également, lors des transmissions, des réunions, ou des temps de pauses qui permettaient à l'équipe des moments **de régulation** et d'échanges entre professionnels.

2. L'organisation du travail dans les établissements, l'arrivée de la tarification à l'activité (T2A), les fermetures de lits, les fusions de services...ont demandé aux professionnels de **s'adapter**. Ces ajustements ont pu **créer des tensions**, car cette nouvelle gestion est basée sur une volonté des dirigeants de **« quantifier » les activités** réalisées par les professionnels selon Christophe Déjours<sup>28</sup> (psychologue). Or pour les professionnels du soin le **« qualitatif »** est primordial, mais malheureusement peu mis en avant par les gestionnaires.

---

<sup>25</sup> Devillard Olivier. Dynamiques d'équipes, Chapitre 1 Ce qui fait équipe. 6.3 La fonction cohésion. Page 40-41

<sup>26</sup> Op.cit.

<sup>27</sup> Gilles Desserprit. Directeur de l'IFCS de l'APHP. Soins cadres « Le travail en équipe » n°95 septembre 2015 ; page 7

<sup>28</sup> Op.cit.

De plus les ressources humaines étant une variable d'ajustement des budgets hospitaliers, l'équilibre entre le nombre de postes nécessaire et l'activité des soins, ne sont pas toujours prises en compte. C'est alors aux soignants de **développer des stratégies d'adaptation**, pour exercer leurs missions de soignants.

3. Les professionnels entre eux peuvent être source de difficultés. Comme nous l'avons vu précédemment dans la dynamique d'équipe, une équipe est faite de plusieurs individus avec leur subjectivité propre.

Le comportement de certains peut être **contreproductif** et impacter toute l'équipe.

Il y a le « **parasitisme** », certaines personnes font faire leur travail par les autres. Ce comportement peut être ressenti par d'autres comme une injustice. Ils vont ressentir une iniquité et moins s'investir dans leur travail.

D'autres interrelations génèrent également des maux au sein de l'équipe. **L'agressivité**, les conflits entre membre d'une équipe, mais également, la **survalorisation** d'un agent, qui risque d'altérer la cohésion d'équipe, ou **l'individualisme** d'un autre qui va constituer un frein au travail collectif.

**Savoir reconnaître** les maux du travail en équipe, et déjà le début de leurs résolutions.

Le rôle du cadre de proximité est primordial, Mathieu Detchessahar<sup>29</sup>, chercheur en gestion, met en avant non pas une hyper présence ou une pression du management, mais **l'absence du management**, sur la régulation du travail.

Le rôle du cadre est important pour organiser et « **arbitrer** » le travail en équipe.

### 3.3.4 Les conflits

Le conflit est inhérent aux relations humaines, les conséquences peuvent être négatives et aboutir au rapport de forces, ou positives en permettant une analyse de la situation et une implication de tous dans sa résolution.

Dans le travail, divers professionnels doivent entrer en relation pour réussir l'objectif commun général. Cependant des altérations dans la communication et la diffusion des messages, font parfois passer, avant, les objectifs particuliers. Les parties divergent, elles sont en alertes, et pour **se protéger de l'incertitude** et des menaces perçues, elles vont renforcer et **protéger leur territoire**. Les parties ne vont plus se comprendre, s'entendre et le **mécanisme de défense** de chacun produit le **rejet de l'autre**.

En fonction de la manière dont l'information perçue est traitée, et du comportement adéquat qui en résulte, ou pas, le conflit peut faire mourir le système s'il devient chronique.

Le rôle du manager est de **savoir écouter, comprendre, reconnaître** les spécificités de chacun, trouver les moyens de faire émerger l'objectif commun, et **assurer l'interface interactionnelle**.

Pour cela, une régulation entre les parties, et un rééquilibrage entre les missions et l'identité de chacun est nécessaire pour apaiser, et diminuer les comportements de défense.

**Une médiation** peut alors être proposée. Elle permet d'élaborer une issue pour chaque conflit, en impliquant les parties dans son analyse et sa résolution. Cette médiation est conduite par un tiers, neutre, qui guide et accompagne les protagonistes vers **leur** solution. « *C'est une approche humaniste du conflit* »<sup>30</sup>.

Le travail en équipe est source de difficultés et de risques, non seulement pour les professionnels, mais également pour les patients.

Consciente des risques graves, encourus par les uns et les autres, la haute autorité de santé (HAS) a développé à titre préventif, un programme spécifique auprès des professionnels, appelé PACTE.

---

<sup>29</sup> Op.cit.

<sup>30</sup> Soins cadres Volume 23 supplément 91S. « Le conflit une opportunité managériale ». Stéphanie Boyer-Cavoizy « Médiation : l'efficacité dans le règlement du conflit » page 16

### 3.3.5 Le PACTE

La Haute Autorité de Santé (HAS) met en place depuis 2013, un Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe, PACTE.

Le but est de faire **prendre conscience du facteur humain** et rendre l'équipe plus efficace.

Mme Laetitia May-Michelangeli<sup>31</sup>, Chef de service Mission Sécurité du Patient à la HAS, explique qu'il a été répertorié au niveau national et international, de **nombreuses défaillances organisationnelles**, techniques et **humaines** lors de la survenue d'évènements indésirables associés aux soins.

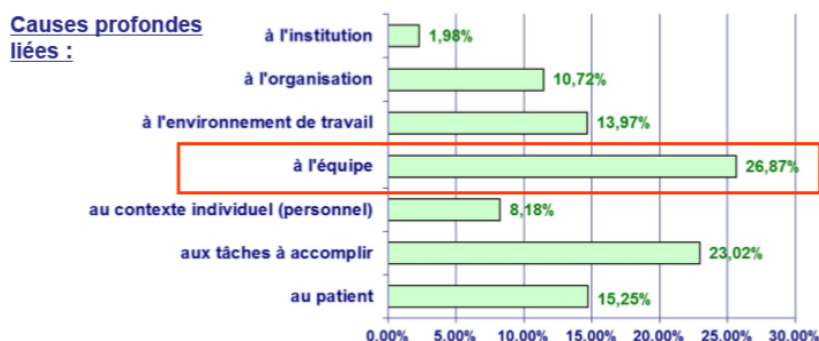
Une enquête faite en France par l'ENIES<sup>32</sup> en 2010, révèle qu'il existe un évènement indésirable grave tous les cinq jours, pour un service de trente lits.

De plus, lors d'une étude menée aux États-Unis entre 2004 et 2013, sur des évènements sentinelles, que sont, des erreurs de patients, de sites ou de procédures. Les causes retrouvées étaient liées, soit à un problème de communication, soit **liées au facteur humain dans 68% des cas**.

Nous retrouvons également sur les données de la base de retour d'expérience (REX) de l'accréditation, que la cause profonde des évènements déclarés est **liée à l'équipe pour 26,9%**.

#### Données de la Base REX de l'Accréditation

Accréditation des médecins : Répartition **des causes profondes** sur 28705 évènements déclarés entre 2011 et 2013 selon les 7 catégories de la grille **ALARM**



Ces causes profondes liées à l'équipe sont dues pour 35,7% à des **problèmes de communication** entre professionnels, et pour 14,5% à des **problèmes de transmissions et d'alerte**.

**Le travail en équipe et son fonctionnement ont donc un impact sur la culture de sécurité du patient.**

<sup>31</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe)

<sup>32</sup> L'enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins (ENEIS). Site du ministère des solidarités et de la santé.



Comme nous avons pu le voir, le travail en équipe n'est pas quelque chose de simple ni d'évident. Il demande de **la cohésion**, de **bien se connaître**, de **savoir se remettre en question**. Les équipes au sein d'un établissement de santé sont organisées autour de la mission institutionnelle qui est de « soigner ». Pour cela, il existe une structuration des organisations en divisant les tâches, répartissant les rôles, établissant des règles de fonctionnement, et des systèmes d'autorité.

Depuis plusieurs années des modèles d'organisation issue de la **logique gestionnaire**, s'appliquent dans les hôpitaux. Des procédures formalisent l'exécution de tâches, de manière à les rendre lisibles et pouvoir en assurer leur traçabilité.

Néanmoins, ces diverses organisations qui se succèdent et se croisent demandent de la part des professionnels d'organiser une articulation permettant une bonne cohésion et coordination de chacun.

J'aimerais bien comprendre ce qu'est cette articulation, et qui elle concerne.

### 3.4 Un travail d'articulation

Depuis l'ordonnance du 2 mai 2005 et la mise en place des pôles d'activité, confirmé par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009, les décisions sont prises au plus près de la production de soin. Les échanges entre médecins, administratifs et soignants, favorisent **un climat de confiance** permettant à chaque partie de **se sentir écoutée, respectée, considérée**. Cette organisation en équipe polaire permet de faire face aux situations complexes et développe pour chacun ce **sentiment d'appartenance** au pôle.

La structuration par pôle d'activités instaure **une transversalité dans l'organisation** hospitalière, et **décloisonne** les différentes logiques : médicales, soignantes et administratives.

La coordination au sein des pôles, demande des supports, des outils, mais avant tout pour être efficace, cette transversalité doit répondre à trois conditions importantes de mise en œuvre, comme le dit Christelle Havard<sup>35</sup>, enseignante-chercheuse

- ✓ Le travailler ensemble,
- ✓ Le profil des acteurs de l'articulation et notamment leurs compétences et leur légitimité,
- ✓ Le fait de rendre visible l'exercice de ce travail.

Le fonctionnement hospitalier est complexe. De nombreuses activités, métiers, compétences sont **interdépendantes** et interviennent successivement ou simultanément, dans **le parcours du patient**.

Les différents corps professionnels hiérarchisés coexistent, et entretiennent des rapports de pouvoir.

Glouberman (philosophe) et Mintzberg<sup>36</sup>, (professeur en management) ont identifié quatre mondes dans le milieu hospitalier.

Face à ses différents mondes, ils montrent l'importance d'assurer une meilleure cohérence de l'institution, et une collaboration entre les différents mondes doit s'instaurer.

---

<sup>35</sup> Christelle Havard, « L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? », @GRH 2015/3 (n° 16), p. 91-125. DOI 10.3917/grh.153.0091

<sup>36</sup> Op.cit. Page 94

**Tableau 1. Les mondes de l'univers hospitalier  
selon Glouberman et Mintzberg (2001)**

<b>Monde</b>	<b>Acteurs du monde</b>	<b>Logique de...</b>
Monde du médical (cure)	Médecins (doctors)	Coordination des activités et des parcours des patients (operating workflow in care)
Monde du soin (care)	Personnels soignants (nurses)	Intervention ou acte médical
Monde du contrôle (control)	Gestionnaires (managers)	Contrainte budgétaire et réglementaire
Monde de la communauté (community)	Administrateurs (trustees)	Surveillance (oversight)

Pour travailler ensemble, il est nécessaire d'instaurer un « **travail d'articulation** » entre les différentes parties. Ce travail se retrouve à tous les niveaux et notamment comme l'a décrit l'approche sociologique de A.L. Strauss<sup>37</sup>, le travail d'articulation, se retrouve auprès des patients et des processus de travail mis en œuvre lors de leur prise en charge, entre les médecins, les personnels soignants et les personnels techniques.

Ils entretiennent tous des relations étroites, ils établissent **des liens** entre leurs différentes tâches, entre la contribution de différentes unités, services et individus. La complexité du travail d'articulation réside dans le fait que se côtoient différents acteurs et s'ajoutent à cela les imprévus perturbateurs (réactions du patient, problèmes techniques, désaccords humains...)

« Je me demande si **l'absence de formalisation des liens** entre les différents professionnels, ne fait pas aussi partie de ce qui manquerait aux équipes pour coopérer dans la confiance ».

Paule Bourret<sup>38</sup> précise que « *l'activité des cadres est une activité de lien* ». C'est un travail de coordination entre les différentes interventions. Il faut **favoriser le décloisonnement** entre les différentes catégories professionnelles et **valoriser la coopération**.

Ce délicat travail d'articulation est bien souvent assuré par les médecins et les cadres de santé, cependant Strauss, reconnaît que ce travail d'articulation peut être fait par n'importe quelle personne, au moment où il faut établir des arrangements, stabiliser ou modifier une situation.

Ce travail d'articulation passe dans un premier temps par une importante **communication** qui doit permettre une compréhension, une traduction de la situation, pour amener à « problématiser les situations », et conduire les acteurs en présence à **coopérer pour trouver une solution**.

Le travail d'articulation doit être **institutionnalisé** et amener les acteurs à se rencontrer et travailler ensemble. L'organisation spatiale est importante, et les acteurs doivent pouvoir se rencontrer en face à face, en créant des **espaces d'interaction**, et en favorisant les échanges d'information **réguliers**.

Les stratégies et processus d'articulation se concrétisent par de la discussion, négociation, persuasion, traduction des problématiques, mise en cohérence, prise de décisions, et contrôle et évaluation.

Le facteur facilitant le travail d'articulation est l'existence de **liens d'interdépendance** entre les acteurs

<sup>37</sup> Anselm Leonard Strauss, (1916 – 1996) est un sociologue américain. Il a notamment travaillé dans le domaine de la sociologie médicale.

<sup>38</sup> Paule Bourret ; les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible. Edition Seli Arslan



Je me souviens de la cadre du bloc opératoire de mon établissement, qui avait mis en place des réunions périodiques, avec tous les cadres des services concernés et les soignants qui le souhaitaient, afin d'échanger sur les points forts et les points faibles, concernant justement cette transition des patients, et les liens existants entre les deux univers.  
C'est un moyen de rendre visible ce travail d'articulation, et de trouver des solutions concrètes.

Si je reprends mon cheminement et l'analyse de la situation entre le service des urgences et le service d'hospitalisation.

Que fait le pôle ?

Les chefs de service, chefs de pôle, cadre de pôles, cadres de proximité... communiquent-ils, et sur quoi ?

On demande aux professionnels, aux équipes des différents services de coopérer, de communiquer, mais les responsables, eux, sont-ils dans cette même dynamique ?

Les guerres de territoire, et la possession des patients sont bien connues d'un service à un autre et sur un même pôle !

Les chefs de pôles, chefs de service, cadre de pôle, cadres supérieurs ... ont différents rôles.

Selon Henry Mintzberg<sup>39</sup>.

- **Un rôle de symbole.** Ils représentent leur organisation, c'est-à-dire « le pôle ».
- **Un rôle d'observateur actif.** Ils reçoivent et recherchent des informations, leur permettant de comprendre leur organisation.  
« Sont-ils à l'écoute des difficultés entre les différents services du pôle ? »
- **Un rôle d'entrepreneur,** c'est-à-dire prendre l'initiative du changement, des « projets d'amélioration ».

Le comportement des dirigeants influence celui des subordonnées. On s'identifie, et on suit le leader qui entraîne les équipes vers des valeurs communes.

Une équipe peut être influencée, dans ces rapports à l'autre, quand elle constate qu'entre les cadres, chefs des services, des pôles... des tensions, ou de l'indifférence existent.

La confiance entre les services passe également par les rapports qu'entretiennent leurs supérieurs.

L'articulation ne peut fonctionner de manière efficace, sans une confiance réciproque entre chaque acteur du système.

Mais précisément, qu'est-ce que la confiance ?

## 3.5 La confiance

### 3.5.1 Définition

Du latin *confidere* : *cum* « avec » et *fidere* « fier » On remet quelque chose de précieux à quelqu'un en se fiant à lui, et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et sa bonne foi.<sup>40</sup>

On peut avoir confiance : en soi, à l'autre, aux autres, aux institutions, en l'avenir, il existe même des indices de confiance. Autant dire que la confiance est partout et sa définition n'est pas simple.

Selon Michela Marzano<sup>41</sup>, la confiance se construit, pas à pas, et crée les fondements de toutes les **relations humaines** (vie personnelle, vie professionnelle, relation entre individus et organisations).

---

<sup>39</sup> MINTZBERG H. Le management au quotidien : les 10 rôles du cadre. Édition d'Organisation. Paris 2006

<sup>40</sup> Marzano Michela « Qu'est-ce que la confiance », Page 53. Etudes 2010/1 (tome 412), p.53-63

<sup>41</sup> Philosophe, Professeur des universités. Michela MARZANO, « qu'est-ce que la confiance ? », Etudes 2010/1 (tome 412), p.53-63

Elle permet de se sentir en sécurité. La confiance fait partie de l'existence et elle soude les relations humaines, qu'elles soient d'amitié, d'amour ou de travail.

La pièce principale de toute relation de confiance serait « **la confiance en soi** ».

La confiance en soi permet de s'ouvrir aux autres, de partager, construire un projet commun et de créer du lien. « Ce qui nous ramène au besoin d'attachement sécuritaire, vu précédemment ».

La confiance est un **don à l'aveugle**. On fait confiance, on donne sa confiance. Dans un premier temps, celui qui fait confiance devient vulnérable et est dépendant de l'autre. La confiance peut s'apparenter à un « saut dans le vide ». La confiance met en danger. La personne en face est-elle à la hauteur de notre confiance ? On prend le risque d'être trahi !

Qui dit confiance, dit aussi **l'acceptation du risque** que cela comporte. On peut se tromper. La déception fait partie de notre existence. Il faut savoir accepter l'imperfection, les défaillances, pour pouvoir faire confiance. Par exemple, les fausses informations transmises d'un service à un autre, et mettant à mal la confiance

Afin de régulariser, formaliser certaines relations, prévoir les comportements, et avoir des repères, **des contrats**, des alliances, permettent **de sécuriser**, d'avoir une visibilité sur l'avenir. C'est un engagement sur quelque chose envers quelqu'un, une **confiance réciproque**.

Ce contrat peut par exemple prendre la forme de **processus, de procédures, décidées ensemble**. Quand il s'agit d'une promesse, on s'engage à être loyale, mais également à « rendre des comptes », il en va de notre réputation.

### 3.5.2 Comment instaurer la confiance.

Selon « la théorie du choix rationnel » issu des travaux de Diego Gambetta et Russel Hardin<sup>42</sup>. On fait confiance quand **on attend en retour une action avantageuse pour soi**. On possède certaines informations sur le dépositaire de notre confiance, et on connaît les conséquences. Ce qui revient à dire que faire confiance, envisage la possibilité d'une **coopération**. Le sociologue Russel Hardin<sup>43</sup> parle lui d'intérêt enchâssé. « *Ma confiance repose alors sur le fait que mes propres intérêts sont enchâssés dans les intérêts de l'autre* ». C'est le principe du **gagnant-gagnant** !  
« C'est ce qui est recherché auprès des équipes d'amont et d'aval »

À l'inverse le sociologue Georg Simmel<sup>44</sup> ne pense pas que la confiance se limite au calcul binaire, bénéfique/risque. Il inclut dans la confiance une forme de « savoir sur un être humain, et dans le même temps une part d'ignorance ». Pour lui la **confiance c'est comme la foi**. On croit en quelqu'un sans réellement pouvoir expliquer pourquoi. Progressivement, un réel dialogue va s'installer et à mesure les qualités et les compétences de la personne vont être reconnues et aboutissent à une confiance mutuelle. **C'est un contrat moral**. Les valeurs de l'autre correspondent à mes valeurs. Il n'y a pas de jugement dans la confiance.  
« C'est certainement ce qui explique dans mon contexte d'émergence, la confiance qui a fini par s'installer entre les équipes de chirurgie, du bloc, et des urgences ».

« *La confiance est un état intermédiaire entre le savoir et le non savoir sur autrui* »<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup> Op.cit. Page. 55

<sup>43</sup> Op.cit. Page. 56

<sup>44</sup> Marzano Michela Article « La confiance un acte volontaire » Revue Soins cadre n°96 novembre 2015, p.21

<sup>45</sup> Hervé Séricy, professeur à l'institut européen des affaires, et Jean Luc Fallou, conseil en stratégie et organisation. Article « Management à distance et confiance » Anne Leclerc Cadre de santé diététicienne. Revue Soins cadre n°96 Novembre 2015 p.35

Les excès ne sont jamais bons et il faut être attentif, car un **excès de confiance** peut conduire à la catastrophe, tout comme un **manque de confiance** peut être source de risques par manque de communication et de coopération.

Pour Camille De Bovis-Vlahovic<sup>46</sup> la confiance peut être individuelle ou collective.

On peut avoir confiance aux membres d'une autre organisation.

La fiabilité repose sur :

- Les capacités et compétences des autres.
- La bienveillance. La façon de traiter l'autre avec respect
- L'intégrité

Ce sont ces valeurs qui permettent **aux organisations** de mettre en place des **interactions** entre des individus qui ne se connaissent pas, mais dont l'efficacité a été prouvée.

« C'est tout à fait le cas des organisations hospitalières. Chaque service est performant, et collabore avec l'autre sans pour autant se connaître ».

L'amélioration de la confiance passe également par un **renforcement des relations professionnelles**. Être en accord sur le fond et la forme du travail, et sur sa finalité. Des espaces de discussion renforceront ces liens de confiance.

### 3.5.3 La rupture de confiance

Elle peut se manifester sous diverses formes :

- Comportement irrespectueux
- Manque de communication
- Attentes non comblées. Promesses non tenues
- Manque de reconnaissance
- Un leadership non effectif, comme le favoritisme

### 3.5.4 Restauration et maintien de la confiance

Une analyse européenne comparative<sup>47</sup> démontre qu'il n'existe pas de liens entre la confiance et le sexe ou l'âge des personnes. Par contre le niveau socioprofessionnel a une influence. La confiance est maximale chez les personnes ayant un niveau d'étude important et de forts revenus. Ce qui peut s'expliquer par une meilleure maîtrise de son rapport à autrui. Une bonne **confiance en soi** et un **savoir-faire relationnel** facilitent les facteurs de confiance.

Achille Weinberg<sup>48</sup> tente de percer les mystères de la confiance autour de trois moments clés :

#### ✓ **L'installation**

La confiance ne se décrète pas elle se construit, et pour cela elle a besoin d'être jaugée. Que ce soit en amitié, en amour, ou dans le travail, une première phase d'observation est nécessaire et des **indices de fiabilité** doivent émerger (mission bien effectuée, difficultés surmontées, fidélité...). La réputation qui précède les individus, ou les équipes, participe également à l'installation, ou non, de la confiance.

#### ✓ **Fonctionnement**

---

<sup>46</sup> Maître de conférence, IAE Lyon. Article « Le rôle de la confiance dans les pratiques de travail » Revue Soins cadre n°96 Novembre 2015 p.18

<sup>47</sup> Bréchon P. Confiance à autrui et socialisation. Article « Le rôle de la confiance dans les pratiques de travail » Camille De Bovis-Vlahovic. Revue Soins cadre n°96 Novembre 2015 p.20

<sup>48</sup> Revue Science humaine n° 271, juin 2015

C'est un mode de relation fondé sur trois éléments.

- **La sérénité.**  
Sur le plan émotionnel, faire confiance permet de s'abandonner.
- **La sécurité.**  
Sur le plan cognitif, la confiance permet la baisse du contrôle attentionnel.
- **La simplicité.**  
C'est un réducteur de complexité sociale (moins d'organisationnels, moins de consignes, moins de contrôles).  
« *La confiance est une alternative au pouvoir (qui contrôle) et au contrat (qui règle)* »

✓ **Evolution : la crise de confiance.**

En état de confiance, le cerveau fonctionne en mode routine, mais au moindre signe de défaillance il est mis en alerte. L'esprit devient vigilant et **méfiant**.

Pour Achille Weinberg, « *la confiance n'est rien d'autre qu'une suspension provisoire de l'esprit critique* »

Comme nous venons de le voir, la confiance fait partie des relations humaines, elle se donne, se reçoit, se discute, s'organise. Le but étant d'arriver à un engagement, une confiance réciproque amenant à une coopération. La confiance induit des relations basées sur la sérénité, la sécurité et la simplicité.

Ce chapitre confirme une partie de ma question de recherche, à savoir : la coopération et la confiance sont **fondamentales** dans les relations inter-services. Il me donne également des éléments importants, sur ce qu'on a besoin d'avoir les équipes pour y arriver : contrat écrit, ou moral, décider ensemble, renforcement des relations, indices de fiabilité...

Cette confiance doit être présente en chacun. Elle fait partie des valeurs attendues par les professionnels au quotidien, mais également par les patients. Au cours de leur parcours de soins, les patients doivent être accompagnés par des soignants confiants. La qualité de leur séjour en dépend en grande partie !

## 3.6 La qualité du parcours patient

### 3.6.1 La qualité

On parle beaucoup de qualité, mais qu'est-ce au juste ?

Parmi les diverses définitions du dictionnaire Larousse, j'ai choisi celles qui correspondaient le mieux à mon sujet :

- Ensemble des caractères, des propriétés qui font que quelque chose correspond bien ou mal à sa nature, à **ce qu'on en attend** : *Du papier de qualité moyenne.*
- Ce qui rend quelque chose **supérieur** à la moyenne : *Préférer la qualité à la quantité.*
- Chacun des aspects positifs de quelque chose qui font qu'il correspond au mieux à ce qu'on en attend : *Cette voiture a de nombreuses qualités.*
- Trait de caractère, **manière de faire, d'être** que l'on juge positivement : *Qualités morales. Des qualités de cœur.*

La qualité concerne tout le monde, celui qui la procure et celui qui la reçoit. La qualité fait partie des valeurs des professionnelles, elle est même **une valeur ajoutée** au soin, et participe à **l'estime de soi**. La qualité est attendue par ses collègues, les collaborateurs extérieurs et par le patient.

## La qualité s'organise, s'évalue, se mesure.

Pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la performance dans l'organisation des soins se définit selon trois axes.<sup>49</sup>

- ✓ **La qualité des soins et du service rendu au patient.**  
Par exemple la fluidité des prises en charge, la possibilité d'obtenir des rendez-vous d'en une consultation...
- ✓ **La qualité des conditions de travail.**  
Salaire, valorisation des compétences, synchronisation interprofessionnelle des actions.
- ✓ **L'efficience**  
La pertinence des organisations. L'optimisation et l'adéquation des ressources.

Il existe quatre types de qualité. Elles sont reliées entre elles et sont mesurables.

- ✓ **La qualité prévue**  
C'est le niveau de qualité que l'établissement souhaite atteindre. Pour cela il va développer des processus et des procédures, en partant de la qualité de prestation qu'il souhaite atteindre. C'est une qualité très théorique.
- ✓ **La qualité réalisée**  
Elle est quantifiable et objective. C'est le niveau de qualité réellement réalisée.
- ✓ **La qualité perçue**  
C'est le niveau de qualité ressentie, par le client interne ou externe, par le service avec qui on travaille en amont et en aval dans la prise en charge du patient. C'est un niveau de qualité, ressenti, plus ou moins subjectif.
- ✓ **La qualité attendue**  
C'est le niveau qui est souhaité en interne, comme les autres services, et en externe, par les patients et leurs familles.

Ces quatre niveaux correspondent à la « **qualité globale** ».

La qualité prévue et la qualité réalisée dépendent de la **performance de l'organisation** hospitalière. Alors que la qualité attendue et la qualité perçue reflètent la **satisfaction des clients**.

Ces quatre qualités devraient s'enchaîner et aboutir, dans un monde idéal à une réelle qualité globale, mais en réalité les situations particulières, les aléas, et **la subjectivité** de chaque individu, font que cette qualité globale reste difficile à atteindre.

Il appartient aux professionnels de terrain, notamment l'encadrement paramédical, médico-technique, administratif, et les médecins, de **définir la qualité prévue**. Elle sera ensuite matérialisée sous forme de processus, qui permettront d'identifier et analyser les dysfonctionnements en situation réelle, et définir des actions correctives.

La stratégie d'évaluation de la qualité mise en place par un établissement peut revêtir principalement deux approches. Une approche organisationnelle centrée sur **les processus**, ou une approche centrée sur **la satisfaction du patient**.

« Je souhaite à présent approfondir ces deux approches ».

---

<sup>49</sup> Soins cadre n°92 novembre 2014 « Les leviers et les impacts de la performance collective ». Monique Abad. Manager responsable de projet ANAP. Page 22

### 3.6.2 Les processus

L'organisation d'un établissement peut être vue comme un ensemble de tâches à réaliser. Ces tâches peuvent être regroupées en processus. Le parcours d'un patient à l'hôpital est segmenté de multiples étapes et processus.

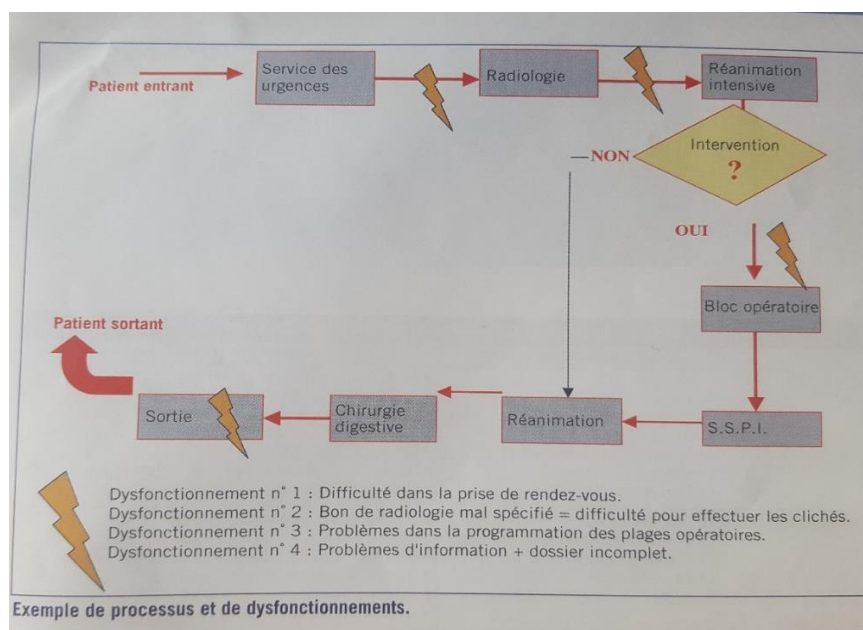
Comme le dit Catherine Chemin-Decazes,<sup>50</sup> « *La qualité du service rendu au final est conditionnée par la coordination, la continuité, et la cohérence du processus de prise en charge globale* ».

**Processus**<sup>51</sup> : Un ensemble d'activités corrélées ou interactions qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie. Avec la notion de valeur ajoutée.

**Procédure** : Ensemble des règles écrites spécifiques à chaque activité.

Maîtriser le processus nécessite de gérer et **connaître les interfaces** avant, pendant et après la prise en charge du patient. Mais cette **approche transversale** de l'organisation est difficile dans un monde hospitalier aussi cloisonné. Il a été mis en avant que bon nombre de **non-qualité**, sont bien souvent situées **entre deux services**, deux actes, plutôt qu'au sein d'une même unité. Les professionnels peuvent avoir une très bonne opinion de leur prise en charge, et être satisfaits à juste titre de leurs pratiques, mais dans la globalité, l'ensemble ne fonctionne pas si bien que cela, et le patient n'est pas satisfait. « Ça confirme mon idée de la connaissance parcellaire du parcours patient, de la part des soignants ».

Voici un schéma de processus du parcours du patient, et les multiples difficultés qui peuvent se rencontrer à **chaque étape entre les services**<sup>52</sup>.



L'écriture des processus et des procédures<sup>53</sup>, permet **d'objectiver les pratiques**, de mettre en évidence les points forts et les points faibles, et **prioriser les améliorations**.

<sup>50</sup> Catherine Chemin-Decazes. Consultante Directrice de Synergie Santé. Revue du cadre soignant. n°4 Novembre 2003. Page 18

<sup>51</sup> Définition selon la norme ISO 9000, 2000

<sup>52</sup> Revue du cadre soignant. n°4 Novembre 2003. Page 18

Afin de révéler toute action d'amélioration, il est nécessaire de créer **des outils de mesure**. Le cadre est donc en mesure d'élaborer un plan d'action qualité pour son service. Des évaluations de pratiques professionnelles (**EPP**), vont ensuite pouvoir évaluer si le processus est correctement appliqué. L'état des lieux s'effectue en mesurant les écarts entre qualité prévue et qualité fournie. Des comités de retour d'expérience (**CREX**), des **audits**, peuvent également être réalisés

### 3.6.3 La satisfaction du patient

Nous abordons là des notions plus **subjectives**, la qualité perçue et la qualité attendue. Il peut être difficile pour des professionnels, et non légitime que le patient puisse juger de la qualité perçue, d'un acte effectué. En effet, le patient n'a pas reçu de formation lui permettant de juger un acte technique, et le professionnel ne lui reconnaît pas cette compétence. Cette difficulté vient du fait que le patient répond à deux besoins. **Un besoin clairement exprimé**, et un besoin plus implicite, de **l'ordre du désir**. Les besoins du patient, exprimés ou non, conditionnent la qualité qu'il attend des prestations. C'est donc une analyse subjective, mais néanmoins mesurable.

Je prendrais l'exemple extrait d'un processus de prélèvement d'un don de sang<sup>54</sup>.

- ✓ **La qualité évaluée par les professionnels**
  - Respect de la procédure de prélèvement
  - Respecte des protocoles
  - Respect de la durée du prélèvement
  - Remise des documents d'information post-don
  
- ✓ **La qualité perçue par le client**
  - Douloureux
  - Inconfortable
  - Vétusté des locaux
  - Tenue négligée du personnel
  - Manque d'information

La perception de la qualité est influencée par la personnalité, la motivation, mais également par la qualification des personnes, ce qui rend **difficile la standardisation de la qualité**.

Cependant depuis l'ordonnance du 24 avril 1996, les établissements doivent réaliser des évaluations régulières de la satisfaction des patients sur la qualité de leur accueil, de séjour et de leur prise en charge. Les résultats de ses évaluations sont pris en compte lors de la certification.

Pour cela des enquêtes par **questionnaire de satisfaction** sont réalisées. Il peut également être fait appel à des sondages téléphoniques, des enquêtes « clients mystère », des entretiens avec des associations d'anciens patients, des études des réclamations et des plaintes...

La qualité étant un processus dynamique et continu d'amélioration<sup>55</sup>, la HAS veut dans la nouvelle version de la certification V2020, porter une attention particulière à :

- ✓ Mesurer le résultat de la qualité des soins délivrés au patient
- ✓ Inciter les professionnels à évaluer la pertinence de leurs pratiques
- ✓ Faire participer les patients à l'évaluation des résultats.

---

<sup>54</sup> Catherine Chemin-Decazes. Consultante Directrice de Synergie Santé. Revue du cadre soignant. n°4 Novembre 2003. Page 20

<sup>55</sup> Article HOSPIMEDIA Publié le 20/12/2017- 16h51. La HAS active et développe de nouveaux indicateurs de qualité, de résultat et de parcours.

### 3.6.4 Le parcours patient vu par la HAS

L'ordonnance du 24 avril 1999, portant réforme hospitalière, a mis en place la certification des établissements de santé. L'objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins.

La version 2014 (V2014) a évolué en renforçant **la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité**, par la mise en œuvre de « compte qualité », et lors des visites les approches sont plus centrées sur la méthode dite « patient traceur », et sur les « audits » de processus.

Parmi les 20 thématiques définies dans le « **Manuel de certification** des établissements de santé V2014 », la 6e est consacrée au « *parcours du patient* », et notamment **le critère 18a, « la continuité et coordination de la prise en charge du patient »**, qui a été renforcée par rapport à la V2010. En effet elle ne concerne plus que l'hospitalisation à domicile (HAD) et la santé mentale, mais s'étend maintenant à l'ensemble des prises en charge. Ce critère fait maintenant partie des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP)

**CHAPITRE 2**  
PRISE EN CHARGE DU PATIENT

**Partie 3**  
Parcours du patient

**Référence 18**  
La continuité et la coordination des soins

**R Critère 18.a** Continuité et coordination de la prise en charge des patients

La continuité des soins et la coordination de la prise en charge s'évaluent au sein de l'établissement, mais aussi à l'occasion des transferts du patient vers d'autres structures. La continuité des soins concerne l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement (secteurs de soins, secteurs logistiques, etc.).

La continuité s'apprécie selon les axes suivants :

- l'accessibilité et la qualité de l'information ;
- la qualité de la relation thérapeutique qui s'établit entre un patient et une équipe pluriprofessionnelle ;
- une planification des soins cohérente dans le temps ;
- l'organisation mise en place pour assurer la permanence des soins ;
- une coordination et une concertation entre les acteurs internes et externes.

En psychiatrie, la coordination des soins connaît une importance particulière du fait – notamment en psychiatrie de secteur – de la fréquente multiplicité des intervenants qui opèrent simultanément et/ou successivement. Ces différents intervenants (médicaux, paramédicaux, psychologues, travailleurs sociaux, enseignants, etc.) ont des statuts variés au regard du secret professionnel, ce qui nécessite des règles précises et explicites pour les échanges d'informations nécessaires à la coordination et à la continuité des soins.

Par ailleurs certaines prises en charge associent des professionnels hospitaliers et des professionnels du champ libéral ambulatoire ou du champ médico-social, social ou encore judiciaire. Au sein même du secteur de psychiatrie il est important de coordonner les prises en charge intra et extra-hospitalières ou entre secteurs (en fonction des spécificités de ceux-ci ou des changements territoriaux des patients).

**E1 | Prévoir**

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24h/24.

Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.

Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

**E2 | Mettre en œuvre**

Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient.

Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite.

Un (ou des) professionnel(s) référent(s) est (sont) désigné(s) pour la prise en charge du patient.

**E3 | Évaluer et améliorer**

La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, et des actions d'amélioration sont menées.

**PEP**

**MCO**

**PSY**

**SSR**

**SLD**

**HAD**

Le parcours patient est un des nombreux axes expertisés lors de la certification des établissements de santé.

Nous retrouvons dans **le guide thématique des experts visiteurs**<sup>56</sup> V2104, consacré au « Parcours du patient », de nombreuses rubriques qui ciblent les outils et apportent des connaissances aux experts, les aidant à conduire leurs investigations. Ce guide précise les attentes du Manuel de certification, et donne des éléments permettant de maîtriser la qualité et la sécurité liée au parcours du patient.

« Cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé, contribue à **améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins** ». C'est ainsi que la caractéristique générale de la thématique est annoncée dans le guide.

Nous retrouvons dans ce guide diverses rubriques, et notamment dans le chapitre d'identification des objectifs d'amélioration, il est écrit que les établissements doivent intégrer à leur projet, une politique d'amélioration du « parcours du patient ».

<sup>56</sup>[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/parcours\\_patient\\_-\\_guide\\_ev\\_v2014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/parcours_patient_-_guide_ev_v2014.pdf)



Parmi les items proposés, je constate que **l'établissement doit définir les orientations** ou stratégies, en matière, *de continuité et coordination des soins communication dans l'établissement, au sein des équipes, et avec les acteurs extérieurs.*

Concernant la communication, le guide demande aux experts de constater « *s'il existe une **stratégie de communication régulière et positive** des objectifs et des résultats **des indicateurs, et des tableaux de bord** aux professionnels et aux usagers, ainsi que des succès obtenus.*

« En effet, les agents sont-ils informés, et sous quelle forme ? »

Ceci me fait penser à deux choses :

- ✓ Il est demandé aux patients de remplir un questionnaire de satisfaction à leur sortie (démarche qualité) or, il n'est pas toujours fait de retour au service, et aux professionnels, des appréciations bonnes ou mauvaises, faites par les patients sur leur séjour dans le service. Ces informations me paraissent **primordiales**, et seraient une source d'information supplémentaire sur les conduites à tenir et les axes d'amélioration. De plus, les appréciations positives **valorisent**, et renforcent le sentiment d'appartenance à l'équipe. Individuellement cette reconnaissance du travail bien fait, participe au besoin d'accomplissement de soi, par la reconnaissance de l'autre. Ceci permet également de dévoiler aux professionnels que malgré les maux du travail qu'ils endurent (flux tendu, ressenti du travail mal fait), finalement ils savent faire face et sont **appréciés** professionnellement, par les patients. **Leurs valeurs sont toujours présentes.**
- ✓ Le second point, concernant la stratégie de communication positive, est l'existence ou non d'un **journal**, revues, magazines... **interne** à l'établissement, et qui rend visible à tous, ce qui se fait dans les services voisins (services de soins, techniques, logistiques, administratifs...). C'est un bon support de communication et ça permet aux professionnels **une ouverture, une connaissance de l'autre**, où et comment ils travaillent. C'est également très plaisant quand un article et des photos de notre propre service sont présentés et diffusés à l'ensemble de l'établissement. Ce magazine se feuillette, se partage, se transporte, et **fait le lien entre les différents services**. Malheureusement l'informatique et les restrictions budgétaires ayant fait leurs apparitions, j'ai pu constater dans mon établissement, que la version papier avait disparu, au profit d'une version informatisée, à destination des seules personnes disposant d'une adresse mail professionnels. C'est-à-dire, qu'une majorité de personnes et notamment les paramédicaux, n'y ont plus accès.

Le guide stipule également que « *les rôles et responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique « parcours du patient » et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans **les fiches de postes*** ».

Les chefs de service, cadres de santé et professionnels des secteurs d'activités

- ✓ Structures et organisent les parcours
- ✓ Développent et suivent l'impact de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)
- ✓ Recueillent et suivent les indicateurs « parcours »
- ✓ Participent aux actions d'améliorations

Concernant les ressources humaines, le guide s'interroge sur des actions intégrées au **plan de formation** global de l'établissement, et notamment

- ✓ L'accueil et l'écoute du patient
- ✓ La formation des professionnels au travail en équipe.

Les processus et procédures doivent être identifiés et formalisés.

Par exemple, le **processus décrivant les interfaces** entre les activités liées au parcours du patient...

Les besoins en procédures sont identifiés. Les professionnels **participent** à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition.

Concernant **les interfaces**, l'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la qualité du parcours du patient. **Entre les différents secteurs d'activités** (services de soins, services médico-techniques, services supports), entre les différents acteurs (assistantes sociales, diététicienne, kinésithérapeutes...) et les intervenants extérieurs.

Une large part du « guide thématique des experts visiteurs » est également attribuée à la **mobilisation des équipes**.

Le cadre du secteur doit s'être saisi des enjeux liés à la politique du parcours du patient. Il doit communiquer auprès de son équipe et **impulser** une démarche d'amélioration. Les secteurs doivent **identifier** leurs besoins, et leurs risques et décider en équipe d'un plan d'action, d'indicateurs...

Les spécificités sont en lien avec les principaux parcours et portent entre autres, sur **la qualité du fonctionnement du travail en équipe**.

Pour cela, les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration, connaissent les objectifs en matière d'amélioration des parcours et les mesures à mettre en place.

Les équipes participent également à **l'évaluation des pratiques professionnelles**, recueillent et analyse des indicateurs de pratiques cliniques<sup>57</sup>, participent aux déclarations et à l'analyse des événements indésirables, aux traitements des plaintes et réclamations... Elles ont également « **accès aux résultats des indicateurs** de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement ». « Il est important de pouvoir se situer par rapport aux autres et d'évaluer ses performances ».

Le guide thématique des experts visiteurs précise également que « *l'utilisation d'outils d'amélioration de la communication entre professionnels est encouragée* ».

De plus, concernant l'organisation du parcours, le guide préconise « *une concertation pluri professionnelle au sein de l'équipe autour de la prise en charge du patient, et une collaboration des secteurs d'activités entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient* ».

« Je me demande sous quelles formes ces concertations et collaborations sont mises en place dans les services ? »

Et pour conclure la prise en charge du patient, le guide indique que « *la sortie ou le transfert est organisé en associant les professionnels d'aval lorsque la situation est nécessaire* ».

« La boucle est bouclée ! »

Je reviens à mon contexte de départ. Confirmation que les choses doivent être organisées en associant les professionnels d'amont et d'aval !

La HAS porte un intérêt précis à la qualité du parcours du patient. L'établissement définit des orientations, des stratégies de communication doivent être mises en place, un accès et une diffusion des indicateurs doivent être réalisés, la mobilisation des équipes est attendue...

Dans ce dispositif la place du cadre de santé est prépondérante, car il est l'articulation entre l'établissement, les équipes soignantes, les patients.

« De quelles compétences le cadre dispose-t-il, pour pouvoir réussir cette cohésion et une réelle coopération interservices ».

---

<sup>57</sup> Les indicateurs de pratique clinique (IPC) sont des outils d'amélioration de l'impact clinique des actions qualité

## 3.7 Le cadre de santé

Définition du métier<sup>58</sup>.

Cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin :

« *Le responsable de secteur d'activités de soin organise l'activité de soin et prestations associées, manage (ou encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* ».

Cette activité de lien du cadre demande une stratégie de négociation et d'écoute entre les services. Cette négociation doit être explicitée afin d'être efficace dans l'action collective, et doit établir des liens cohérents et de la **transversalité**.

### 3.7.1 Son management

« *Les cadres réalisent essentiellement un travail de mise en relation, un travail 'd'articulation'* »<sup>59</sup>

C'est ainsi que Paule Bourret représente le cadre dans ses fonctions.

Selon Olivier de Devillard<sup>60</sup>, le chef d'équipe doit **maintenir un équilibre** pour que l'équipe vive. Pour cela il a le souci de l'état de chacun de ses équipiers et de la qualité de leurs relations. Face à la fatigue et au stress, il doit répondre par des compensations qui régénèrent.

Le manager doit savoir utiliser les forces individuelles, des équipiers. Il faut savoir gérer les désirs et motivations de chacun afin de **satisfaire les besoins d'appartenance, ou de reconnaissance**. La cadre doit modifier les comportements et permettre aux individus d'instaurer une notion de confiance.

En relation avec le processus subjectif vu précédemment, le cadre doit se partager entre la gestion des actions et la gestion des personnes. Face aux contenus objectifs et subjectifs des messages, les mots et les attitudes corporelles peuvent être complémentaires, contradictoires ou symétriques.

Le processus subjectif, à lui seul peut bloquer, ou stimuler l'objectif.

La cadre à un rôle **d'exemplarité**, d'ouverture aux autres. Sa manière de parler du service d'amont ou d'aval va donner des indications aux agents. Autant envoyer des messages positifs et rassurants, si l'on veut créer du lien et de la cohésion entre les services.

Le pilote est centré sur l'objectif, les hommes et les interactions. Il assure l'arbitrage, la coordination et c'est à lui que revient le rôle d'organiser.

Le cadre est un référent, il a un rôle déterminant sur l'engagement des équipiers, l'ambiance, et l'intérêt du résultat.

« *Il est le gardien de l'intérêt collectif face aux intérêts individuels* »

La cadre doit faire partager une vision, **susciter l'adhésion et fédérer** autour d'un objectif commun. Il doit accompagner ses équipes et partager avec elles les résultats obtenus.

Il est important qu'il puisse donner des repères, et du sens aux missions exécutées. C'est avec l'équipe qu'il doit définir les « normes » de qualité, choisir des indicateurs et des modalités de suivi, afin que l'équipe puisse s'impliquer, et que chacun ait la vision de sa contribution dans l'atteinte de l'objectif.

---

<sup>58</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé-DGOS. Diplôme de cadre de santé. Référentiels d'activités et de compétences. Document de travail. Travaux du groupe de production CS- décembre 2012. Page 6

<sup>59</sup> BOURRET Paule, Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible. Edition Seli Arslan, Paris 2006. Page 13

<sup>60</sup> DEVILLARD O. Ce qui fait équipe. In. Dynamiques d'équipes. Paris. Édition d'Organisation, troisième édition 2005. p. 02-44

Le rôle du cadre est de connaître et **reconnaître** le travail réel de ses subordonnés. Comprendre les difficultés. Entretenir des espaces formels et informels de délibération sur le travail réel (collectif de travail).

Par sa proximité, le cadre contribue à **promouvoir** la qualité de vie professionnelle. Pour cela, il participe à l'organisation du travail, au développement professionnel, et à la qualité des relations au travail.

« Le management n'est pas le problème, mais la solution »

### 3.7.2 Le cadre et la confiance

Le travail ne se limite pas à des objectifs, des résultats, des indicateurs. Le manager doit voir concrètement de quoi est fait le travail. Avoir une **vision de terrain** des tâches accomplies. Il pourra alors orienter son management à partir de **faits concrets**. C'est grâce à cela qu'il pourra donner sa confiance, mais également **qu'il gagnera la confiance de ses équipes**.

*« Fonder le management sur la confiance est un choix, sans doute même un choix militant. »* Il existe de nombreux modèles de management et très souvent on tente de réduire la place de la personne afin de réduire l'imprévisible. *« Manager par la confiance prend le contre-pied de ces modèles. Tous les managers n'en ont pas envie, tous n'en sont pas capables. »*<sup>61</sup>

Dans les services de très nombreux problèmes sont résolus par ce qu'on appelle, le système D, par les réseaux informels, par l'initiative des uns et des autres, afin de trouver une solution. **L'ajustement mutuel** est un mécanisme de coordination bien souvent utilisé.

La capacité du manager à **responsabiliser** les professionnels, et à leur donner une vision globale du parcours du patient, va leur donner de l'assurance, permettre l'initiative, et l'autonomie.

Si le manager **doute** de ses propres capacités, il sera difficile de créer une relation dynamique avec les autres. Il doit inspirer de la confiance et motiver ses collaborateurs.

Le cadre est *« un catalyseur de confiance »*<sup>62</sup>, la relation, la communication, le **partage des valeurs**, le respect construisent progressivement la confiance entre une équipe et son manager.

**La valorisation** de l'individu et de l'action collective permet un travail collectif de qualité, une meilleure productivité et permet de surmonter les situations difficiles.

Il faut de la **transparence** au sein du service pour que la confiance se crée. Le cadre doit tenir informées ses équipes, des orientations stratégiques de l'établissement, des projets, des objectifs à atteindre... À l'inverse, il ne doit pas hésiter à exprimer face à ses équipiers, son ignorance sur certains sujets. Il n'a pas réponse à tout. Dans une équipe personne ne doit être dupé. C'est ainsi que la **confiance mutuelle** va prendre forme.

Comme l'écrit Denis Cocard, Directeur des soins *« Fragile et précaire elle se gagne et s'entretient »*.<sup>63</sup> La confiance est pour lui aussi, une **caractéristique managériale**, se traduisant par l'écoute, l'autonomisation et la valorisation des professionnels. Elle joue également un rôle prépondérant dans les échanges intra et inter-organisationnels. La confiance permet de **reconnaître à l'autre une légitimité professionnelle**, permet de souder un collectif de travail, et permet à chacun d'**être force de proposition**.

À l'hôpital la confiance se concrétise par le recours à la loi, entre le cadre et ses équipes (règlements, procédures...) ce qui demande en amont une connaissance, une compréhension, et une acceptation

---

<sup>61</sup> Xavier Vilette Consultant en relation humaine. Article « Management et confiance le couple idéale » Revue Soins Cadre n°96 Novembre 2015 p. 31

<sup>62</sup> Carole SYLVESTRE Cadre supérieur de santé. Article « Confiance et management » Revue Soins cadre n°96, novembre 2015.

<sup>63</sup> Cocard Denis. Article « La confiance une question essentielle dans le management hospitalier actuel » Revue Soins cadre n°96 novembre 2015, p.41

de ces règles. Le rôle du cadre est primordial dans la communication et le partage de ces valeurs communes.

Actuellement la confiance des équipes envers leur cadre peut être mise à mal, car la maîtrise des dépenses peut limiter les projets et **la créativité** de certains. Le cadre doit alors faire preuve **d'empathie**. Il doit lutter contre la démotivation, l'opposition et l'incompréhension par le biais de la communication, en favorisant la contribution de chacun dans la recherche de solution. C'est ainsi que la confiance sera maintenue.

La confiance participe à la culture de l'erreur et à la démarche qualité. Elle participe à des relations de travail sereines.

La confiance est à la base même de **la délégation** « *Faire faire, c'est avant tout laisser faire !* »<sup>64</sup>

### 3.7.3 Les activités et compétences du cadre

L'exigence accrue de qualité et de sécurité des soins, fait que le cadre de santé joue un rôle essentiel, dans l'organisation des établissements hospitaliers.

Le cadre doit s'adapter en permanence aux différentes évolutions (médico-économiques, organisations internes, gestion des professionnels). Pour cela il est indispensable que le cadre soit en capacité d'animer et mobiliser les équipes au service du soin.

Le cadre est l'interlocuteur, des équipes soignantes, des patients, des familles, des équipes de direction. **Il est à l'interface de différents intervenants et de différentes structures.**

La réingénierie des professions paramédicales met de plus en plus l'accent sur la notion de compétences professionnelles.

Le référentiel des cadres de santé comprend sept référentiels d'activités et huit référentiels de compétences. Il a été mis à jour en 2011, lors des travaux de réingénierie de la formation de cadre de santé, proposé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Les référentiels d'activités et de compétence des cadres de santé sont des outils auxquels le cadre de santé se réfère dans ses activités au quotidien.

J'ai travaillé à partir du document de travail du ministère des Affaires sociales et de la Santé, concernant le référentiel d'activité et de compétence du diplôme cadre de santé.<sup>65</sup>

#### **A. Le référentiel d'activité :**

Il donne la définition du métier et décrit les activités professionnelles caractérisant l'exercice de ce métier.

*« L'activité est le premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé ».*

Parmi les activités du cadre, j'ai sélectionné, celles qui correspondent au travail d'équipe et peuvent être mobilisées pour favoriser les relations entre services. Ces activités reprennent également différents sujets développés précédemment (je les ai mis en gras).

---

<sup>64</sup> Laurent Van Bellgheim, professeur associé au laboratoire d'ergonomie du Cnam-CRTD. Article « Le travail de la confiance dans le management » Revue Soins cadre n°96 Novembre 2015 p.27

<sup>65</sup>Ministère des Affaires sociales et de la santé-DGOS. Diplôme de cadre de santé. Référentiels d'activités et de compétences. Document de travail. Travaux du groupe de production CS- décembre 2012

## Les activités du cadre de santé :

1. Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
  - ✓ Coordination des **parcours de soin**
  - ✓ **Coordination** avec l'équipe médicale et avec les différents acteurs internes et externes en lien avec l'activité du service (**différents services**, partenaires extérieurs...)
  - ✓ Gestion des aléas, des dysfonctionnements et des **situations difficiles** et imprévues.
2. Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
  - Mise en place et **suivi des moyens** permettant d'assurer la traçabilité et la qualité des informations et des transmissions.
  - Mise en place des moyens permettant la **diffusion** des différents types d'informations
3. Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles
  - **Communication et échanges** avec les membres de l'équipe : communication sur le projet de la structure, communication sur les performances collectives, recueil d'informations, transmission des consignes, procédures, bonnes pratiques ...
  - Fixation d'objectifs individuels et collectifs, mise en place et conduite de plans d'action, de **délégations** ...
  - Organisation et conduite de **réunions avec les équipes**
  - Gestion des conflits et mise en place d'actions de médiation et de **prévention**
  - **Soutien** des membres de l'équipe dans les situations difficiles
4. Gestion et développement des compétences
  - Définition des activités et **des compétences** requises en fonction de l'activité de la structure
  - Définition des besoins en **formation** et en développement des compétences individuelles et collectives pour l'équipe et des futurs besoins en fonction de l'évolution de l'activité.
  - Mise en place des démarches **d'analyse des pratiques professionnelles**
5. Animation de la démarche qualité et gestion des risques
  - Mise en œuvre de la **démarche qualité** et d'une démarche d'amélioration continue en fonction de la politique de la structure et en lien avec l'ensemble des acteurs concernés
  - **Suivi** de l'atteinte des objectifs liés à la qualité, diagnostic des écarts et mise en place **d'actions préventives et correctives**
  - Communication auprès de l'équipe **des résultats** des évaluations et des actions réalisées
  - Mise en place et suivi de l'application des **procédures**
  - Traitement et suivi des **insatisfactions** et des plaintes
6. Mise en place et animation de projets
  - Définition du projet **en collaboration** avec les professionnels concernés
  - Information et communication sur le projet
  - Développement de **partenariats** externes et internes
7. Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation
  - **Actualisation** de ses connaissances
  - Élaboration et mise en place d'**innovations** dans sa pratique à partir notamment des résultats de la recherche

## B. Le référentiel de compétence :

Il décrit les compétences, c'est-à-dire les **savoir-faire et connaissances associées**. Ce sont des capacités transversales, mobilisées dans les situations de management, tel que :

- Anticiper, prévoir,
- Prioriser, décider, arbitrer,
- Négocier, gérer des conflits
- Organiser et piloter, déléguer
- Animer, encadrer, mobiliser, motiver
- Évaluer, valoriser
- Analyser

*« Elles s'appuient également sur des ressources personnelles permettant de s'adapter, de développer des capacités relationnelles, de s'affirmer et de s'autoévaluer ».*

### Les compétences du cadre de santé :

Là aussi, j'ai sélectionné parmi les compétences mises en pratiques par le cadre, les critères ou indicateurs participant à la cohésion d'équipe entre services.

1. Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin
  - **Analyser** l'organisation existante d'un secteur d'activités de soin
  - **Les ressources et les contraintes** liées au secteur d'activités de soin sont identifiées et prennent en compte **l'organisation existante**
  - **Des évolutions** de l'organisation sont proposées et argumentées.
  - L'argumentation prend en compte la **qualité et la sécurité des soins**
2. Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin
  - Coordonner les parcours de soin et le processus de prise en charge **en relation avec les différents acteurs** internes et externes
  - Analyser les situations et les **problématiques rencontrées**
  - Les différents **intervenants** dans le parcours de soin sont **identifiés**.
  - **La collaboration** avec le responsable médical du secteur d'activités de soin et les autres praticiens permet **l'optimisation** du parcours de soin
3. Manager des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin
  - **Fédérer** un collectif de travail autour d'objectifs, mobiliser des expertises
  - Communiquer et **faciliter les échanges** entre les membres de l'équipe
  - **Animer** le travail en équipe et développer la coopération
  - Déléguer des activités et **encourager la prise d'initiatives** dans le respect de la réglementation
  - L'organisation mise en place permet de **faciliter le dialogue** au sein de l'équipe et le travail en équipe, y compris hors établissement
  - Des **échanges réguliers** portent sur les objectifs, les moyens de les atteindre, les résultats obtenus et les difficultés rencontrées
  - Les améliorations obtenues sont **tracées et communiquées** à l'équipe
4. Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle
  - **Évaluer** des performances et des compétences, identifier les compétences acquises et à développer
  - Définir et accompagner un parcours de **formation individuel**
  - **Reconnaître et valoriser les compétences** et les performances individuelles et collectives

- Les actions mises en place permettent aux membres de l'équipe d'**analyser** leurs pratiques professionnelles
5. Contrôler et évaluer les activités
- **Contrôler et évaluer** la mise en œuvre des consignes, procédures et règles de fonctionnement par les membres de l'équipe
  - Les protocoles, procédures et règles sont **accessibles** et actualisés
  - Les protocoles, procédures et règles en vigueur **sont appliqués** par l'équipe
6. Conduire une démarche qualité et de gestion des risques
- **Mobiliser** l'équipe sur la qualité, la sécurité, l'efficacité du soin
  - **Organiser et animer la réflexion** de l'équipe sur ses pratiques professionnelles en utilisant les méthodes et outils adaptés, **analyser les causes** de non-qualité, identifier le niveau de qualité souhaité et les **actions d'amélioration**
  - Les résultats de l'évaluation de la qualité et de la sécurité sont **analysés en équipe pluri professionnelle**
7. Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche
- Définir et mettre en œuvre un **plan d'action** permettant d'atteindre les objectifs en collaboration **avec les professionnels concernés**
  - Évaluer l'atteinte des objectifs à partir **d'indicateurs**, diagnostiquer les écarts et identifier les actions correctives
  - **Les partenaires et personnes-ressources** sont identifiés et associés aux différentes étapes
  - La problématique traitée est précise, pertinente, **fondée sur des faits**
8. Communiquer, transmettre les informations et rendre compte
- **Rendre compte** des activités, des incidents, des résultats des actions menées et des performances individuelles et collectives
  - Des **réponses adaptées** sont apportées aux questions des patients et de leur entourage
  - Toutes les informations nécessaires à **la qualité et à la sécurité des soins** sont transmises avec **fiabilité et régularité** au sein de l'équipe

Nous constatons que tout ce qui peut être fait a été pensé et écrit, pour accompagner le cadre de santé dans ses actions et prises de décisions au quotidien.

Les relations professionnelles entre les services, la coordination du parcours du patient, la collaboration, l'évaluation des pratiques, la délégation, les échanges, le dialogue, les partenaires, sans oublier l'importance du soutien et la valorisation des compétences de chacun. Tout est inscrit dans le référentiel de compétence et d'activité.

Le cadre est un régulateur du travail collectif, il fixe les objectifs communs, transmet les informations sur la vie du service, du pôle, de l'hôpital.

Le cadre valorise le travail collectif et de ce fait participe à la reconnaissance du travail réalisé par l'équipe.

Par l'autonomie donnée aux professionnels, le cadre les responsabilise, et les soutient dans leurs activités.

« Oui, mais voilà, la réalité du travail (travail réel), correspond-elle toujours à ce qui est écrit, décrit (travail prescrit) ! »

« Comment les choses se passent réellement sur le terrain ? »



### 3.7.4 Est-ce que l'équipe va bien ?

Il est aussi important pour le cadre de savoir si son équipe va bien.

Dans son article, Gilles Desserprit<sup>66</sup> présente trois critères permettant d'appréhender l'efficacité ou non du travail en équipe.

✓ **La performance collective de l'équipe**

Par la mesure des écarts entre les soins réalisés et les objectifs définis, mais également par la lecture des questionnaires de satisfaction, le cadre peut avoir des informations sur la performance collective.

✓ **La qualité de l'expérience du groupe**

Le climat « social », comme l'absentéisme ou le turn-over, peut aussi être un indicateur, un signal d'alarme pour le cadre.

✓ **La viabilité de l'équipe**

C'est la capacité des personnes à travailler ensemble, à faire face aux changements internes et externes.

Par sa connaissance du terrain, des professionnels et son positionnement, le cadre de santé à une fonction de facilitateur et de régulateur dans la réalisation des tâches de son équipe.

---

<sup>66</sup> Gilles Desserprit. Directeur de l'IFCS de l'APHP. Soins cadres « Le travail en équipe » n°95 septembre 2015 ; page 9

## 4 La problématique

Si je reprends ma question de départ :

**De quoi manquent les équipes, pour pouvoir développer leur coopération entre services, et générer la confiance ?**

Nous venons de voir dans le cadre théorique que les questions de territoire, de collaboration, de pouvoir, de craintes... font partie de nous de manière intrinsèque.

Mais également que l'attachement, la reconnaissance, la confiance, la cohésion, et la qualité, font partie de nos valeurs.

De plus, le cadre de santé possède des outils et des compétences, qu'il peut utiliser.

Les difficultés rencontrées par les équipes sur le manque de connaissance du parcours du patient, lié à la sectorisation des services, et la méconnaissance de l'autre, créer des représentations et engendre chez les professionnels des situations de méfiances, voir conflictuelles.

Finalement, est-ce que les équipes manquent de quelque chose, ou est-ce qu'ils ont tout, mais ne savent pas, ou ne peuvent pas, s'en servir ?

La mise en place de toutes les recommandations, du manuel de certification de la HAS, et du référentiel d'activités et de compétences, ont-ils un réel impact sur les relations d'équipes entre services ?

Ce qui m'amène à ma question de recherche

**Comment le cadre de santé peut-il favoriser la cohésion d'équipe entre services ?**

## 5 Méthodologie d'enquête

Afin de poursuivre ce travail de recherche, je vais à présent confronter mon cadre théorique aux réalités du terrain. Pour cela j'ai choisi une population cible, un outil d'enquête, des règles, tout en faisant face à certaines limites.

### 5.1 Présentation de la population.

J'ai choisi d'enquêter dans un centre hospitalier, à peu près similaire à celui que j'avais connu et décrit dans mon contexte d'émergence. Je souhaitais voir si dans un établissement à taille et population identique, les pratiques étaient les mêmes.

Mon terrain d'entretien est un centre hospitalier, médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Afin de m'immerger dans mon enquête, j'ai choisi d'effectuer un des stages hospitaliers de la formation cadre, dans un service « d'urgences pédiatriques ». J'ai ainsi pu observer l'organisation de travail des professionnels, connaître les différents services du pôle en relation les uns avec les autres. Cette approche m'a permis de mieux connaître les professionnels, et d'établir des liens propices aux entretiens.

Pour chaque service j'ai souhaité interroger, la cadre, et une paramédicale, afin de pouvoir comparer la vision des choses, des deux catégories de professionnelles.

J'ai également choisi d'interroger des professionnelles, cadres, infirmières, auxiliaires de puériculture, sage-femme, travaillant toutes sur le même pôle, et ayant tous des relations avec des services d'amont et d'aval. Ceci me permettra de croiser les réponses.

J'ai réalisé pour cela 8 entretiens, dans quatre services différents, du même pôle.

Pôle PFE. Périnatalogie Femmes Enfants		
Service	Fonction	Ancienneté dans le service
<b>Urgences pédiatriques</b>	Cadre de santé, puéricultrice	5 ans
	Infirmière	6 ans
	Auxiliaire de puériculture	15 ans
<b>Néonatalogie. Petits nourrissons</b>	Cadre de santé, puéricultrice	2 ans
<b>Pédiatrie générale. Chirurgie. Hôpital de jour</b>	Cadre de santé, puéricultrice	13 ans
	Infirmière puéricultrice	3 ans
<b>Maternité, suite de couches physiologique.</b>	Cadre sage-femme	1 an
	Auxiliaire de puériculture	3 ans

## 5.2 Choix de l'outil.

Mon thème étant majoritairement sociologique, j'ai choisi la méthode de « l'entretien semi-directif » pour effectuer mon enquête. Les réponses que je recherche sont d'ordre qualitatives, et non quantitatives.

Ce type d'entretien me permettait d'intervenir au cours de la conversation, afin de préciser une réponse, ou de recentrer le sujet.

J'ai établi dans un premier temps une grille d'entretien, bien trop longue et qui aurait pu induire certaines réponses. J'ai donc repris cette grille, défini des objectifs et établi 12 questions (Annexe 1), abordant les thématiques de mon cadre théorique. Le but étant de laisser une large place aux dires des personnes interviewées, sans attendre de réponses précises, et ainsi découvrir de nouveaux éléments.

J'ai choisi de garder exactement la même grille pour toutes les personnes interrogées. Ça me permettra de pouvoir comparer les réponses, en fonction des services et des fonctions.

Je n'ai pas souhaité connaître l'ancienneté de diplôme des personnes que j'interrogeais, car ce qui m'intéressait c'était ce qui se passait à un moment T, et mon analyse ne s'appuiera pas sur ces caractéristiques.

## 5.3 Les règles du jeu.

Avant de pouvoir réaliser les entretiens, j'avais reçu l'accord du Directeur des soins de l'établissement.

Ma grille d'entretien a été réalisée et validée, avant le début de mon stage, pour ne pas être influencée par le terrain, et bien rester sur mon cadre théorique.

J'ai réalisé les entretiens en une semaine, avec une moyenne de deux entretiens par jour.

J'avais prévu environ 30 minutes par entretien, mais au final ça a toujours été un peu plus long, 40 minutes en moyenne (entretiens allant de 20 et 50 minutes).

Je débutais toujours mes entretiens par ces phrases :

« Bonjour,

Je vous remercie de me recevoir, de m'accorder un peu de votre temps, et de bien vouloir répondre à quelques questions.

Le sujet de mon mémoire d'école de cadre porte sur « les relations qui existent entre les différents services ».

Cet entretien est anonyme.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je veux juste que vous me parliez de votre quotidien.

M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien ?

Je vais également prendre quelques notes pendant notre rencontre.

Avez-vous des questions avant qu'on commence ? »

Les entretiens se sont toujours déroulés dans un lieu clos, en tête à tête. Contrairement aux entretiens faits avec les paramédicaux, les entretiens des cadres ont été interrompus plusieurs fois par le téléphone, sans qu'au final ça ait entraîné de difficultés.

## 5.4 Les limites de l'enquête.

Le temps est évidemment une limite à l'enquête. Le nombre de personnes interrogées ne permet pas de faire de cette enquête une généralité.

J'aurais souhaité enquêter sur deux établissements, où les relations entre services étaient à l'opposé l'une de l'autre, et pouvoir les comparer, mais je ne pouvais pas savoir avant d'enquêter, chez qui ça se passait bien, ou moins bien. J'ai donc choisi d'étudier un établissement, et un pôle.

La charge de travail du service de néonatalogie petits nourrissons, ne m'a pas permis d'interroger la puéricultrice du service. Je n'ai donc que l'entretien de la cadre pour ce service.

## 6 Présentation des résultats

Pour présenter mes résultats, j'ai choisi d'analyser mes entretiens selon la méthode proposée par Mme Anne Olivier, Sociologue, qui nous a accompagné durant cette année de formation, au travers de ses cours sur « les outils de la recherche »<sup>67</sup>. J'ai retranscrit tous les entretiens. (J'ai mis en annexe un exemplaire, par catégorie professionnelle : Annexe 2, cadre de pédiatrie. Annexe 3, AP de maternité. Annexe 4, IDE des urgences). Je les ai imprimés, puis j'ai pris ma paire de ciseaux, pour décortiquer et préparer mon analyse thématique des entretiens. Ce qui m'a permis ensuite de faire le lien avec mon cadre théorique.

La présentation de mes résultats va débiter par un sociogramme des différents services du pôle, et leurs interdépendances. J'ai ensuite mis en évidence les causes des mésententes, leurs conséquences, mais aussi les origines des bonnes ententes entre services. J'ai continué en explorant l'implication de l'institution dans la mise en place de liens entre services. Et pour finir, j'ai conclu par une question ouverte mettant en parallèle « qualité des soins et relation entre services ».

Afin de rendre la présentation des résultats plus vivante, j'ai décidé de donner la parole aux personnes avec lesquelles je me suis entretenu. C'est pourquoi de nombreuses « citations » complètent mes dires.

### 6.1 Les services du Pôle

J'ai enquêté sur plusieurs services du Pôle Femme Enfant. Tous de taille et de capacité différentes, en termes de lit et d'effectifs.

Services	Nombre de lits	Nombre de professionnels par jour, en 12 h (8h-20h)		
		IDE / IPDE	AP / AS	Sages-femmes
Urgences pédiatriques	80 passages /jour	3	3	
	7 lits d'UHCD	1	0	
Néonatalogie	12 lits	3	1	
Petits nourrissons	9 lits	1	1	
Pédiatrie générale	30 lits	4	4	
Chirurgie pédiatrique	8 lits	1	1	
Suites de couches physiologiques	26 lits	0	3	2

Tous les services disposent de locaux neufs, vastes et bien équipés. Les patients ont majoritairement des chambres seules, équipées de salles de bain. Les professionnels disposent de salles de soins, de bureaux paramédicaux. Chaque service à sa propre salle de repos et les professionnels ont un lieu, de pause où ils peuvent discuter.

L'intégration de ces services dans les nouveaux locaux a fait suite au déménagement de 2014 et à l'ouverture du nouveau bâtiment. Ce déménagement reste dans la mémoire des professionnels et 4 personnes sur 8 l'ont mentionné, en insistant sur le fait que toute l'organisation des services a dû être repensée. Précédemment, les services de néonatalogie, de pédiatrie et des urgences, se trouvaient sur le même palier, et les échanges entre services étaient facilités. Dorénavant, ces services se situent à des étages différents, et les relations entre eux s'en sont trouvées modifiées.

<sup>67</sup> Mme OLIVIER Anne. Module 5. Cours du 14 mars 2018. « L'analyse du contenu ».

## 6.2 Sociogramme des services en interdépendances

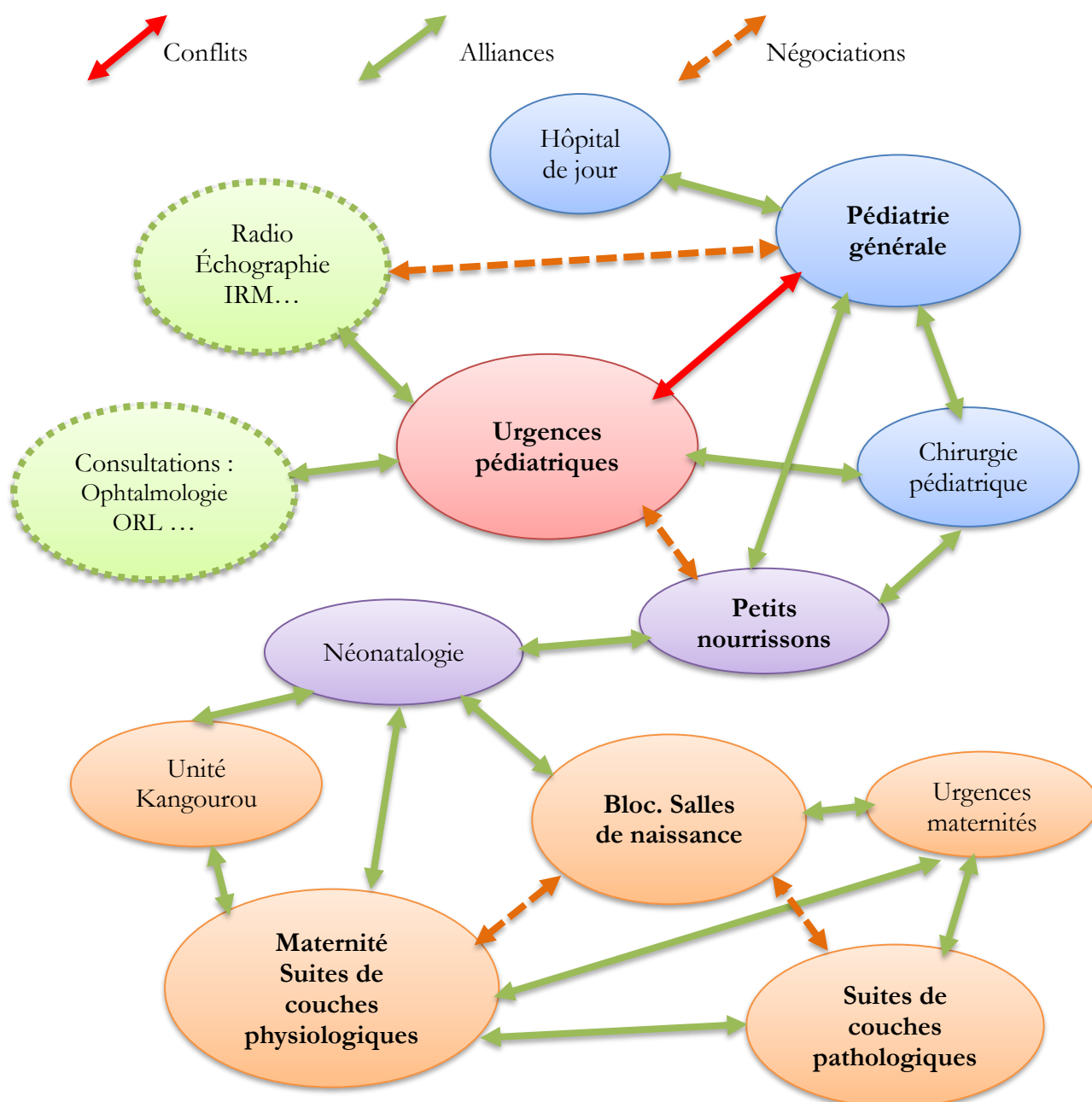
Lors des entretiens, les professionnels m'ont donné de nombreuses informations sur les services avec lesquels ils coopéraient, ainsi que le type de relation qui s'établissait entre eux. Les réponses des cadres et des paramédicaux étaient sensiblement les mêmes.

J'ai choisi de les représenter sous la forme d'un sociogramme, ce qui à mon avis est bien plus explicite et digeste, qu'un long discours.

Le sociogramme<sup>68</sup> est la représentation graphique du système des acteurs à un moment T.

Un système se structure autour d'un problème d'action, comprenant plusieurs acteurs interdépendants, pour gérer des enjeux communs.

Les acteurs peuvent être des individus ou des collectifs. C'est pourquoi mon choix s'est porté sur la réalisation du **sociogramme des services du Pôle Femme Enfant**.



<sup>68</sup> OLIVIER Anne Module 3. Cours du 11 avril 2018, « Sociologie. Le Sociogramme ». Selon CROZIER et FRIEDBERG

Ce sociogramme montre à l'évidence.

- ✓ De grosses difficultés relationnelles entre les services des urgences pédiatriques et le service de pédiatrie générale.
- ✓ Des arrangements et des négociations possibles entre, la salle de naissance et les deux services des suites de couches, ainsi que les urgences pédiatriques et le service des petits nourrissons. Idem entre la pédiatrie et l'imagerie.
- ✓ De bonnes relations et des échanges, entre les différents services de maternité, et entre les différents services pédiatriques et de néonatalogie.

Différents phénomènes expliquent ces relations.

La question 4 : « Qu'auriez-vous à me dire concernant les relations entre les services ». Est celle qui a suscité le plus de réaction et de réponses.

Spontanément, 5 personnes sur 8 ont évoqué, des difficultés, « *c'est compliqué !* »

*AP des urgences* : « *Parce que je pense que chacun connaît ses difficultés, mais ne connaît pas les difficultés des autres* ».

Les trois autres par contre, ont parlé de bonnes ententes entre les services.

*Cadre sage-femme de maternité* : « *On travaille pas mal, ensemble !* »

## 6.3 Les causes des mésententes

### 6.3.1 Le temps d'attente

Le délai d'attente pour obtenir certains examens d'imagerie, et le transport des enfants en fonction de l'horaire de l'examen peuvent parfois demander quelques négociations entre la pédiatrie et les services d'imagerie. Mais dans l'ensemble les relations restent bonnes.

Par contre, le temps d'attente pour qu'un patient passe des urgences, en service de pédiatrie, est la cause principale des désaccords des professionnels entre les deux services. Un patient peut attendre plusieurs heures aux urgences avant d'être hospitalisé.

Toutes les personnes interrogées ont soulevé ce problème.

La raison principale évoquée est : Le manque de place disponible dans les services.

Ce manque de place est le résultat.

- ✓ **D'une mauvaise organisation de la visite des médecins, et des sorties des patients.**  
(évoqué 10 fois lors des entretiens).

La visite ne commence pas avant 10h30, et finit trop tard, vers 14-15h.

*IPDE de pédiatrie* : « *De ce fait, ça entraîne vraiment des problèmes avec le service des urgences* »

Les médecins ne sont pas assez nombreux.

*IPDE de pédiatrie* : « *Ils sont clairement en sous-nombre, ça c'est évident* ».

Les médecins ne sont pas fixes dans un service, ce qui entraîne une perte de temps et une organisation compliquée.

*IDE des urgences* : « *Les médecins ne sont pas sectorisés comme avant* ». « *L'organisation médicale est différente d'avant parce qu'on a changé de chef* ». « *Avant la visite commençait beaucoup plus tôt en pédiatrie. Je ne comprends pas qu'ils n'aient pas encore compris que c'est un problème !* »

- ✓ **D'une logistique importante du service de pédiatrie pour préparer une chambre.**

La visite tardive des médecins repousse l'heure de préparation des chambres, pour accueillir les patients des urgences.



La diversité des pathologies, et des âges des enfants (3 mois à 18 ans), nécessite une logistique importante dans la préparation des chambres et demande du temps (chambres seules et doubles, 9 chambres d'isolements, 4 chambres d'unité de surveillance continue, 8 lits scopés sur répétiteurs...) *Cadre de pédiatrie*. « On n'a pas toujours la place qui correspond aux besoins de l'enfant, donc ça nécessite de faire des déménagements ».

### 6.3.2 Manque de coordination

Le moment où le transfert du patient se réalise est mal vécu par les deux services.

#### ✓ Vision des professionnels des urgences

Les IDE/AP des urgences constatent que les IDE/AP du service ne se présentent pas au téléphone. *AP des urgences* : « On ne sait jamais qui on a eu au téléphone, les gens ne se présentent pas »

Ce sont les IDE/AP des urgences, qui assurent le transfert des enfants dans le service. Quand elles arrivent, elles ne sont pas systématiquement accueillies par les IDE/AP de pédiatrie.

*AP des urgences* : « Personne ne nous accueille, enfin très peu de personnes nous accueille ».

*IDE Urgences* : « Je suis désolée il faut accueillir ses enfants c'est une base ».

*IDE des urgences* : On nous dit « Mets-le en chambre 212 ! »

Ce sont les agents des urgences qui installent les enfants et leurs familles dans la chambre.

*Cadre des urgences* : « Elle est où l'équipe de relais ? » « Ah ! elle est occupée dans une chambre ?? » (Septique).

Le temps que les équipes des urgences installent les enfants en pédiatrie, ils ne peuvent pas surveiller leurs patients aux urgences.

*IDE des urgences* : « Elles ne comprennent pas que pendant que j'installe un enfant chez eux, je ne surveille plus mes enfants aux urgences, et s'il y en a un qui convulse...ça sera de ma faute »

Les transmissions sont faites en partie par téléphone, et en partie dans le service, mais pas toujours à l'IDE qui prendra en charge l'enfant.

*IDE des urgences* : « Il n'y a pas de passage de relais, à peine si on écoute nos transmissions ».

#### ✓ Vision des professionnels de pédiatrie

Interruption de tâches importantes.

*IPDE de pédiatrie* : « Le téléphone sonne 100 fois par jour c'est horrible ! Le téléphone, les interphones, les sonnettes, c'est une nuisance, mais inimaginable !! »

Manque de confiance.

*IPDE de pédiatrie* : « Les urgences nous appellent, on leur dit qu'on n'a pas de place tout de suite, donc elles appellent l'interne, l'interne nous appelle, après elles appellent la cadre...Mais vous pensez quoi ! Que je vais sortir une place de ma poche !! »

Peu, voire pas, d'entraides entre les services :

*IPDE de pédiatrie* : « Il n'y a pas beaucoup de gens qui aiment venir en pédiatrie »

*Cadre de néonatalogie* : « La pédiatrie, c'est de l'organisation dans du bazar ».

Les enfants arrivent des urgences et ils ne sont pas toujours techniqués.

*IPDE de pédiatrie* : « Quand les enfants montent, ils n'ont pas toujours eu leurs traitements, alors que je trouve que c'est bête d'embêter l'enfant, de redéfaire la bande, défaire le cathlon, et de repiquer parce que c'est bouché, ce n'est pas logique ». « J'ai des amies qui travaillent dans d'autres hôpitaux et quand les enfants montent, tout est fait. Je ne comprends pas pourquoi ce n'est pas fait comme ça chez nous ».

### 6.3.3 Manque de confiance dans l'information transmise

À 11 reprises lors des entretiens, le scepticisme sur l'exactitude des informations échangées a été évoqué.

Les informations données sur la **disponibilité des lits**, et le **temps d'attente des enfants** qui doivent monter en hospitalisation sont souvent source de méfiance.

*Cadre des urgences* : « Parfois elles nous disent que l'enfant ne peut pas monter pour telle ou telle raison, et quand on monte, tu te rends compte qu'elles n'ont pas l'air si débordées que ça ! » « Il faut toujours vérifier l'information ».

*AP des urgences* : « Quand la pédiatrie nous donne un délai d'attente pour monter les enfants. Je trouve que c'est abusé ! Il y a beaucoup d'exagération ». « Je doute sincèrement des infos qu'elles me donnent ».

*IDE des urgences* : « Nous on est agacé, on est énervé, et au bout d'un moment on n'y croit plus ! On est arrivé à un stade où on ne les croit plus. On ne sait plus si c'est vrai ou si c'est faux ».

**Les transmissions** ne sont pas toujours faites comme elles devraient.

*IPDE de Pédiatrie* : « Parfois l'hiver on a des informations qui arrivent des urgences et ce ne sont pas les bonnes informations ! ». « C'est dans les deux sens. Soit on nous annonce un enfant qui va bien, en fait il va très mal, soit c'est le contraire ». « Je trouve déjà qu'il y a trop d'intermédiaires. Il y a des problèmes de communication entre les services, ça ne passe jamais les informations »

*IDE des urgences* : « Quand on arrive en pédiatrie il n'y a pas de passage de relai, à peine si on écoute nos transmissions. Et après on nous appelle en disant ' Vous n'avez pas fait les transmissions ! '. Si ! mais il n'y avait personne qui nous écoutait ».

*Cadre de néonate* : « Parfois ce n'est pas toujours très clair. Alors dans ce cas je n'hésite pas à les rappeler pour avoir plus d'informations ». « Je demande aussi aux équipes de tracer les informations, mais elles ne le font pas toujours, alors tant pis pour elles ! ».

Il existe différents supports pour transmettre l'information d'un service à un autre.

#### ✓ **Le téléphone.**

*IPDE de pédiatrie* : « Parfois il y a tellement de personnes qui appellent, que tu ne sais plus de quel enfant on parle »

*Cadre de pédiatrie* : « En principe elles s'appellent pour se donner les informations, mais ce n'est pas toujours évident, car parfois ce n'est pas forcément l'infirmière qui va s'occuper de l'enfant, qui est disponible pour répondre au téléphone ».

#### ✓ **Les dossiers patients informatisés.**

Il existe deux logiciels, et ils sont différents entre les urgences et les services

*Cadre de pédiatrie* : « Le problème c'est qu'il n'y a pas non plus le même logiciel entre les urgences, et les services d'hospitalisation. Et ça, c'est vrai que c'est un peu compliqué pour le moment ».

#### ✓ **Les dossiers patients papier.**

*Cadre de pédiatrie* : « Les enfants venant des urgences, qui attendent dans le couloir, eux n'ont pas de prescriptions sur ordinateur. Ils ont des prescriptions sur des feuilles papier, et c'est là que ça pêche un peu dans notre système ».

« Les infirmières de pédiatrie doivent noter ce qui a été fait par les urgences. Et là ce n'est pas toujours très simple. Il faut qu'elles vérifient, car elles ne peuvent pas valider un soin, qu'elles n'ont pas fait ».

### 6.3.4 Manque de traçabilité et d'évaluation

Il n'y a **ni processus ni procédures** écrites qui décrivent les modalités de transfert des patients d'un service à un autre.

*Cadre des urgences* : « On a toujours essayé, j'ai voulu formaliser les choses, mais ça n'a jamais abouti ». Pourquoi ? « Les collègues cadres ! Elles n'ont pas envie de se prendre la tête. Ça formaliserait les choses, donc elles seraient obligées de le respecter ».

Il n'y a pas non plus, **d'évènements indésirables** déclarés concernant des problèmes entre services, ni **d'évaluation des pratiques professionnelles** fait sur le parcours patient.

*Cadre des urgences : « Non, mais ce n'est pas normal, on devrait en faire plus »*

### 6.3.5 Manque de dialogue

Il n'y a pas vraiment d'organisation mise en place pour faciliter les relations de professionnels entre services.

Difficulté de dialoguer avec des personnes qu'on ne connaît pas.

*AP des urgences : « En pédiatrie c'est beaucoup de nouvelles, donc on ne se connaît pas, et quand on arrive chez eux, c'est plus difficile d'entamer directement et de leur dire 'hé, les filles, ça va pas là !' ou quoi que ce soit ». C'est plus compliqué, il faudrait des réunions ».*

#### ✓ Les réunions

Le thème des réunions a été abordé 12 fois lors des entretiens.

Il existe très peu de réunion de service, ou interservices, et pas de réunion de pôle.

*AP des urgences : « Des réunions, je crois qu'il y en eut une... d'où la difficulté »*

*IPDE de pédiatrie : « Non c'est assez rare, il n'y a pas de réunions de service, il n'y en a pas eu cette année »*

*IDE des urgences : « Sur le pôle, non je crois qu'on n'a jamais fait de réunions. Ni avec les autres services »*

Les réunions sont généralement organisées ponctuellement, en période de « crise », sur des problématiques d'ordre général. Mais malheureusement, elles n'aboutissent pas à grand-chose.

*IPDE de pédiatrie : « Il y a des réunions de temps en temps, mais ça ne donne jamais rien ». « C'est entre la pédiatrie et les urgences ». « Quand on en arrive à ce point-là, les réunions se terminent en règlement de compte, et je trouve que ça ne sert à rien. Ça ne fait rien évoluer du tout ». « Je sors de la réunion et je suis hyper déçue ».*

*« On dit qu'on va faire des choses, ça dure une semaine et c'est tout. Et donc tu sais que ce que tu fais ne sert à rien ».*

*IDE des urgences : « La réunion s'est bien passée, mais celles qui étaient là n'étaient pas les personnes les plus concernées. Celles qui sont concernées ne viennent pas aux réunions ! »*

*Cadre sage-femme : « Aux réunions, ne viennent que les personnes qui sont là, pas celles qui sont chez elles. Elles le disent clairement 'Moi ce n'est pas un jour où je bosse, donc je ne viendrais pas' ».*

*Cadre de pédiatrie : « C'est toujours les mêmes points de difficulté qui reviennent, et on a du mal à trouver des solutions ».*

*Cadre de néonatal : « Il n'y a jamais eu de solution. Il n'y a pas de solution ».*

*AP des urgences : « Il n'y a eu aucun changement dans l'organisation, et ça fait quatre ans que ça n'avance pas ».*

Il n'existe pas non plus de réunions institutionnelles entre les cadres du pôle.

*Cadre sage-femme : « Il n'y a pas de réunion de pôle et ça, c'est le point faible. On se voit le midi, on arrive à échanger, mais il n'y a pas de moment de travail, où les cadres du pôle peuvent se poser et discuter. Et ça manque ! »*

*Cadre de néonatal : « Il n'y a pas de réunion de cadre de pôle. Il y a parfois des 'Coplan', ce sont des réunions de coopération pour les plannings ».*

*Cadre des urgences : « La cadre de pôle à fait une réunion cette année en vue de la certification, c'est tout ! Il n'y en avait pas eu avant, et il n'y en aura pas après, je pense ».*

### 6.3.6 Manque de reconnaissance

Le travail fait par les uns et les autres n'est pas reconnu à leur juste valeur. Il est porté plus d'attention aux quelques choses, qui ne se sont pas passées correctement, qu'à la majorité des actes

qui se font consciencieusement. Mais je crois que c'est dans la nature humaine de retenir plus facilement les mauvaises choses, que les bonnes.

*IDE des urgences* : « Il suffit que tu n'aies pas perfusé un enfant, alors là tu en entends parler pendant des mois ».

Lors des entretiens j'ai eu beaucoup plus d'exemples négatifs, que positifs, concernant la vision du travail des autres.

Les cadres par contre, reconnaissent, plus facilement la valeur du travail fait par les différents services.

*Cadre des urgences* : « Il existe une difficulté de compréhension du travail de l'autre ».

Manque de réciprocité dans les échanges de professionnels, et d'aide apportée aux autres services.

*Cadre de néonatalogie* : « c'est toujours nous qui allons aider à la maternité, jamais elles, elles ne viennent pas dans nos services »

### 6.3.7 Les freins à l'entre-aide

Deux critères limitent l'entre-aide entre services.

#### ✓ Le manque de formation

Les services de pédiatrie sont des services spécifiques qui demandent une formation. Certains professionnels appréhendent un changement de service temporaire, faute d'avoir été formés.

*Cadre de néonatalogie* : « Il y a un manque de motivation, mais aussi un manque de formation, car nous avons quand même des services très spécifiques ».

Certaines AP de maternité souhaiteraient aller en salle de travail, mais les activités sont différentes.

*Cadre sage-femme* : « On essaie de les faire tourner, mais il y en a qui sont inquiètes. La salle de travail ça leur fait un peu peur ». « Les AP ont beaucoup de travail l'après-midi quand il faut faire 10 sorties, mais il n'y a pas d'urgence, ce n'est pas le même stress, et ça les inquiète en fait ».

*AP de maternité* : « Au bloc c'est vraiment un travail différent, il faut être formé ». « C'est pour ça, moi je n'ai pas aimé la salle, parce qu'on m'a envoyé une fois en salle, sans être formée, et en fait j'étais 'un boulet'. Je les suivais, mais je ne savais pas quoi faire ».

#### ✓ Le manque de motivation

Les habitudes sécurisent et il est parfois difficile de les changer.

*Cadre sage-femme de maternité* : « Ce qui est un frein en fait c'est les filles qui sont là depuis des années, qui ne veulent rien changer, rien bouger, ne pas changer les habitudes ».

*AP de maternité* : « Changer de service, nous, les anciennes on a essayé de le faire, mais ça n'a pas marché, parce que les anciennes, anciennes, elles n'ont pas voulu changer de service en fait ». « Ça n'a pas marché parce que c'est toujours les mêmes qui tournaient, et les autres ne voulaient jamais bouger ».

*Cadre des urgences* : « Il faudrait faire qu'elles se rencontrent entre services, sur un projet, un sujet... Pour les obliger de sortir un peu de leur carcan, 'Je suis dans ce service-là, j'appartiens à ce service'. Comme elles sont là aussi, il faut être bonnête ! (en parlant de son équipe des urgences) »

*Cadre de néonatalogie* : « Il faut qu'elles soient beaucoup plus mobiles, mais certaines de ces personnes-là, sont dans le même service depuis, 5 – 10 – 12 ans, et elles refusent d'aller ailleurs ».

## 6.4 Les conséquences

### 6.4.1 Les représentations

La méconnaissance de l'autre entraîne forcément des représentations, des interprétations. Ces représentations peuvent prendre différentes formes. Les représentations ont été évoquées 14 fois lors des entretiens.

#### ✓ Les représentations individuelles

La comparaison des différentes charges de travail faite entre les services est le sujet principal des représentations des unes et des autres. Les services travaillent en 12h, et les pics d'activités ne sont pas les mêmes et pas au même moment.

*IDE des urgences : « NOUS, on a du boulot en bas, elles n'arrivent pas à comprendre »*

*AP des urgences : « J'ai l'impression qu'elles pensent que nous, nous ne sommes jamais en souffrance »*

*IPDE de pédiatrie : « Les urgences elles, elles pensent, enfin je ne sais pas ce qu'elles pensent, mais j'ai l'impression, qu'elles pensent qu'on ne fait rien depuis tout à l'heure, et qu'on attend. Alors que c'est rare qu'ici on se pose et qu'on ne fasse rien ».*

Les cadres l'expriment très bien

*Cadre des urgences : « Les relations entre professionnels, c'est tendu, car elles ne comprennent pas que certaines travaillent et pas d'autre, en fonction des moments ». « En fait, elles sont toujours en train de comparer leurs charges de travail ». « Elles n'arrêtent pas d'argumenter en comparant les deux activités. Et je crois que c'est ça qui pourrait le plus les relations ».*

*Cadre de pédiatrie : « Les filles ont toujours l'impression qu'il n'y a qu'elles qui travaillent. Le travail est réparti sur 12 h, et ça, elles ont du mal à le comprendre ».*

Les cadres peuvent aussi mettre de l'huile sur le feu.

En parlant de l'équipe de pédiatrie. *Cadre des urgences : « Elles n'ont pas envie de faire une entrée ! Il y a des moments où elles n'ont pas envie ! À chaque fois il y a une bonne raison, la femme de ménage, le sol est mouillé... »*

Je laisserai le mot de la fin à la cadre sage-femme de maternité : *« Depuis que les équipes tournent dans les services, il y a moins de discours et les gens comprennent que les autres sont aussi en train de travailler. Il n'y a plus de mauvaises représentations ».*

#### ✓ Les représentations des services

Un service tout entier peut aussi faire face à des représentations.

Le service de pédiatrie avait mauvaise réputation au sein de l'établissement.

*IPDE de pédiatrie : « En fait quand je suis arrivé ici, le service de pédiatrie avait mauvaise réputation, donc j'avais un peu peur. On disait que tout le monde était un peu 'con' ». « C'est ce qu'on disait, donc j'étais hyper terrorisé. Mais en fait au niveau infirmière on s'entend très très bien ».*

Et le service de néonatalogie a été baptisé « Les princesses ».

*Cadre de néonatalogie : « Oh là là ! la néonatalogie on les a quand même baptisés 'les princesses' ». « Il ne faut pas les perturber, il ne faut pas que ça bouge de trop ». « Donc, ne faites pas passer de mauvais messages. Ce n'est pas parce que c'est une unité qui est sereine et bien organisée qu'on n'est pas dans une dynamique d'urgence ».*

*Cadre de pédiatrie : « Il y a aussi un petit cliché avec la néonatalogie, on dit 'oui, c'est un service tranquille, elles ne font rien là-bas' ». « Moi j'y ai travaillé, et je sais bien qu'il y a du boulot aussi en néonatalogie ». « Oui le travail en néonatalogie a changé, mais c'est pour le bien de l'enfant ».*

*« Il y a des a priori et de clichés, et c'est normal quand on ne connaît pas les gens des autres services ».*

## 6.4.2 Les conflits

Ces diverses mésententes aboutissent inévitablement à des conflits. Les conflits ont été abordés de nombreuses fois lors des entretiens (évoqué 15 fois lors des entretiens), et sont de trois types.

### ✓ Majoritairement des conflits entre services

*AP des urgences* : « Le problème c'est que les chambres ne sont jamais prêtes. En quatre ans, on peut compter sur les doigts d'une main, les fois où on nous a dit 'C'est bon vous pouvez monter tout de suite' ». « JAMAIS, JAMAIS JAMAIS, on a eu un OK ! ». « C'est un gros problème parce que nerveusement on ne supporte plus, même là rien que d'en parler ça m'énerve, parce que c'est INSUPPORTABLE ! Il n'y a jamais de places disponibles ».

*IPDE de pédiatrie* : « Avec les urgences, l'hiver, les disputes c'est quasiment quotidien ». « Ça crée des tensions parce qu'elles nous appellent quatre fois pour nous dire, 'Bon, l'entrée elle arrive dans combien de temps ? ». « Toi tu leur dis, 'Oui, mais moi je passe ma vie au téléphone, et je ne peux pas avancer parce que vous m'appellez'. « Donc on se dispute et des fois ça explose ». « Une fois je suis descendu aux urgences, en leur montrant le nombre d'enfants que j'avais, et en leur disant 'Mais ARRÊTEZ DE NOUS HARCELER !! »

Mais finalement, il existe une compréhension mutuelle.

*IDE des urgences* : « On finit par se disputer entre nous, alors qu'on se connaît depuis des années. Ça crée des tensions et le moindre truc s'envenime »

*IPDE de pédiatrie* : « C'est vraiment dommage d'en arriver là, parce ce qu'en fait, on a tous beaucoup de boulot, elles comme nous, je comprends »

Les cadres aussi ont un avis sur ces conflits.

*Cadre de pédiatrie* : « Si elles connaissaient le travail des autres services, il y aurait moins de frictions entre elles, elles seraient plus tolérantes, et auraient une meilleure connaissance du suivi de l'enfant »

*Cadre des urgences* : « Le fait de faire des échanges de services ça améliorerait parce qu'elle verrait la prise en charge que font l'une et que font l'autre, et du coup elle s'arrêterait de s'autocritiquer »

### ✓ Conflits intra service

- Les conflits en intra peuvent concerner les professionnels paramédicaux entre eux.

*IDE des urgences* : « Il a des personnes dans les services qui font des efforts, mais comme leurs collègues ne suivent pas, elles fatiguent, et sont usées par le comportement de certaines autres »

*Cadre sage-femme* : « La personne qui mettait un peu la mauvaise ambiance est partie, et depuis qu'elle n'est plus là, l'ambiance est quand même meilleure ». « Parfois, il suffit d'une personne pour mettre une mauvaise ambiance ». « Bon elles ne s'aiment pas toutes, mais elles font avec. Ce qui n'était pas le cas avant. Avant c'était la guerre ouverte ».

- ✓ Les paramédicaux et les médicaux.

*IPDE de pédiatrie* : « Nous on passe notre vie à chercher un médecin qui veut bien répondre à nos questions ». « Les parents pensaient sortir, et en fait il faut encore attendre. Et nous on doit rattraper tout ça parce que du coup les parents ne sont pas contents, et c'est nous qui devons répondre à leurs questions ».

« Nous on est entre les médecins et les cadres, entre les cadres et les parents, et nous on est tout le temps au milieu de tout le monde. C'est épuisant ! »

- Les paramédicaux et les familles.

*IPDE de pédiatrie* : « Les parents en ont marre d'attendre, ils râlent »

*IDE des urgences* : « Parfois les familles, elles s'énervent, elles sont agressives »

## ✓ **Conflits entre responsables**

Les conflits se situent à tous les niveaux hiérarchiques et professionnels, et les « chefs » ne sont pas épargnés.

*IPDE de pédiatrie* : « La chef de service, la chef de pôle, les cadres, elles ne s'entendent pas entre elles déjà ! Donc à la base il y a un problème, et ça tant que ça ne changera pas, le service il n'ira pas bien, et on le dit toutes ». « Il y a une petite guéguerre entre elles et ça se sent très bien quand il y a un truc qui ne va pas ». « Et des fois c'est puéril franchement ».

*IDE des urgences* : « L'entente entre les cadres s'est un peu compliquée ». « Chaque cadre défend son service, son territoire, personne ne s'entend, c'est ça le problème, l'entente entre elles ! ». « Déjà les médecins ne s'entendent pas. Les cadres ont un peu de mal à mettre de l'eau dans leur vin pour que tout se stabilise, alors forcément le personnel ne va pas s'entendre, et ça fait un conflit général ».

« Alors qu'on est une grande famille, on est tous là pour soigner des enfants. C'est compliqué »

### 6.4.3 Impact sur la qualité et la sécurité, de prise en charge des patients

Plusieurs professionnelles des urgences ont mis en avant, le mauvais accueil, et l'attente imposée aux enfants et aux familles.

*Cadre des urgences* : « Elles ont toujours une bonne raison pour reculer les entrées. Sauf qu'elles ne pensent pas aux patients. Lui il attend en bas, et attend désespérément d'avoir une chambre ».

*IDE des urgences* : « Moi ça me gêne beaucoup pour les familles parce qu'elles ont déjà beaucoup attendu en bas ». « On accompagne les familles, on a eu un bon feeling, ça se passe bien, et quand on arrive en pédiatrie, et bien il n'y a pas d'accueil, et tout est démolé ». « Là actuellement plus personne ne vient ! Les patients peuvent rester 10 -15 minutes en chambre, sans que personne ne vienne ».

*AP des urgences* : « Je suis choqué à chaque fois ! On essaie d'arrondir un peu les choses auprès des familles en leur disant 'Elles sont occupées, elles font les transmissions...' Mais bon, moi je trouve que c'est très incorrect ! » « Si j'étais à la place des parents, je ne supporterais pas. C'est intolérable ! »

*IDE des urgences* : « Quand le premier déraile tout déraile, et le premier c'est le médecin, et le dernier c'est le patient, et le patient, il attend 6h aux urgences ».

En service de pédiatrie également, la qualité des soins est impactée par l'organisation de travail.

*IPDE de pédiatrie* : « L'hiver c'est horrible, les visites des médecins se terminent vers 16 -17h et ça, ce n'est pas possible. Les parents en ont marre d'attendre, ils râlent, et puis ce n'est pas bien pour les enfants ».

En maternité

*Cadre sage-femme* : « Les mamans elles le sentent bien quand il y a des tensions entre les filles. Elles le voient, elles l'entendent, elles le sentent ».

« Quand il y a une bonne ambiance, les mamans se détendent, elles se sentent bien »

### 6.4.4 L'absentéisme, la mobilité et la solidarité

Des conditions de travail difficiles peuvent avoir des répercussions sur les mouvements des professionnels. Cependant, les difficultés relationnelles décrites entre certains services n'ont pas de répercussions notables sur ces indicateurs.

## ✓ **L'absentéisme**

Il y a peu d'absentéisme de courte durée, et les professionnelles s'arrangent entre elles, pour ne pas mettre le service en difficulté par leur absence.

*Cadre des urgences* : « Concernant les arrêts maladie, j'en ai très peu et ils sont motivés. Je ne peux pas vraiment dire que les gens abusent ». « A part deux agents, qui collent des arrêts maladie pendant les vacances scolaires. Tu sens bien que c'est un ras-le-bol du service, ras-le-bol de l'ambiance ».

*AP de maternité : « Généralement on n'a pas trop d'absentéisme ».*

*Cadre sage-femme : « L'année dernière, c'était une catastrophe, j'avais des arrêts tous les jours. Il y avait un manque de personnel continu qui engendrait de la fatigue. Là ça va mieux. Elles ont un planning beaucoup plus raisonnable et plus tranquille, et je pense qu'il y a un lien ». « La journée de carence a aussi été rétablie depuis le 1<sup>er</sup> janvier. Et je pense que sur les petits arrêts de complaisance, ça a un effet ».*

*Cadre de néonate : « Moi je n'ai pas de problème d'absentéisme. Sauf les femmes enceintes, et les arrêts enfants malades ».*

### ✓ La mobilité

Le départ des agents est souvent motivé par des raisons personnelles et familiales.

*Cadre de pédiatrie : « Ce sont parfois des mutations, des déménagements. Des filles qui en ont marre de travailler les weekends, et qui veulent des horaires plus simples ».*

*Cadre des urgences : « Il y a très peu de départs aux urgences, ce sont généralement des départs en retraite, ou des projets professionnels ».*

### ✓ La solidarité

La solidarité entre les membres d'une même équipe permet de faire face aux situations de travail parfois difficile.

*IDE des urgences : « On revient beaucoup pour notre service quand il manque du monde, mais pas pour les autres services ». « On a tous des enfants, et on se débrouille tous, on s'organise pour pouvoir aller au travail, car on sait que dès qu'il y a une personne manquante, c'est compliqué ».*

*IPDE de pédiatrie : « Ce qui me fait tenir c'est que mes collègues sont géniales, Il y a une solidarité qui fait qu'on a envie de rester »*

*AP de maternité : « On essaie de changer entre nous justement, pour éviter les arrêts. On anticipe ».*

## 6.5 Les origines des bonnes ententes

Certains services s'entendent bien et travaillent en parfaite collaboration. Ils l'expliquent par différents paramètres.

### 6.5.1 Organisation de la disponibilité des lits

L'organisation des services permettant une visite précoce des médecins, et une sortie des patients dans la matinée, contribue à un apaisement des tensions entre services.

*IDE des urgences : « En chirurgie pédiatrique, la visite commence à 9 h, et on n'a pas de problème, les sortants sont faits à midi ». « On a moins de problèmes aussi avec les petits nourrissons, eux aussi commencent la visite plus tôt ».*

*IPDE de pédiatrie : « On n'a pas ce genre de problème avec l'hôpital de jour, car habituellement ce sont des hospitalisations programmées ».*

En maternité, la préparation des chambres des accouchées a été anticipée.

*AP de maternité : « Les sages-femmes se dépêchent, les AP se dépêchent, et nous, avant d'aller manger le midi, quand on a fini les soins, on fait déjà quelques chambres de sortie, avant de nous poser. On anticipe beaucoup »*

*Cadre sage-femme : « En tout cas depuis que les filles tournent et montent en salle, les choses ont changé. Elles ont changé leur organisation, ont modifié leur moment de pause repas, pour faire 2-3 chambres, et pouvoir accueillir des mamans qui descendent du bloc ».*



## 6.5.2 Connaissance des autres

### ✓ Avoir déjà travaillé dans d'autres services

Beaucoup de professionnelles ont évoqué le fait qu'elles avaient travaillé dans divers services du pôle avant. Donc elles se connaissent et discutent plus facilement. Elles connaissent également les difficultés des autres services.

*AP des urgences : « Nous on a l'impression de connaître un peu les difficultés des étages, parce qu'on a travaillé dans les services avant ». « Elles ne connaissent pas vraiment nos difficultés, parce qu'elles ne sont jamais venues travailler aux urgences. Donc c'est compliqué ».*

### ✓ Connaitre les autres pour dialoguer

Le dialogue facilite les relations.

*AP des urgences : « Parfois avec les nourrissons il y a des clashes, mais on se connaît un petit peu plus d'avant, donc on arrive un peu plus à discuter ensemble ». « On monte et on discute en face à face, et puis voilà ».*

*IPDE de pédiatrie : « Avec la chirurgie, comme on a déjà beaucoup tourné entre nous, il n'y a pas deux équipes distinctes, et mine de rien, ça a sûrement éviter des conflits. Et on s'entraide ».*

### ✓ Tourner sur tous les services, de manière ponctuelle

La connaissance des autres peut également passer par l'organisation d'échanges et de formation des professionnels entre les services

L'équipe de chirurgie pédiatrique est issue de l'équipe de pédiatrie.

*Cadre de pédiatrie : « les équipes sont polyvalentes, elles savent faire de la pédiatrie. L'hiver la chirurgie peut accueillir de la pédiatrie et vice et versa.*

Les cadres de maternité et de salles de naissances organisent des parcours d'intégrations avec les nouvelles embauchées.

*Cadre sage-femme : « Elles ont commencé par la salle de travail et elles adorent, donc là on arrive, un petit peu plus, à faire bouger les gens, et qu'elles soient polyvalentes »*

Les AP de grossesses physiologiques et grossesses pathologiques vont facilement d'un service à un autre, car ce sont les mêmes soins.

Quelques IDE de néonatalogie ont aussi été formées, au volontariat, pour aller travailler en maternité.

*Cadre de néonatalogie : « Elles ont été formées une journée, et ça a très bien fonctionné. Aujourd'hui en cas de besoin, et si je peux, elles peuvent être mobile sur la maternité »*

### ✓ Tourner sur tous les services, de manière cyclique

L'organisation de travail des sages-femmes, fait qu'elles tournent sur la maternité et changent de service régulièrement.

*Cadre sage-femme : « Les sages-femmes se connaissent toutes, elles se voient d'un service à l'autre parce qu'en fait on tourne tous les quatre mois ».*

Elles tournent sur tous les services (consultations, explorations fonctionnelles, urgences, salles de naissance, suites de couches).

Les sages-femmes ont réellement une vision globale du parcours de la patiente. Elles se connaissent, et connaissent parfaitement l'organisation et les impératifs des autres services.

## ✓ Collaboration entre cadres

Les cadres également collaborent et participent à la création de liens entre les équipes.

En période hivernale, les cadres de pédiatrie et des petits nourrissons travaillent ensemble, afin de fluidifier le passage des bébés entre les deux services.

Elles ont également travaillé ensemble sur la sécurité alimentaire, et la mise aux normes de la préparation des biberons. *Cadre de néonatalogie* : « en collaboration avec la biberonnière et les équipes ».

*Cadre sage-femme* : « Avec les cadres du pôle, on mange ensemble tous les midis, ça a des inconvénients, mais ça a quand même l'avantage de se faire passer des informations assez rapidement. Donc globalement la communication se passe bien ».

### 6.5.3 Reconnaissance et compréhension

Malgré les difficultés rencontrées, chacune des personnes interrogées reconnaît les compétences des professionnels des autres services, leur charge de travail importante, ou les impératifs limitant leurs champs d'action.

#### ✓ Concernant le travail du service de pédiatrie :

*IDE des urgences* : « En pédiatrie c'est vrai ils ont beaucoup de travail. Ils ont 20-30 enfants à voir. Ils ont beaucoup de pathologies, et des patients lourds ».

*Cadre de néonatalogie* : « La fatigabilité, physique et psychologique est très présente en pédiatrie. C'est du non-stop. Il faut courir après les gamins, assumer les familles... »

#### ✓ Concernant le travail du service des urgences

*IPDE de pédiatrie* : « Je comprends qu'elles aient du mal à gérer le flot de patients en bas. Quand tu as 100 passages dans la journée, et 4 hospitalisés qui attendent dans les couloirs, ce n'est pas bien non plus ». « Je comprends que ce n'est pas que leur faute à elles ».

*Cadre de pédiatrie* : « Quand en bas c'est embolisé, il faut qu'on puisse les monter au plus vite ».

*Cadre de néonatalogie* : « On n'a jamais accablé les autres services, ça, c'est quelque chose que je ne supporterai pas ! ».

#### ✓ Concernant le travail du service de maternité

*Cadre de néonatalogie* : « Et puis elles manquent aussi de personnel, elles ne sont pas suffisamment en nombre ».

### 6.5.4 Transmissions fiables

Les transmissions faites entre la salle de naissance et les services de maternité sont fiables.

*AP de maternité* : « Les informations sont normales, elles sont exactes. Quand la salle de naissance nous donne des informations, on ne se pose pas de questions. On sait que ce qu'ils nous disent, c'est ce qui est ».

Les sages-femmes sont en relation avec la salle de travail, et transmettent les informations aux AP.

*AP de maternité* : « Le matin, on leur demande comment est la salle aujourd'hui ? On prend la température ! »

### 6.5.5 Formaliser les pratiques

Des protocoles communs ont été faits entre les différents services de maternité, pour ne pas faire deux fois la même chose.

*Cadre sage-femme* : « on a essayé de faire des protocoles communs, et ça fonctionne bien ». « Ce sont les sages-femmes qui ont fait tout un classeur de prise en charge de la maman et du bébé, à j1 j2 J3, il y a aussi les listings des numéros de téléphone à contacter en cas de besoin. Ça, c'est quelque chose qui marche bien ».

*Cadre de pédiatrie* : « Avec la maternité, on a fait un cahier de protocole commun, pour pouvoir accueillir les mamans, quand elles ont besoin de places ». « Globalement ce n'est pas trop mal, on se débrouille pas trop mal pour les aider ».

## 6.5.6 Les médiateurs

Il est important pour réguler les situations possiblement problématiques, qu'un médiateur puisse faire le lien entre deux situations.

Bien souvent ce rôle est tenu par la cadre du service.

*Cadre sage-femme : « Quand tout va bien je n'interviens pas, mais quand il y a besoin de places pour la salle, la cadre du bloc me prévient, et je vais dans le service pour fluidifier les choses ». « Comme on tourne dans tous les services, on connaît les difficultés de chacun, et ça facilite vraiment les choses ».*

*Cadre de néonatalogie : « Quand on a eu des problèmes, ça s'est réglé parce que je suis devenu l'intermédiaire. La gestion en interne passe par moi et je fais le médiateur ». « Je peux prendre le temps et expliquer les choses ».*

## 6.6 Le rôle de l'institution

L'institution est le chef d'orchestre de ces différents services. Elle est responsable de la qualité, de la sécurité des soins apportés aux patients, et de la qualité de vie au travail de ces agents.

Toujours en suivant mon thème des relations entre services. J'ai souhaité découvrir si l'institution participait à l'implication des nouveaux agents au sein des pôles, et si la diffusion de l'information permettait aux professionnels, une ouverture sur les autres services de l'établissement.

### 6.6.1 L'accueil des nouveaux professionnels

Il n'existe pas de parcours d'intégration sur l'établissement. Les nouveaux embauchés arrivent directement dans le service, ou ils sont recrutés.

- ✓ Un livret d'intégration a été réalisé par le directeur des soins et des cadres, mais son application n'est pas toujours effective.

*Cadre des urgences : « Le directeur des soins a fait une charte d'intégration, où ils sont intégrés 15 jours en 7h, je crois, quelque chose comme ça (doute) ». « Soi-disant les cadres de proximité y ont participé, mais moi je n'y étais pas ».*

*Cadre de néonatalogie : « En 2017, on a travaillé avec le directeur des soins, la cadre de pôle, et chaque service, sur la mise en place d'un accueil des nouvelles infirmières, avant d'être lâchées seules ». « Il y a une semaine en 7h de jour, une semaine en 7h d'après-midi, puis quatre nuits en 12 h en binôme, sur quinze jours ». « Moi je l'applique à la lettre ».*

*Cadre de pédiatrie : « Elles sont intégrées directement dans nos services et sont encadrées un mois ».*

*IPDE de pédiatrie : « les nouvelles sont normalement doublées pendant deux semaines, mais en réalité elles sont doublées deux jours, ensuite elles travaillent seules, puis sont de nouveau doublées, un ou deux jours ».*

*Cadre sage-femme : « Alors, quand on peut on essaie de les mettre quelques jours en intégration. Mais bien souvent elles sont en 'non-intégration', parce qu'il manque du personnel ».*

*AP de maternité : « Moi je n'ai pas été encadré. Heureusement, je suis arrivée la veille pour voir comment ça se passait, pour travailler le lendemain. J'ai été lâché comme ça ! »*

- ✓ Concernant la découverte des autres services du pôle (d'aval et d'amont), rien n'est réellement mis en place lors de la période d'intégration.

*Cadre de néonatalogie : « Ah non ! Parce que si on commence comme ça... non ça ne va pas aller ». « Par contre elles sont informées que potentiellement, ce n'est pas l'unique service où elles iront, mais elles auront une formation avant ».*

*Cadre sage-femme : « On essaie de les mettre 2 jours en salle, 2 jours en maternité, pour qu'elles connaissent. Et quand on a besoin ça permet de les faire basculer, et ça nous arrange ».*

*Cadre de pédiatrie : « Elles vont se former directement dans les services, il n'y a pas de présentation de l'hôpital ». « Ensuite je profite des périodes de regroupement l'été, pour pouvoir les former sur la chirurgie ».*  
*IPDE de pédiatrie : « On va parfois présenter les nouvelles en chirurgie et à l'hôpital de jour, car comme on travaille ensemble, forcément elles vont se connaître. Mais par contre, ce n'est pas le cas avec les urgences et la néonate ».*

## 6.6.2 Diffusion de l'information au sein de l'établissement

La diffusion de l'information n'est pas optimum. Il existe plusieurs supports. Tous ont leurs avantages et leurs inconvénients, mais au final ils ne permettent pas aux professionnels de l'établissement d'avoir une ouverture sur les autres services de l'hôpital.

### ✓ Les E-mails

Les E-mails arrivent en tête des moyens de communication entre les services.

Ces mails sont généralement issus des directions, des services supports, de l'encadrement...

Ils envahissent les boîtes mail des cadres, mais par contre ne concerne pour ainsi dire, pas les IDE et AP.

*Cadre de néonate : « Oooooobbbb !!!! mails, mails, mails, mails, mails !!! Je déteste, je déteste, ce partenaire. ». « On peut avoir jusqu'à 40 – 50 mails par jour. Des copies de mail de copie de mail envoyés à tous les cadres, même si tu n'es pas concerné ».*

*Cadre des urgences : « On reçoit tout par mail ». « J'imprime et j'affiche ».*

*AP de maternité : « La cadre elle a une adresse mail, mais pas nous dans le service »*

*IPDE de pédiatrie : « il y a une adresse mail pour les infirmières, mais on ne va jamais dessus, on ne lit pas les mails ».*

Si les informations ont un intérêt pour les soignants, les cadres les impriment et les affichent.

### ✓ L'affichage

L'affichage ne constitue pas non plus un moyen de communication très efficace.

*Cadre sage-femme : « Quand ça les concerne je leur mets un petit mot sur le tableau de salle de repos, mais je n'imprime pas, je n'affiche pas, parce que généralement ce n'est pas lu ».*

*AP des urgences : « Quand la cadre a une information, elle l'imprime, et elle nous l'affiche dans le bureau, ou la salle de repos ». « Mais ce n'est pas lu. C'est un papier parmi d'autres ».*

*Cadre des urgences : « J'imprime et j'affiche, mais je pense vraiment que ce n'est pas lu ».*

### ✓ Le journal de l'hôpital

Un journal appelé 'Diapason' existe dans l'hôpital. Il rassemble divers articles sur ce qui se passe dans les services, les services peuvent proposer des articles, on parle des nouveaux arrivés, et des départs... Cependant en discutant avec les personnes, j'ai l'impression que ce journal a marqué les plus anciennes, mais qu'il n'est plus vraiment disponible actuellement.

*AP des urgences : « Oui il y a un journal qui s'appelle... Diapason. Mais il y a longtemps qu'on ne l'a pas eu ! »*

*AP de maternité : « Oh ça fait longtemps. Je sais que ça existe, mais ça fait longtemps qu'on ne l'a pas vu ».*

*IPDE de pédiatrie : « A ma connaissance, il n'y a pas de journal »*

*Cadre des urgences : « C'est en version papier et informatisé, c'est bimensuel ou trimestriel, je ne sais plus. Mais ça fait un moment que je ne l'ai pas eu »*

*Cadre sage-femme : « Ah si je crois qu'il y a un petit truc via le mail. Comme une petite gazette, avec deux ou trois pages ».*

Cependant ce qui est bien apprécié par les professionnels, c'est une feuille d'information qui est mise régulièrement avec la fiche de paye.

*IPDE de pédiatrie : « Dans notre fiche de paye parfois, il y a des informations qui sont accrochées avec. Par exemple, la dernière fois, on nous a informés que des moutons allaient venir à l'hôpital »*

*Cadre des urgences : « Il y a aussi des informations papier, distribuées tous les mois dans leurs fiches de paye ».*

## 6.7 Si je vous dis « Qualité des soins et relation entre services »

Cette phrase fut une question ouverte, qui concluait chaque entretien.

Les réponses des personnes interrogées furent généralement en deux parties.

Une réponse courte et spontanée, marquant le lien indéfectible entre les deux, ensuite, des propositions de solutions, permettant de favoriser la cohésion entre les services.

***Si je vous dis « qualité des soins et relation entre les services ». Qu'auriez-vous à me dire ?***

*Cadre des urgences : « C'est directement lié ». « Si les gens étaient beaucoup plus coordonnés et en relation forcément, la qualité de soins sera là. Pour moi c'est complètement lié ».*

*IDE des urgences : « Difficile en ce moment »*

*AP des urgences : « Moins bien qu'avant. La qualité des soins diminue forcément parce que la prise en charge est compliquée ».*

*Cadre de pédiatrie : « Moi je suis pas mal ancienne ici, donc quand il y a un problème, je prends mon téléphone et j'appelle directement ».*

*IPDE de pédiatrie : « Je pense que s'il y avait une meilleure communication des gens qui nous dirigent. Pour moi tout part du haut de la pyramide ».*

*Cadre sage-femme : « Si les services s'entendent bien, la qualité des soins ira avec, forcément »*

*AP de maternité : « La qualité des soins je trouve qu'elle est bonne. Franchement, on prend très bien soin du couple mère-enfant en maternité »*

*Cadre de néonatal : « Indispensable, indispensable ! Communication, indispensable. Ça ne peut pas être autrement.*

Parmi les solutions proposées, le dialogue, les rencontres, mais surtout la formation de toutes les professionnelles, dans les autres services du pôle, semble la meilleure solution pour que les gens se connaissent, reconnaissent le travail de l'autre, que les représentations disparaissent et qu'un vrai dialogue, constructif s'instaure.

*Cadre de néonatal : « Concernant les infirmières et les auxiliaires, l'idéal il faudrait que les gens puissent venir voir comment on est organisé pour comprendre. Qu'on fasse des échanges d'un service à un autre. » « À une époque on faisait des échanges entre services pendant 2 mois et ça fonctionnait bien ». « Je pense qu'il y aurait tout à gagner en faisant des échanges comme ça ! »*

*« À mon époque on ne restait pas plus de deux ans dans un service, et tout le monde tournait dans les services ».*

*IPDE de pédiatrie : « Si, à la direction ils étaient cohérent, si les cadres étaient cohérents, les médecins aussi, s'il y avait de la communication en fait, et bien je pense que ça se passerait mieux ». « Parce qu'en soi, quand on se voit on s'aime bien, les filles des urgences j'en connais plein depuis le temps que je suis là ». « C'est l'organisation qui fait qu'il y a un problème ».*

*Cadre des urgences : « Il faudrait aussi que les gens se rencontrent autrement que dans le cadre du travail. Faire une soirée commune aux trois services. À l'époque on faisait ça une fois par an. Ça permettait de se connaître autrement ». « Le fait de faire des échanges entre services, améliorerait aussi beaucoup, la compréhension des choses ».*

*IDE des urgences : « Il faut des médecins référents dans chaque secteur. Il faut arrêter de les faire tourner. Nous on ne sait plus qui est qui. On n'arrive plus à avancer sur nos projets ».*

*AP des urgences : « Pour améliorer les relations, il faudrait déjà en discuter, se réunir. Il faudrait vraiment faire des switches et que les gens se connaissent.*

*Cadre sage-femme : « Je pense qu'on doit travailler sur une dynamique de, pas plus de deux ans sur un service. Avec un repère professionnel physique qui peut orienter et guider »*

*Cadre de pédiatrie : « Elles ne connaissent pas trop l'organisation des urgences, donc ce serait important qu'elles y aillent, et approfondissent leurs connaissances. Les filles des urgences ne connaissent pas trop le suivi des pathologies ». « Je pense qu'il y aurait tout à gagner, en faisant des échanges comme ça !»*

## 7 Analyse en lien avec le cadre théorique

Après avoir disséqué les dires de chacun, je me rends compte qu'il est très facile de faire le parallèle avec mon cadre théorique, pour pouvoir aboutir, au rôle du cadre.

### 1. Les origines

Nous retrouvons dans l'organisation de ce pôle, et des services qui le constitue, les notions de territoire. Les services sont proches géographiquement, mais on se rend compte que les pratiques peuvent être éloignées. Chaque équipe s'organise, est unie, collabore, développe des compétences, et a une vision commune de leur mission auprès du patient.

Cependant, les frontières entre services restent passablement hermétiques, et la cohésion entre service, pas encore optimum.

Les services sont structurés, mais la notion de chef reste assez floue, due au fait qu'il n'y ait pas réellement, de chef de service aux urgences, mais également par le fait de certaines mésententes entre responsables (Cadres de proximité, cadre de pôle, chef de pôle). Ce qui entraîne des difficultés dans l'organisation et la coordination des activités interdépendantes.

### 2. Besoins d'attachement, de sécurité, de reconnaissance

Le besoin d'attachement désignant les liens affectifs et sociaux, entre deux personnes ou deux groupes, ont besoin pour exister, de recevoir des réponses adaptées, de continuité de personne, de prévisibilité, de moments de rencontre. Or nous pouvons constater notamment entre les urgences et le service de pédiatrie que ce n'est pas le cas. Les professionnels ne savent pas toujours à qui elles s'adressent, les informations données ne sont pas toujours exactes, les moments de rencontre inter équipe n'existent pas, les médecins tournent sur tous les services...Le sentiment de sécurité est difficile à obtenir dans ces conditions.

Malgré tout, les professionnels reconnaissent la charge de travail des autres services, et sont en demande de solutions, permettant un ajustement mutuel.

L'institution quant à elle, n'a pas prévu de lieux ou de temps, permettant comme « les réunions débarras », de pouvoir déposer et discuter de ses inquiétudes et des conflits. Cependant, chaque service dispose de salles de repos, permettant, à minima, la régulation des tensions en interne.

### 3. L'équipe

On retrouve au sein de chaque équipe, unicité et diversité. La répartition des tâches est effective pour atteindre l'objectif commun : la qualité et la sécurité des soins. La cohésion humaine est manifeste au cœur des services, mais reste à développer dans les certaines organisations inter-services.

Le système d'action, concernant l'échange d'informations, écrites et orales, n'est pas adéquat entre certains services.

Nous retrouvons aussi dans ces services, les classes de maux, les plus courants concernant le travail en équipe.

- ✓ Les équipes travaillent bien souvent à flux tendu, et leurs valeurs soignantes sont mises à mal.
- ✓ L'organisation du travail demande une adaptabilité permanente, et les soignants se sentent écartelés, entre les médecins, les cadres, et les patients.
- ✓ Les professionnels entre eux, ont chacun leur subjectivité, et certains comportements négatifs, peuvent impacter toute une équipe.

Les conflits sont inhérents au travail d'équipe, et nous avons pu constater qu'ils touchent toutes les catégories de personnel. Cependant, ils permettent une prise de conscience générale, qui peut aboutir, à une résolution collective du problème.

#### **4. Le travail d'articulation**

J'ai constaté que le travail d'articulation entre les différentes parties n'était pas fait entre les médicaux et les paramédicaux. Les médecins n'étant pas fixes dans un service, ils ne s'impliquent pas autant, que s'ils faisaient partie d'un service à part entière.

Les cadres m'ont un peu donné l'impression de baisser les bras. Et les relations « de façade », qu'entretiennent, les cadres de proximité, cadre de pôle et chef de pôle, ne permet pas de favoriser un décloisonnement entre services, et valoriser la coopération. Il n'existe d'ailleurs pas de moments de rencontre entre eux.

Seuls les IDE et AP des services réalisent ce travail de liens entre eux. Les cadres n'intervenant qu'en période de crise. Ou ponctuellement en période hivernale.

#### **5. La confiance**

Il est évident que la confiance entre les services des urgences, et la pédiatrie, ne s'est pas instaurée. C'est une valeur qui permet de mettre en place des interactions entre les individus, mais visiblement, les attentes non comblées, le manque de reconnaissance, le manque de communication, les indices de fiabilité non tenus, ont mis à mal la confiance entre certaines équipes, et entrainer la méfiance. À l'inverse, on constate en maternité, que la confiance induit des relations basées sur la sérénité, la sécurité, et la simplicité.

#### **6. La qualité du parcours patient**

La qualité doit d'organiser, s'évaluer, se mesurer. Or, je constate que concernant, le transfert d'un patient, d'un service à un autre, aucun processus, aucune procédure, n'a été réalisée.

Il n'est pas non plus, réalisé d'évaluation des pratiques professionnelles, ni de déclaration d'évènements indésirables sur ce sujet.

La communication au sein de l'établissement ne permet pas d'informer les agents, des objectifs, des indicateurs, des tableaux de bord... Les résultats, des questionnaires de satisfaction des patients, sont communiqués aux cadres, une fois par an, par mail, sous forme de tableau statistique, illisible. Il n'y a pas de retour fait aux professionnels. C'est pourtant un indicateur de reconnaissance de leur travail.

Concernant les interfaces, la multitude de supports, oraux, papier, informatiques, et la non-formalisation des transferts peuvent être source d'erreurs importantes pour le patient.

#### **7. Le cadre de santé**

Les cadres sont conscientes des difficultés qui existent, notamment entre les urgences et le service de pédiatrie. Le rôle que jouent, les médecins et l'heure tardive des sortants, est une des causes de conflit entre les services.

Elles connaissent toutes les services d'amont ou d'aval, pour y avoir travaillé durant leur carrière. Elles servent de médiateurs dans les moments critiques, et s'attachent à défendre leurs équipes et leur service.

Cependant, leurs désaccords sont connus des équipes, et elles ne gardent pas toujours, la réserve nécessaire, permettant d'apaiser les choses.



## 8 Réponse à la question de recherche

### Comment le cadre de santé peut-il favoriser la cohésion d'équipe entre services ?

Avant de répondre à cette question, je souhaite vous faire partager quelques dires des professionnels, concernant leur vision du cadre.

*IPDE de pédiatrie : « moi je pense que pour qu'un service fonctionne bien il faut que la cadre soit un minimum derrière nous. C'est stupide, c'est peut-être enfantin, mais une équipe qui est livrée à elle-même il y a forcément des éléments perturbateurs qui font qu'à un moment ça ne va pas ».*

*« Il ne faut pas non plus une cadre trop stricte parce que sinon tu la crains et là ça ne va pas non plus ».*

*« Quand on dit les choses gentiment ça passe bien ».*

*IDE des urgences : « Moi je pense que le rôle du cadre c'est de faire tenir les objectifs qu'on s'était fixés pendant les réunions ».*

*AP des urgences : « Il faut une autorité ' placée ', pas ' mal placée ', mais quelqu'un qui est vraiment là pour faire son boulot ».*

Pour développer le rôle du cadre, et les moyens favorisant la cohésion d'équipe entre services, je vais me servir comme fil conducteur, des items du Référenciel de compétences du cadre.

#### 1. Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin

Le cadre doit dans un premier temps, **analyser l'organisation existante**, et repérer les difficultés organisationnelles et relationnelles entre les services.

Il doit identifier les ressources et les contraintes existantes, liées aux relations entre les services.

La cadre peut faire des propositions aboutissant à l'évolution de l'organisation des transferts des patients, en mettant toujours en avant la qualité et la sécurité des soins.

#### 2. Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin

Le cadre doit travailler en relation et en concertation avec **tous les acteurs** du parcours de soins du patient ; le chef de pôle, cadre de pôle, les cadres de proximité, les médecins et les paramédicaux, des urgences et des services d'aval.

Le cadre doit être **convaincant**, démontrer les problématiques rencontrées, et l'importance de l'implication de tous, dans leurs résolutions.

C'est au cadre que revient le rôle d'organiser, en assurant l'arbitrage, et la coordination, sans jamais oublier de : « **METTRE LE PATIENT AU CŒUR DES DISCUSSIONS** ».

Les différents acteurs doivent **débattre** des points forts et des points faibles de chaque service.

**Écouter**, les difficultés, et les impératifs de chacun, pour ensemble, trouver des solutions.

Les différentes étapes des transferts des patients doivent être analysées point par point. Des solutions communes, d'amélioration et de sécurisation des pratiques, doivent être définies et mises en place ensemble.

- ✓ Organisation de la visite des médecins, avec sorties matinales des enfants.
- ✓ Préparation logistique et disponibilité des chambres d'avales.
- ✓ Organisation des appels téléphoniques des urgences vers les services d'aval.
- ✓ Définir les soins faits par les urgences, et ceux faits dans les services.
- ✓ Décider, d'un temps d'attente maximum des patients aux urgences, avant leur transfert.
- ✓ Identifier quel professionnel, accompagnera l'enfant et sa famille en service d'aval.
- Identifier quel professionnel, accueillera l'enfant et sa famille dans le service.
- Déterminer la manière la plus adaptée pour l'enfant et sa famille, d'organiser leur accueil dans un service.
- S'accorder sur un mode fiable, de transmissions des informations.

Ce travail en commun renforcera la coordination des services, ce qui engendra la satisfaction des besoins de reconnaissance, et permettra aux individus d'instaurer une notion de confiance.

### 3. Manager des équipes pluri- professionnelles dans un secteur d'activités de soin

Le cadre peut proposer au cadre de pôle d'instaurer **des réunions** entre cadres, de manière régulière. Le but étant de favoriser le dialogue pour ne pas laisser s'enliser certaines situations.

Une réunion de concertation entre les cadres de proximité, des différents services concernés, peut être réalisée en amont, afin d'assurer une cohésion dans l'adhésion au projet des services d'amont et d'aval. C'est un geste d'exemplarité, qui renvoie un message positif.

Le cadre peut fédérer, et mettre en place des **groupes de travail** pluriprofessionnels, autour des différentes étapes décrites précédemment.

Les échanges doivent être facilités, en dégageant du temps aux professionnels participant aux groupes de travail.

Les rencontres doivent être régulières, porter sur des objectifs précis, les résultats obtenus et les difficultés rencontrées.

Le cadre peut animer les réunions, ou encourager la prise d'initiative, et l'autonomie des participants. Les comptes-rendus et l'avancement des projets sont tracés, communiqués aux cadres et aux équipes.

Le cadre doit s'assurer, de la mise en place et de **la continuité** des décisions prises en réunion.

Des **moments de rencontre** entre services peuvent également être organisés de manière cyclique, sans attendre les moments de « crise » pour se réunir, et essayer de communiquer. Ces rencontres peuvent prendre la forme de réunion inter-équipes, de groupe de travail, mais également de petits-déjeuners, de soirées...

Le cadre peut s'aider du programme PACTE<sup>69</sup>, proposé par la HAS, afin d'initier un travail commun de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux. L'objectif est de faire prendre conscience du facteur humain, dans les défaillances du système. Ce programme va permettre de travailler sur les facteurs organisationnels et humains, et notamment : la communication entre professionnels, le renforcement des pratiques collaboratives, et de développer la capacité des équipes à alerter, déclarer et analyser les événements indésirables.

---

<sup>69</sup> Programme d'amélioration continue du travail en équipe

#### 4. Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle

Le cadre peut également évaluer et identifier les compétences de chaque personne. Il doit savoir écouter, comprendre et reconnaître les spécificités de chacun. Le but étant de se servir des compétences acquises par certains professionnels, notamment dans leurs connaissances des autres services, pour leur permettre d'être médiateurs entre deux services. Responsabiliser les professionnels et leur donner une vision globale du parcours du patient. Ils peuvent également faire découvrir aux jeunes professionnels, les services d'amont et d'aval, avec lesquels ils vont travailler.

Il est important également que le cadre **reconnaisse et valorise, les compétences** individuelles et collectives, des agents. Cette reconnaissance peut se faire lors de l'entretien d'évaluation annuel, mais plus encore, au quotidien, par sa présence et son regard bienveillant sur le travail des professionnels.

Le cadre défend ses équipes, mais il doit avant tout rester juste. Il doit partager ses valeurs, et faire preuve d'équité. Il doit également rester vigilant aux manquements pouvant nuire à la qualité, la sécurité des soins, et aux relations de travail.

Le cadre doit faire preuve d'**exemplarité**, en valorisant et soutenant le travail fait par les équipes d'amont ou d'aval, quand il s'adresse aux professionnels de son service.

Le cadre doit être attentif aux signes que montrent les équipes, et reconnaître les maux du travail en équipe (absentéisme, conflits internes et externes, turn-over important...)

Le cadre ne doit pas hésiter à **impliquer** les différentes parties, pour trouver des solutions, et faire appel à un médiateur extérieur, afin de libérer la parole et d'aplanir certaines situations. Il peut faire appel pour cela, à un psychologue du travail, qui aidera à désamorcer et faire évoluer, des situations potentiellement conflictuelles.

Le parcours de formation individuel peut également contenir des périodes de découverte et d'encadrement dans les autres services du pôle. Les cadres de proximité peuvent définir des périodes d'échanges de professionnels, afin de découvrir les autres services, rencontrer les collègues professionnels, et renforcer leurs connaissances du parcours patient.

#### 5. Contrôler et évaluer les activités

Les décisions de réorganisation des services, décidées lors des groupes de travail pluriprofessionnels, doivent être formalisées par écrites, sous forme de **processus** et de **procédures**.

Ces processus et procédures doivent être, connus de tous et appliqués par les différents services.

La mise en œuvre de ces consignes de travail doit être contrôlée et évaluée régulièrement par les membres de l'équipe.

Le cadre doit mettre en place une politique **d'évaluation des pratiques professionnelles**, en impliquant chaque membre de l'équipe, dans l'évaluation et le réajustement des processus.

#### 6. Conduire une démarche qualité et de gestion des risques

Le cadre doit mobiliser les professionnels, sur la qualité, la sécurité des soins, et l'importance du rôle des équipes, y compris lors des transferts des patients.

Le cadre peut pour cela animer des réflexions d'équipe sur ses pratiques professionnelles et la qualité des transferts proposés aux patients. Il peut impliquer les équipes dans la définition de

**normes de qualité**, le choix des **indicateurs**, les modalités de suivi, et définir avec eux des axes d'amélioration.

Le cadre et les équipes peuvent demander régulièrement **l'avis des patients**, concernant leur séjour, et notamment, le moment du passage entre deux services. Cet avis peut se matérialiser par un questionnaire de satisfaction spécifique, qui aura été rédigé, et qui sera ensuite analysé, ensemble.

La démarche qualité passe aussi par la participation des équipes aux déclarations des **événements indésirables**, ainsi qu'au traitement des plaintes et réclamations.

Le cadre doit encourager les professionnels à déclarer les événements indésirables, même mineurs.

## 7. Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche

La majorité des professionnelles rencontrées étaient d'accord sur le fait, que la formation des professionnels dans d'autres services du pôle, était le meilleur moyen pour créer du lien, de la reconnaissance et favoriser la cohésion entre services.

Le cadre de proximité pourrait envisager de mettre en œuvre un **plan d'action**, permettant aux professionnels, et aux nouveaux embauchés de suivre un parcours de découverte des services d'amont et d'aval, en fonction de son service d'affectation.

Par exemple, dans l'année, des échanges de professionnels entre services pourraient avoir lieu pendant un ou deux mois.

Des objectifs seraient définis, et des indicateurs permettraient d'évaluer, la pertinence de ces formations (meilleures connaissances du suivi des pathologies, qualité de prise en charge des patients augmentée, délai d'attente en diminution, meilleures relations entre services, polyvalence des professionnels...)

Pour que ce projet puisse se développer, il est important de faire appel à des **partenaires** et des personnes-ressources.

La direction des soins, la direction des ressources humaines, la cadre de pôle et les cadres de proximités sont évidemment des personnes incontournables pour qu'un tel projet puisse aboutir. Actuellement, le manque de professionnel dans les services permet à peine aux jeunes embauchées d'être encadrées correctement. Il faudrait donc pouvoir organiser ces remplacements, avec les directions (CDD, pool...), pour que le projet puisse aboutir, et que la plus-value soit démontrée.

C'est un travail d'étude et de recherche qui pourrait être initié, par le cadre, et qui favoriserait une culture d'appartenance à un pôle, et limiterait les guerres de territoire.

## 8. Communiquer, transmettre les informations et rendre compte

Pour favoriser la confiance entre le cadre et les équipes, il est important de faire preuve de transparence, et d'établir une communication efficiente.

Communiquer c'est également rendre compte auprès des équipes, de l'activité du service, le nombre d'entrées, de transferts, d'évènements indésirables... c'est **matérialiser leur travail**. C'est aussi présenter les résultats des questionnaires de satisfaction des patients, mettre en avant les points positifs et la reconnaissance qu'ont les patients de leur travail, mais aussi présenter les points sur lesquels il faudra s'améliorer.

Communiquer c'est également permettre aux professionnels des services de connaître les activités des autres services de leur établissement, avoir une vision large de l'institution. Pour cela, l'établissement doit revoir sa communication, et mettre en place des moyens de diffusion de l'information, adaptés à tous.

Le cadre quant à lui, doit mettre en place des moyens de communication et de diffusion de l'information basés sur la fiabilité et la régularité.

Le rôle du cadre est d'être garant de la qualité et de la sécurité des soins. Par ces connaissances, il peut servir de liens entre les services, mais par ces compétences il peut organiser ces liens, rendre les équipes autonomes, rétablir la confiance, et sécuriser le parcours du patient.

## Les conclusions

Le travail en équipe rêvait de nombreuses facettes, et peut révéler le meilleur, comme le pire de l'être humain. La cohésion d'équipe donne une force aux professionnels leur permettant de franchir des montagnes, mais à l'inverse la pression de l'équipe peut être destructrice, et la mise en évidence des risques psycho-sociaux du travail dans notre société montre bien l'attention que les managers doivent porter à cette vie de groupe.

Le territoire hospitalier, comme tous les autres, suit des règles, crée des organisations, a besoin de limites, et doit remettre en question ses pratiques régulièrement pour pouvoir progresser.

Les nouveaux moyens de communication (E-mails, SMS<sup>70</sup>, réseaux sociaux...) donnent l'impression d'envahir nos sociétés, mais au final la rencontre et les relations, en face à face avec les collègues de travail, ne semblent pas si faciles que ça à instaurer au quotidien. Et la personne silencieuse qui en souffre certainement le plus, c'est le patient.

Ce travail de recherche a permis de répondre à mes interrogations de départ, et d'approfondir mes connaissances sur l'origine des rapports humains. Il m'a permis de mettre en évidence, les causes et des conséquences, que peuvent avoir les relations entre professionnels, et le rôle du cadre dans l'enlèvement, ou la résolution, des difficultés relationnelles entre services.

Dans le titre de mon mémoire, je me demandais s'il existait un trait d'union, dans les relations d'équipes inter-services ?

Je peux dire maintenant qu'il n'en existe pas un, mais plusieurs. Des traits d'unions qui permettent de relier les services et de favoriser la cohésion, la coordination et la confiance (réunions, processus, rencontres, découverte de l'autre...) Le cadre de santé va simplement permettre aux professionnels de les faire émerger, pour que ces traits d'union soient visibles, et vivent au quotidien entre les services.

Ce travail de recherche m'a permis de développer mes compétences de réflexion, et d'élargir mon questionnement sur différents domaines du sujet traité.

J'ai également dû faire preuve d'une grande rigueur dans mon organisation de travail, pour ne pas perdre le fil de mes pensées, et classer soigneusement les nombreux documents que j'ai collectés.

L'analyse faite sur un pôle hospitalier ne me permet pas de donner une réponse formelle ni de généraliser mes préconisations. Les difficultés dans les services, et la saturation des urgences sont bien connues, et de nombreux reportages télévisés nous montrent régulièrement, des files de patients, dans les couloirs, sur des brancards, en attente d'hospitalisation.

Ces difficultés sont multifactorielles, et après avoir étudié les répercussions, qu'elles ont sur les relations interéquipes, et l'implication du cadre dans leurs résolutions, j'aurais envie d'étudier de plus près, la corrélation des temps de travail, entre les médicaux et les paramédicaux des services hospitaliers. En effet à plusieurs reprises, l'adéquation entre les horaires d'organisation des visites des médecins, et leur présence dans le service ont été soulevées, comme un frein dans l'organisation de travail des paramédicaux, avec une répercussion manifeste sur le patient.

Un autre sujet demanderait également à être développé, c'est la plus-value, et la faisabilité réelle d'organiser un parcours d'intégration des professionnels, au niveau d'un pôle.

À titre personnel, j'aurais envie d'en connaître plus sur la sociologie des organisations, et je vais certainement prendre le temps de lire de manière plus approfondie, des auteurs spécialisés.

Les sujets à explorer sont nombreux, et le cadre de santé doit rester aux aguets de la vie des services. Je reprendrai pour conclure, une phrase de Paule BOURRET citée précédemment, qui correspond au sujet que je viens de développer, mais également à ma vision du cadre ;

« *Les cadres réalisent essentiellement un travail de mise en relation, un travail d'articulation* ».

---

<sup>70</sup> Short Message Système, ou Système de Message Succinct

# Bibliographie

## ➤ Livres

BOURRET P. Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible. Edition Seli Arslan, Paris, 2006. 288 pages

KAES R. L'institution et les institutions. Études psychanalytiques. Édition Dunod, Paris 2012 ; 219 pages

MINTZBERG H. Le management au quotidien : les 10 rôles du cadre. Édition d'Organisation. Paris 2006

DESSERPRIT G. Aide-mémoire. Cadre de santé, e, 17 notions. Editions Dunod Paris 2016

## ➤ Chapitres de livre

MARZANO M, « Qu'est-ce que la confiance ? », Études 2010/1 (Tome 412), p. 53-63.

Disponible : <https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-53.htm>  
Consulté le 15/11/2017

DEVILLARD O. Ce qui fait équipe. In. Dynamiques d'équipes. Paris. Édition d'Organisation, troisième édition 2005 . p. 02-44

HAVARD Christelle, « L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : quelles articulations des logiques professionnelles ? », @GRH 2015/3 (n° 16), p. 91-125. DOI 10.3917/grh.153.0091  
<https://www.cairn.info/revue-@grh-2015-3-page-91.htm?1=1&DocId=67247&hits>  
Visité le 18/02/2018

GASSIER J, DE SAINT-SAUVEUR C ; Le guide de la puéricultrice, Édition Masson, 2e édition, Paris 2002 2004, 1080 pages.

## ➤ Périodiques

Le Monde, La vie, Hors- série n°20. Mars 2017. L'histoire de l'homme. Une aventure de 7 millions d'années. Et après ?

- « Notre lignée a montré sa capacité de résilience » Marylène PATOU-MATHIS. Page 20
- « Dans le quotidien des chasseurs-cueilleurs » Sophie A.DE BEAUNE. Page 50
- « Le retour écologique au naturel est illusoire » Jean GUILAINE. Page 70
- « Quand la culture fait germer l'agriculture » Geoffroy DE SAULIEU. Page 72
- « L'élevage, une alliance vitale avec l'animal » Emmanuelle VILA. Page 76
- « La ville et l'état comme un remède au chaos » Pascal BUTTERLIN. Page 78
- « Pourquoi les hommes s'en vont en guerre » Antoine REVERCHON. Page 144
- « Fragment d'un discours sur l'homme malade » Jean Claude NOYE. Page 148

Soins cadres. DESSERPRIT G. Le travail en équipe.. La revue de l'encadrement et de la formation des cadres de santé. Ed Elsevier Masson. n°93 Février 2015

Soins cadre- supplément au n°90. Dynamique d'équipe, du je au nous. Quand exister en équipe et coopérer s'opposent. Willy FALLA Psychologue, analyste de groupe et d'institution. Page S16

Le journal des professionnels de l'enfance. STERN D, DELAGE M, L'attachement, l'importance des premiers liens. Janvier / février 2009, n°56, page 43 à 57.

Revue du cadre soignant. Catherine Chemin-Decazes. Consultante Directrice de Synergie Santé « Qualité : comment la mesurer » n°4 Novembre 2003 Page 15 à 22  
Soins cadre n°92 novembre 2014 « Les leviers et les impacts de la performance collective ». Monique Abad. Manager responsable de projet ANAP page 22 à 25

Soins cadres n°102 mai 2017. « Professionnels de santé et reconnaissance, point de vue sociologique ». François Dubet, Professeur émérite, Faculté de sociologie de Bordeaux. Page 16 à 18

Soins cadres Volume 23 supplément 91S, Août 2014. « Le conflit une opportunité managériale ».

- « L'impact d'un conflit sur la cohésion d'équipe ». Nicole PIERRE-POULET. Page S9
- « Le conflit un paradoxe dans le jeu des interactions ». Carole BELLICAUD. Page S10
- « Médiation : l'efficacité dans le règlement du conflit » Stéphanie BOYER-CAVOIZY. Page S14
- « La résolution d'un conflit dans une unité de soins ». Philippe LE DORTZ, Pascal SOUQUET. Page S16

#### ➤ Documents extraits de sites internet

Cohésion d'équipe

<http://www.equipe-gagnante.com/cohesion-equipe/les-10-cles-dune-cohesion-dequipe-ideale/>  
visité le 03/02/2018

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coh%C3%A9sion/17019> Visité le 03/02/2018

Dynamique de groupe

[http://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/dynamique\\_des\\_groupes\\_1262876103885.pdf](http://lirsa.cnam.fr/medias/fichier/dynamique_des_groupes_1262876103885.pdf) Visité le 03/02/2018

La dynamique des groupes restreints

D Anzieu, JY Martin - 1971 - lirsa.cnam.fr

[http://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1999\\_num\\_17\\_3\\_1468](http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1999_num_17_3_1468)

L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé

D D'Amour, C Sicotte, R Lévy - Sciences sociales et santé, 1999 - persee.fr

<https://books.google.fr/books?isbn=2130737862>

Communication et intelligence collective: Le travail à l'hôpital

Michèle Grosjean, Michèle Lacoste – 2015

Sophie Chauveau, « Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles ? », Les Tribunes de la santé 2011/4 (n° 33), p. 81-89. DOI 10.3917/seve.033.0081 Visité le 10/02/2018



<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2011-4-page-81.htm>

Virginia Henderson

<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html> Visité le 18/02/2018

<https://www.espacesoignant.com/infirmier/ue-4.1-soins-confort-et-de-bien-etre/14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson> Visité le 18/02/2018

A. Maslow

<https://www.manager-go.com/management/theorie-de-maslow.htm> Visité le 18/02/2018

Autonomie

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonome/6777?q=autonome#6749> Visité le 08/03/2018

Pacte. Programme d'amélioration continue du travail en équipe

HAS

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe) Visité le 08/03/2018

Hospimédia

- <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20150527-gestion-des-risques-la-has-veut-davantage-encourager> le travail en équipe pour renforcer la sécurité des patients. Article du 17/05/2015.
- <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180221-qualite-la-has-generalisera-l-amelioration-du-travail>? Article du 21/02/2018

Visité le 08/03/2018

Le « parcours du patient ». HAS

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2743498/fr/6-parcours-du-patient#toc\\_3\\_2](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2743498/fr/6-parcours-du-patient#toc_3_2) Visité le 09/03/2018

Guide thématique des experts-visiteurs

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/parcours\\_patient\\_guide\\_ev\\_v2014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir19/parcours_patient_guide_ev_v2014.pdf)

## ➤ Cours

LETOURNAUX D. Politique de santé. Petite histoire hospitalière. Master des organisations soignantes ECUE 1. 3

OLIVIER Anne. Module 3. Cours du 14 mars 2018. « L'analyse du contenu ».

OLIVIER Anne Module 3. Cours du 11 avril 2018, « Sociologie. Le Sociogramme ». Selon CROZIER et FRIEDBERG

## ➤ Document réglementaire

Diplôme de Cadre de santé.

**Référentiel d'activités et de compétences.**

Ministère des Affaires sociales et de la santé-DGOS. Diplôme de cadre de santé. Référentiels d'activités et de compétences. Document de travail. Travaux du groupe de production CS-décembre 2012. 39 pages.

➤ Vidéo

**Programme PACTE**

Mme Lactitia May-Michelangeli

Chef de service Mission Sécurité du Patient. HAS

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe) Visité le 08/03/2018

➤ Autres mémoires

Fidéliser ! Pourquoi et comment ?

Caroline Coutarel

ESM 2016 – 2017

Co-construire l'avenir Le capital humain ciment du changement

Thierry MBOCK

ESM 2016 – 2017

Le management Entre proximité et distance.

Nicole BOULAY

ESM 2013 – 2014

Le management des processus. Une méthode de gestion des dysfonctionnements aux interfaces.

Joëlle ROUET

ENSP 2006. Directeur de soins

## Table des annexes

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

ANNEXE 2 : Entretien n° 1. Cadre de santé de pédiatrie, chirurgie pédiatrique et hôpital de jour.

ANNEXE 3 : Entretien n°5. Auxiliaire de puériculture en maternité, suites de couches physiologiques

ANNEXE 4 : Entretien n°7. Infirmière aux urgences pédiatriques.

## Guide d'entretien

Bonjour,

Je vous remercie de me recevoir, de m'accorder un peu de votre temps et de bien vouloir répondre à quelques questions. Le sujet de mon mémoire d'école de cadre porte sur « les relations qui existent entre les différents services ».

Cet entretien est anonyme.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je veux juste que vous me parliez de votre quotidien.

M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien ?

Je vais également prendre quelques notes pendant notre rencontre.

Avez-vous des questions avant qu'on commence ?

### ➤ Objectifs :

Questionner les professionnels sur l'organisation et les missions de leur service.

1. Pouvez-vous vous présenter ?

2. Pouvez-vous me raconter votre service ?

### ➤ Objectifs :

Connaître et relier entre eux les services transversaux qui collaborent dans le parcours patient.

3. Avec quels autres services les patients sont-ils en relation ?

### ➤ Objectifs :

Évaluer le type de relations que les professionnels des services ont entre eux.

4. Qu'auriez-vous à me dire concernant les relations entre ces services ?

5. Que pensez-vous des informations qui vous sont transmises par les autres services ?

### ➤ Objectifs :

Découvrir les moyens mis en place pour favoriser les relations entre services et au sein du pôle.

6. Quelle est l'organisation mise en place pour faciliter les relations des professionnels entre services ?

7. En tant que cadre, êtes-vous souvent sollicité par les professionnels de votre service, concernant des problématiques interservices.

En tant que qu'infirmière, sollicitez-vous souvent votre cadre, concernant des problématiques interservices.

8. Avez-vous des relations privilégiées avec certains services du pôle ?

➤ **Objectifs :**

Mesurer l'implication institutionnelle, dans l'établissement des liens entre services.

9. **Comment s'organise l'accueil des nouveaux professionnels dans l'établissement ?**
10. **Que pourriez-vous me dire concernant la mobilité, l'absentéisme du personnel ?**
11. **Comment s'organise la diffusion de l'information au sein de l'établissement ?**

➤ **En conclusion**

12. **Si je vous dis : « qualité des soins et relations entre les services ».  
Qu'auriez-vous à me dire ?**

## Guide d'entretien

Entretien	1	Cadre	Pédiatrie	17/04 /18	34 minutes
-----------	---	-------	-----------	-----------	------------

➤ **Objectifs :**

Questionner les professionnels sur l'organisation et les missions de leur service.

**1. Pouvez-vous vous présenter ?**

Cadre en pédiatrie, en chirurgie enfant, est à l'hôpital de jour depuis 13 ans, puéricultrice de formation, j'ai fait 20 ans de néonate.

**2. Pouvez-vous me raconter votre service ?**

0min36

Déménagement dans un nouveau bâtiment depuis 4 ans, du coup on a dû revoir toutes nos organisations de service.

En pédiatrie là actuellement on a 30 lits, dont 4 lits de surveillance continue, avec huit chambres doubles, ce qui reste encore un problème au point de vue des organisations. Il y a un secteur qui est dédié aux adolescents, mais on a parfois du mal à le respecter en fonction des besoins du service. On reçoit de la pathologie médicale générale, infection, respiratoire. On accueille les enfants à partir de 3 mois, parfois des plus petits l'hiver en fonction des besoins, et on va jusqu'à 18 ans.

CD: au niveau des locaux, salle de repos...

Oui, chaque service à sa salle de repos pour les professionnels, et en pédiatrie il y a aussi une salle de détente pour les familles.

➤ **Objectifs :**

Connaître et relier entre eux les services transversaux qui collaborent dans le parcours patient.

**3. Avec quels autres services les patients sont-ils en relation ?**

03min04

On travaille principalement avec les urgences, car tous les enfants hospitalisés arrivent par les urgences, il y a très peu d'hospitalisations programmées. On travaille avec le service de chirurgie enfant qui est sur le même étage, mais sur l'autre ailes. On travaille avec l'hôpital de jour, avec tous les services du plateau technique, les labos la radio, et puis aussi quand ils ont besoin d'examen dans des spécialités, ophtalmo, ORL où d'autres avis médicaux.

➤ **Objectifs :**

Évaluer le type de relations que les professionnels des services ont entre eux.

**4. Qu'auriez-vous à me dire concernant les relations entre ces services ?**

04min02

Ehh (Hésitation), dans l'ensemble ça se passe bien. Avec le plateau technique quand ce sont des examens demandés pour des enfants en règle générale ils les font assez tôt, il n'y a pas trop de délais d'attente. Il y a un système de garçons qui viennent chercher les enfants avec les familles et ça ne se passe pas trop mal.

Concernant la chirurgie, en ce moment il n'y a pas assez de place donc ce sont les équipes de pédiatrie qui prennent en charge les enfants. Les équipes sont polyvalentes elles savent faire de la pédiatrie donc il n'y a pas de problèmes, ça tourne, on peut se permettre éventuellement l'hiver que la chirurgie accueille de la médecine s'il y a besoin, et vice et versa s'il y a besoin de place en chirurgie. CD: les équipes sont fixes entre la chirurgie et la pédiatrie ?

Oui, il peut y avoir des échanges, mais j'ai essayé de laisser une équipe fixe en chirurgie, mais en fonction des plannings elles peuvent changer de service. L'été au moment de regroupement je fais

en sorte que les filles qui connaissent bien la chirurgie forment celle de pédiatrie pendant l'été, on fait un échange de formation à ce moment-là. En ce moment on fait un essai de laisser des équipes fixes, pendant 6 mois, puis ensuite on va essayer de faire tourner et de changer les équipes assez régulièrement pour qu'elles puissent continuer à avoir certaines compétences.

Concernant les relations avec les urgences c'est peut-être un peu plus compliqué, car on est souvent limité en fonction du nombre de places, pour pouvoir absorber les urgences. On n'a pas toujours la place qui correspond aux besoins de l'enfant, donc ça nécessite de faire des déménagements. Qui dit déménagement, demande à ce qu'il y ait des sorties de faites, et pour que les sorties puissent se faire il faut que la visite des médecins soit faite, et donc tout ça, c'est un peu difficile à organiser. Parce que les visites médicales ne commencent pas avant 10h du matin.

Ce qui est compliqué c'est que j'ai 30 lits dont 4 chambres unité de surveillance continue, et quelquefois j'ai du mal à mettre les enfants dans ces chambres-là, parce qu'elles ont déjà été prises faute de place, mais j'ai 8 autres lits qui sont scopés et reliés à la centrale, donc je peux les mettre dans d'autres chambres qui se trouvent autour de la salle de soins. La difficulté quand il y a un enfant qui vient des urgences, c'est de lui trouver le lit qui lui convient. Est-ce qu'il doit être isolé ? Donc il y a 9 chambres dans le secteur isolé. Si c'est un adolescent, on essaie de le mettre dans le secteur adolescent. Si c'est un enfant qui a besoin de surveillance continue, il lui faut une chambre scopée, et c'est là notre difficulté, car quelquefois les chambres ne sont pas disponibles. Ça oblige à faire des sorties, à nettoyer la chambre, refaire la chambre, pour pouvoir accueillir l'enfant des urgences. Donc c'est une grosse difficulté qui existe entre les urgences et le service de pédiatrie, car forcément quand en bas c'est embolisé, il faudrait qu'on puisse les monter plus vite, ce qui est source de conflits entre le personnel.

CD:aux urgences est-ce qu'elles se rendent compte du travail qu'il y a dans le service ?

Aux urgences il y en a quelques-unes qui ont travaillé dans le service, mais très peu. Elles ont du mal à comprendre que quand elles sont en période de soins, elles font les soins et elles ne peuvent pas en même temps faire les sorties, elles essaient d'en faire, mais il faut faire en même temps la visite le matin de tous les enfants, c'est vrai que c'est un peu difficile de faire en même temps, les soins, les sorties, les entrées.

Concernant les enfants en salle de déchocage, on essaie de les monter le plus vite possible pour libérer la salle de déchocage aux urgences. Mais ça demande une adaptabilité qui n'est pas forcément facile tous les jours.

## **5. Que pensez-vous des informations qui vous sont transmises par les autres services ?**

9min46

Les infos venant des urgences, il y a un dossier qui est imprimé depuis leur logiciel Résurgences, avec leur pathologie. On a toutes les informations concernant l'hospitalisation et ce qui a été fait au niveau paramédical. Alors ce qui manque quelquefois et qui n'est pas toujours facile, c'est que la fille qui monte l'enfant des urgences n'a pas toutes les informations et ne connaît pas forcément l'enfant, et lors des transmissions orales il y a parfois des difficultés, car ce n'est pas forcément simple. Ils viennent avec un enfant un dossier et ne peuvent pas forcément répondre à certaines questions que les filles leur posent. Alors en principe elles s'appellent entre elles pour se donner des informations par téléphone, mais ce n'est pas toujours évident, car parfois ce n'est pas forcément l'infirmière qui va s'occuper de l'enfant qui est disponible pour répondre au téléphone. Et là, je pense qu'il y a un travail qui devrait être refait au niveau de la communication. Parce que ce n'est pas forcément très simple, et elles sont obligées de rappeler les urgences parce qu'elles ont un doute sur un traitement. Est-ce qu'il a été fait ou pas fait ? Le problème c'est qu'il n'y a pas non plus les mêmes logiciels entre les urgences et le service d'hospitalisation, et ça c'est vrai que c'est un peu compliqué pour l'instant. Les enfants venant des urgences sont enregistrés sur le logiciel Résurgences et nous nous avons le logiciel Pharma. Ils essaient de les mettre directement sur Pharma pour qu'on puisse avoir les traitements, mais ce n'est pas toujours fait en systématique. Par contre les enfants qui sont aux portes UHCD, eux sont mis directement sur Pharma. Par contre concernant les enfants venant des urgences qui attendent dans les couloirs eux n'ont pas de prescriptions sur Pharma ils ont des prescriptions sur des feuilles papier, et c'est là que ça pêche un peu dans notre système.

CD: est-ce qu'il y a une feuille de transmission infirmière entre les urgences et des services ?  
Normalement, elles font leur feuille de transmission avec les anciens dossiers papier, mais quelquefois ce n'est pas fait, quelquefois c'est quand même noté ce qu'elles ont fait, et les infirmières quand elles avaient enregistré l'enfant sur Pharma elles doivent renoter ce qui a été fait par les filles des urgences. Et là, ce n'est pas toujours très simple, il faut qu'elles revérifient, car elles ne peuvent pas valider un soin alors que ce n'est pas elles qui l'ont fait. Donc là c'est vrai, il y a encore des passerelles qui nous manquent, car c'est nouveau ça vient de se mettre en place.

### ➤ Objectifs :

Découvrir les moyens mis en place pour favoriser les relations entre services et au sein du pôle.

## 6. **Quelle est l'organisation mise en place pour faciliter les relations des professionnels entre services ?**

14min18

Les services annexes comme la consultation, la radio, ils ont déjà leur organisation en interne. Il y a des garçons d'étages qui viennent chercher les enfants.

Entre nous il y a beaucoup de communication par téléphone, des informations papier, le logiciel Pharma, et puis s'il manque des informations ils viennent chercher les informations il y a pas de problème.

CD: est-ce qu'il y a des réunions entre équipes, des groupes de travail ?

On a fait des réunions de service. On a aussi fait quelquefois des réunions avec les urgences pour essayer de pointer les difficultés et de voir où on pourrait s'améliorer. Et on se rend compte que c'est toujours les mêmes points de difficultés qui reviennent, et on a du mal à trouver des solutions il faut être réaliste ! Et avec les autres services, on a très très peu de réunions en fait. On est un peu tributaire de l'organisation des autres services. Et c'est un peu ça le problème. Même les examens selon l'heure à laquelle on les a, c'est un peu compliqué. C'est pas la même chose de descendre un enfant au scanner à 18h le soir ou à 9h le matin. Des fois c'est notre personnel qui est obligé de faire le transport parce qu'il n'y a personne, il n'y a pas de garçons pas de brancardiers.

CD: les infirmières ont-elles une adresse mail ?

Oui oui elles ont une adresse

CD: est-ce que vous savez si elles y vont ?

Oui oui elles y vont parce que parfois ils ont besoin d'autorisation d'opérer, des choses comme ça

## 7. **En tant que cadre, êtes-vous souvent sollicité par les professionnels de votre service, concernant des problématiques interservices.**

17min20

Ça dépend des moments c'est très variable, quelquefois oui et puis des fois pas du tout. On essaie de régler au mieux en fonction des difficultés. Majoritairement c'est avec les urgences parce que c'est avec eux qu'on travaille le plus. Et c'est pas toujours évident.

## 8. **Avez-vous des relations privilégiées avec certains services du pôle ?**

18min

(long silence). Avec le service de chirurgie enfant par exemple, on accueille parfois des mamans de la maternité. Donc avec la maternité on a fait un cahier de protocole commun pour pouvoir accueillir les mamans quand elles ont besoin de place. Globalement ce n'est pas trop mal on se débrouille pas trop mal pour les aider.

Entre la pédiatrie et la chirurgie, je n'ai pas trop de difficultés parce que comme c'est le même personnel, elles connaissent et entre elles, elles font des choses.

Les services enfants restent quand même à part des autres services adultes, donc je n'ai pas beaucoup de contacts. Peut-être un peu avec les urgences adultes, car quand il y a des parents qui arrivent avec des enfants, il faut parfois garder les enfants, ou une personne mineure qui est mal orienté, mais on ne peut pas dire qu'on ait beaucoup de contact avec les autres services, parce qu'on a pas les mêmes logiques.

CD: et le cahier de protocole avec la maternité vous l'avez fait avec les cadres, les infirmières, avec qui ?



En fait ce sont les sages-femmes qui ont fait tout un classeur de prise en charge pour savoir ce qu'il fallait faire en surveillance pour la maman et pour le bébé à J1 J-2 J3. Il y a le listing des numéros de téléphone en cas de besoin. Ça, c'est quelque chose qui marche bien.

CD: et du coup ça a amélioré les relations ?

Oui et les sages-femmes sont disponibles s'il y a quelque chose, elles sont appelées et viennent tout de suite. Ça marche plutôt bien.

### ➤ Objectifs :

Mesurer l'implication institutionnelle, dans l'établissement des liens entre services.

## 9. Comment s'organise l'accueil des nouveaux professionnels dans l'établissement ?

20min46

Elles sont intégrées directement dans nos services. Quand elles doivent travailler la nuit, elle reste en formation de 2 - 3 semaines de jour, ensuite elle passe de nuit où elles sont encore en formation pendant 2 semaines. Généralement, elles sont en formation pendant 1 mois. On fait la même chose pour les filles qui arrivent de jour. Elles vont se former directement dans les services, il n'y a pas de présentation de l'hôpital de l'institution.

CD: Est-ce que pendant leur formation elles vont aussi voir les autres services du pôle ?

Au départ elles sont formées sur leur service, et ensuite je profite des périodes de regroupement pour pouvoir les former sur des pathologies qu'elles ne connaissent pas quand elle change de service en fait. C'est un peu l'avantage que j'ai pendant les deux mois d'été. Comme ça l'hiver prochain elles pourront aller travailler en chirurgie, car la difficulté c'est qu'en chirurgie il n'y a qu'une infirmière et une auxiliaire et donc on ne peut pas mettre une infirmière qui ne connaît pas le service. En pédiatrie c'est plus facile parce qu'elles sont toujours en moyenne 4 donc il y a toujours au moins 3 anciennes qui sont là.

## 10. Que pourriez-vous me dire concernant la mobilité, l'absentéisme du personnel ?

23min40

Alors j'ai cru comprendre que l'absentéisme en général avait pas mal augmenté. On ne sait pas trop à quoi c'est dû. Je pense que depuis qu'on est passé en 12h, les équipes de nuit disent que c'est plus fatigant. Et du coup la fatigabilité de nuit fait qu'il y aurait plus d'arrêts, mais je ne sais pas trop. Moi cette année, la journée j'ai eu quelques arrêts, mais du aux enfants malades, quelques arrêts et ponctuels, pas très prévisible. Donc on s'organise un peu en dégradé, car c'est pas évident le matin même de trouver du monde, donc on fait comme on peut. Dans l'ensemble les filles elles râlent, mais elles se réadaptent elles sont assez solidaires entre elles. Quand on peut prévoir, elles se rappellent pour s'organiser. Mais c'est vrai que c'est un vrai sujet l'absentéisme et c'est compliqué. Car on ne peut pas toujours aider dans les autres services quand on n'a pas les compétences.

Concernant la mobilité ce sont parfois des mutations des déménagements. Il y en a aussi qui en ont marre pour des raisons familiales j'essaie de travailler moins les weekends, avec des horaires plus simples. Mais malgré tout je garde pas mal de filles qui s'adaptent avec un roulement en 12h. Avec les avantages et les inconvénients que ça comporte.

## 11. Comment s'organise la diffusion de l'information au sein de l'établissement ?

### Entretien audio (suite dans l'après-midi)

Il y a des notes d'informations qu'on affiche dans les services. Elles arrivent des différentes directions, DRH, DSSI, économa... Les notes arrivent par mail et on les affiche.

CD: est-ce qu'il y a un journal sur l'hôpital ?

Oui, il y a le "diapason" qui est diffusé tous les mois ou tous les deux mois je ne sais plus ?

Accroché avec nos feuilles de paie il y a aussi souvent des notes d'information sur des sujets un peu variés. Là dernièrement il y avait par exemple, la certification, ou alors ce qu'il prévoit comme animation sur l'hôpital, les tournois les tombolas, ce qu'ont organisé les associations... Je sais que diapason est aussi envoyé à tous les médecins de l'extérieur, les PMI, les prestataires.

Il existe des associations sur l'hôpital qui organisent du sport, du yoga, du tournoi avec des tarifs préférentiels.

Diapason existe sous version papier et sous version informatique. Il y a parfois un article sur un nouveau service qui vient d'ouvrir, il y a eu par exemple un article sur l'arrivée des clowns dans notre service. C'est nous aussi qui pouvons proposer des sujets, et également l'arrivée de nouveau professionnel, les départs en retraite...

CD: est-ce qu'il y a un endroit où parfois la direction fait une réunion pour tout le personnel ?

Oui, il y a deux salles possibles, mais ça ne contient pas beaucoup de personnes. Parfois il peut y avoir des réunions dans le hall comme par exemple pour les vœux du directeur, mais en fait ça ne se fait presque pas.

## ➤ En conclusion

12. Si je vous dis « qualité des soins et relation entre les services ». Qu'auriez-vous à me dire.

04min28

Moi je suis un peu ancienne ici donc je connais pas mal de monde, je prends mon téléphone et j'appelle directement.

Concernant les infirmières et les auxiliaires, l'idéal il faudrait que les gens puissent venir voir comment on est organisé pour comprendre. Qu'on fasse des échanges d'un service à un autre. Je l'avais un peu imaginé, mais la faisabilité est un peu complexe à organiser.

À une époque on faisait des échanges entre services pendant 2 mois et ça fonctionnait bien. Ça leur permettait de comprendre un peu certaines organisations parce qu'on a pas du tout les mêmes organisations d'un service à un autre, et c'est ça qui est un peu difficile.

Les filles ont toujours l'impression qu'il n'y a qu'elles qui travaillent. Le travail il est réparti sur 12h donc il peut être intense à certains moments et pas à d'autres. Et ça, elles ont du mal à comprendre donc peut-être que le fait d'aller voir ailleurs ça pourrait les aider.

Ça leur permettrait de mieux connaître les pathologies, et les spécificités de la néonatalité, de la pédiatrie... Elles ne connaissent pas trop l'organisation des urgences, donc ce serait important qu'elles y aillent et d'approfondir leurs connaissances. Car aux urgences elles reçoivent les enfants, elles font les premiers soins, mais elles ne maîtrisent pas bien toutes les pathologies.

Je pense qu'il y aurait tout à gagner en faisant des échanges comme ça !

Il y aurait moins de friction entre elles, elles seraient plus tolérantes et auraient une meilleure connaissance du suivi de l'enfant.

## Guide d'entretien

Entretien	5	Auxiliaire de puériculture	de Suites de Couches Physiologique	18/04/18	22 minutes
-----------	---	----------------------------	------------------------------------	----------	------------

➤ **Objectifs :**

Questionner les professionnels sur l'organisation et les missions de leur service.

**1. Pouvez-vous vous présenter ?**

Je suis Auxiliaire de puériculture en maternité depuis 3 ans.

Avant j'étais aide-soignante en orthopédie pendant 7 ans. Je ne me voyais pas faire carrière en orthopédie, car c'est un service très lourd et je commençais à avoir les tendinites. Du coup j'ai demandé à faire la formation de 6 mois pour être auxiliaire de puériculture. J'ai eu mon diplôme et j'ai attendu deux ans pour avoir une place en maternité quand même ! Et en attendant, je suis retourné en ortho.

**2. Pouvez-vous me raconter votre service ?**

1min04

Pour la journée il y a 2 sages-femmes, 3 auxiliaires, et une Ash. Nous, on arrive à 6h45 pour les transmissions avec l'équipe de nuit, et les sages-femmes commencent à 8h.

On prend les transmissions, on répond aux sonnettes ensuite on sert le petit-déjeuner le matin vers 8h, en même temps que les Flash pour connaître le taux de bilirubine des enfants ça nous évite de repasser plusieurs fois. Pendant ce temps les sages-femmes arrivent et font leurs transmissions.

On essaie ensuite de voir avec quelle sage-femme on va travailler parce que comme on n'a pas fait les transmissions ensemble on ne connaît pas les mamans. On maîtrise bébé, mais on ne maîtrise pas maman. Et on signale aux sages-femmes les mamans qu'on a vues le matin et qui nous semblent à revoir. Ensuite on fait les soins, on commence par faire les sorties, ça, c'est le plus urgent, les sorties sont faites le matin généralement. Si l'enfant a été vu par le pédiatre, et la maman par la sage-femme alors ils peuvent sortir tôt. Et en même temps, ça dépend des sages-femmes parce qu'il y en a certaines qui voient les sortants en premier et d'autres qui préfèrent voir les nouvelles accouchées en premier.

Généralement vers 13h on a fini les soins. Ici on ne sert pas les mamans en chambre pour le déjeuner et le dîner. À partir de J 1, c'est elles même qui vont se servir. Elles vont chercher leur plateau en salle à manger. Il y a un chariot à disposition avec tous les plateaux, les numéros des chambres et les noms. Elles le font chauffer au micro-ondes, car ici on n'a pas de chariot chauffant. Alors qu'au deuxième étage elles en ont un, mais pas ici. C'est un libre-service c'est pour ça qu'on a une salle à manger. Certaines sont d'accord, mais d'autres ne sont pas contentes. Certaines sont contentes de sortir de la chambre et de rencontrer d'autres mamans, mais d'autres ne veulent pas. Mais c'est aussi en fonction de l'état de nos mamans. Quand je vois des mamans trop fatiguées, je ne veux pas qu'elle nous fasse un malaise dans le couloir, alors je lui apporte le plateau dans sa chambre le midi, et le soir ça ira mieux.

L'après-midi on continue les sorties, on surveille les mamans, on aide pour les allaitements on donne des conseils.

➤ **Objectifs :**

Connaître et relier entre eux les services transversaux qui collaborent dans le parcours patient.

**3. Avec quels autres services les patients sont-ils en relation ?**

8min18

Avec la salle de naissance parce que quand les mamans arrivent certaines passent par ici avant de monter en salle. Elles arrivent par les urgences, elles ont rompu, et en attendant on les installe déjà en chambre. Les sages-femmes viennent, et quand elles sont prêtes à accoucher, elles montent en salle de naissance. Après l'accouchement si tout va bien, elles redescendent dans le service, sinon elles vont dans le service des suites de couches pathologiques.

Parfois, on amène aussi les enfants en néonatalogie, ou à l'unité kangourou avec la mère. Là, par exemple, on a une maman qui fait malaise sur malaise donc ce n'est pas le service adapté, on va sûrement la transférer en suite de couches pathos par sécurité.

➤ **Objectifs :**

Évaluer le type de relations que les professionnels des services ont entre eux.

**4. Qu'auriez-vous à me dire concernant les relations entre ces services ?**

10min06

Ça se passe bien les relations. On a les transmissions qu'il faut quand ils nous descendent une maman qui vient d'accoucher. Avant de descendre le bébé, ils nous appellent au téléphone, ils nous font les transmissions, ils descendent le bébé, ils l'installent. Si on sait que le bébé n'a pas été mis au sein en salle de naissance, on le met vite au sein.

CD: comment vous faites quand vous savez qu'il y a beaucoup de mamans qui attendent en salle pour redescendre, et qu'il n'y a pas de place ?

Et bien elles sont obligées d'attendre, on ne va pas superposer les mamans (rire). C'est pour ça le matin on se dépêche on essaie d'organiser les sorties. Les sages-femmes sont en relation avec la salle, et elles nous font les transmissions. On leur demande comment est la salle aujourd'hui. Est-ce qu'elle est pleine ou pas ? Déjà on prend la température. On sait si on doit vite faire sortir les mamans. Les sages-femmes se dépêchent les auxiliaires se dépêchent et nous avant d'aller manger le midi quand on a fini les soins au fait déjà quelques chambres de sortie avant de nous poser, on anticipe beaucoup.

**5. Que pensez-vous des informations qui vous sont transmises par les autres services ?**

12min14

Les informations sont normales elles sont exactes. Quand la salle de naissance nous donne des informations, on ne se pose pas de questions, on sait que ce qu'ils nous disent, c'est ce qui est.

➤ **Objectifs :**

Découvrir les moyens mis en place pour favoriser les relations entre services et au sein du pôle.

**6. Quelle est l'organisation mise en place pour faciliter les relations des professionnels entre services ?**

12min50

Certaines personnes connaissent le bloc moi je n'y suis allé qu'une fois. La cadre essaie de faire en sorte qu'on aille au bloc, mais ça, ça marche plus pour les nouvelles, parce que nous les anciennes, on a essayé de le faire, mais ça n'a pas marché, parce que les anciennes anciennes, elles n'ont pas voulu changer de service en fait. Au départ il fallait qu'ont tournent, salle de naissance R2 R3, mais bon ça n'a pas marché parce que c'était toujours les mêmes qui tournaient, et les autres ne voulaient jamais bouger. Du coup maintenant ils sont en train de le remettre en place avec toutes les nouvelles. Toutes celles qui viennent d'arriver elles font les trois services. Elles sont aptes pour faire les trois services. Du coup quand il manque quelqu'un à un étage on peut prendre l'une d'elles.

CD: Est-ce qu'il y a des réunions avec les auxiliaires du bloc ?

Non. Mais en salle de naissance c'est des aides-soignantes. Mais maintenant ça se mélange un petit peu. Normalement au bloc ce ne sont que des aides-soignantes. Mais maintenant ils recrutent la double compétence pour justement qu'elles puissent bouger.

Mais non, il n'y a jamais de réunion entre nous.

CD: et dans votre service ?

Parfois il y a des réunions, mais ce n'est pas régulier. C'est quand il y a des problèmes ou des soucis de planning.

**7. En tant qu'AP sollicitez-vous souvent votre cadre, concernant des problématiques interservices.**

15min24

Oui oui souvent ça arrive qu'on appelle la cadre pour dire “ on ne comprend pas depuis ce matin ils nous ont descendus trois, quatre bébés et personne n'a encore tété, qu'est-ce qu'il arrive”. Et parfois c'est la salle de naissance qui râle parce qu'elles redescendent une maman, et le lit n'a pas été refait donc elles ne sont pas contentes. Mais depuis on fait attention et on va voir toutes les chambres.

**8. Avez-vous des relations privilégiées avec certains services du pôle ?**

16min58

Avec les deux, la salle de naissance et les suites pathos, mais c'est mieux avec les suites pathos parce que le travail est presque le même. Il y a plus d'aide entre les deux. C'est le même travail alors qu'au bloc c'est vraiment un travail différent il faut être formé. C'est pour ça moi je n'ai pas aimé la salle parce qu'on m'a envoyé une fois en salle, sans être formée et en fait j'étais un boulet, je les suivais, mais je ne savais pas quoi faire. Je l'ai dit à la cadre et elle m'a dit qu'il fallait au moins 6 mois pour être formé au bloc.

➤ **Objectifs :**

Mesurer l'implication institutionnelle, dans l'établissement des liens entre services.

**9. Comment s'organise l'accueil des nouveaux professionnels dans l'établissement ?**

18min26

On nous fait visiter le service. Moi je n'ai pas été encadré. Heureusement que je suis arrivé la veille voir comment ça se passe. Pour travailler le lendemain, car moi je sortais de congé mater, et j'ai été lancé comme ça. Ça s'est bien passé parce que je connaissais déjà le milieu. Mais celles qui arrivent elles sont encadrées au minimum une semaine.

**10. Que pourriez-vous me dire concernant la mobilité, l'absentéisme du personnel ?**

19min24

Moi l'absentéisme j'ai pas trop connu l'an passé on a eu de gros arrêts. Mais généralement on n'a pas trop d'absentéisme. On essaie de changer entre nous justement pour éviter les arrêts on anticipe. On s'appelle on essaie de changer entre nous.

**11. Comment s'organise la diffusion de l'information au sein de l'établissement ?**

20min04

Généralement ça passe par les cadres. C'est les cadres qui nous informent, ils nous mettent les notes de service, ou il nous informe oralement.

CD: vous avez une adresse mail dans le service ?

La cadre elle a son adresse, mais nous non pas dans le service.

CD: et l'affichage des notes de service vous en pensez quoi ?

On n'est pas bien informé pas du tout. On passe à côté de beaucoup de choses. Ou alors on va s'informer on discute entre collègues. Certaines vont s'informer au syndicat. Mais en général on n'est pas informé de grand-chose (rire).

CD: est-ce qu'il existe un journal de l'hôpital ?

Oh ça fait longtemps ! Je sais que ça existe, mais ça fait longtemps qu'on l'a pas vu.

## ➤ En conclusion

12. Si je vous dis « qualité des soins et relation entre les services ». Qu'auriez-vous à me dire.

21min44

La qualité des soins je trouve qu'elle est bonne. Franchement, on prend très bien soin du couple mère-enfant en maternité. Généralement les mamans sont satisfaites.

## Guide d'entretien

Entretien	7	Infirmière	Urgences pédiatriques	19/04/18	41 minutes
-----------	---	------------	-----------------------	----------	------------

➤ **Objectifs :**

Questionner les professionnels sur l'organisation et les missions de leur service.

**1. Pouvez-vous vous présenter ?**

Infirmière en pédiatrie depuis 12 ans sur l'hôpital. J'ai fait 5 ans de pédiatrie 3 mois de néonatalogie avant de pouvoir intégrer le service des urgences pédiatriques, puisque c'était le protocole quand on était jeune diplômé avant de pouvoir venir travailler aux urgences.

Ça fait 6 ans que je suis aux urgences. Moi j'ai toujours souhaité travailler aux urgences.

**2. Pouvez-vous me raconter votre service ?**

1min04

Urgences beaucoup plus grandes que celle qu'on avait avant. Au fur et à mesure on a ouvert des unités on a commencé par la médecine ensuite on a fait de la chirurgie 1 an après, et depuis 2 ans on a ouvert l'unité d'hospitalisation de courte durée. C'est un service très actif, il y a quatre infirmières par jour et 3 auxiliaires. Un médecin il y a deux internes le matin et deux chefs, un pour l'UHCD et un pour la médecine, et également un chirurgien orthopédiste qui gère les spécialités. Le service est divisé en plusieurs secteurs, l'accueil, l'IAO, la médecine, la chirurgie avec toujours une infirmière et une AP en binôme, et une infirmière à l'UHCD.

➤ **Objectifs :**

Connaître et relier entre eux les services transversaux qui collaborent dans le parcours patient.

**3. Avec quels autres services les patients sont-ils en relation ?**

2min34

On travaille avec les spécialités l'ophtalmo l'ORL la chirurgie maxillo-faciale ce sont des chirurgiens et des médecins adultes qui viennent de s'occuper de nos enfants. Sinon nous travaillons principalement avec le service de pédiatrie, de chirurgie et les nourrissons.

➤ **Objectifs :**

Évaluer le type de relations que les professionnels des services ont entre eux.

**4. Qu'auriez-vous à me dire concernant les relations entre ces services ?**

3min06

En fait il y a deux organisations il y a l'avant et ce qu'on vit maintenant. Avant on était tous sur le même palier, les urgences la pédiatrie et la néonatalogie, ça veut dire qu'on avait moins de problèmes ça rentrait beaucoup plus vite. Comme on était moins nombreuses aux urgences, je pense que les soins étaient faits plus vite dans les services, et l'organisation médicale est différente d'avant parce qu'on a changé de chef. Avant la visite commençait beaucoup plus tôt en pédiatrie. Je ne comprends pas qu'il n'ait pas encore compris que c'est un problème. Avant la visite commençait à 10h, maintenant elle ne commence pas avant 11h et aux urgences c'est à partir de 11h. Il faut savoir aux urgences ça commence vers 11h les hospitalisations et c'est toujours comme ça il faut le savoir ! Mais du coup dans les services les chambres ne sont pas faites, les sortants ne sont pas faits. Avant les sortants étaient faits au moment de la visite ça veut dire que les médecins donnaient les papiers tout de suite. Actuellement, ils ne le font plus. Ils font la visite, et ils font leurs papiers de sortie après de qui prend un temps fou. Il y a aussi autre chose, c'est vrai qu'on a augmenté le nombre de passages, avant on était à 60 passages on fait 150 passages maintenant. Mais je pense qu'il y a une organisation aussi qui fait que ça bloque. Avant on était sur le même palier donc on emmenait l'enfant directement maintenant on perd du temps à appeler, on perd du temps à négocier une chambre, on perd du temps parce que ce n'est pas fini. Et forcément les hospitalisations se

font à 18h alors qu'à 11h, nous on est déjà actif et les enfants peuvent rester quatre cinq six heure en bas. Alors qu'on perfuse ceux qu'on peut perfuser, mais on ne perfuse pas dans les couloirs donc il faut qu'on installe l'enfant dans une pièce, nous on bloque une pièce et ça désorganise tout le monde. Et donc un tout petit truc peut désorganiser tout un service complet et forcément tout un service à l'étage. Je pense que de ce côté-là on a des progrès à faire. Alors parfois il y a des chambres libres, mais comme c'est des chambres doubles on ne peut pas mélanger les pathologies on peut pas mettre une gastro à côté d'une gêne respiratoire, et donc on est bloqué. Il pourrait aussi anticiper et ne pas attendre pour regrouper les enfants dans une même chambre. En période d'épidémie, il faut apprendre à regrouper tout de suite. L'organisation dans les services est revue, et les visites faites plutôt nous on aurait moins de problèmes d'hospitalisation et de monter un enfant plus rapidement, et c'est ce qu'on essaie de leur faire comprendre. Et pourtant aux urgences ont fait beaucoup plus de soins qu'avant, maintenant on technique plus en bas, on pose la perfusion, pose l'insuline, on fait son bilan, quand l'enfant monte, il n'y a plus rien à faire. C'est vrai que c'est beaucoup plus compliqué en pédiatrie, on a moins de complications avec la néonate, eux commencent aussi la visite beaucoup plus tôt. En chirurgie pédiatrique aussi la visite commence à 9h et là il n'y a pas de problème les sortants sont faits à midi. Il n'y a pas de mystère c'est une visite qui fait tout. Et en néonate comme il y a moins d'enfants et bien la visite est faite plus vite. Après en pédiatrie c'est vrai ils ont beaucoup de travail, ils ont 20-30 enfants à voir. Et comme toutes les pathologies sont mélangées, ils passent de la psy aux convulsions, ils ont des patients lourds, mais avant c'était la même chose. Et pourtant avant on était deux infirmières pour assurer 24 enfants, maintenant elles sont quatre infirmières et je pense qu'il y a un problème d'organisation. Avant il y avait deux couloirs et chaque médecin prenait un couloir on ne se mélangeait pas. Maintenant chaque médecin s'occupe de ses patients, et ils passent d'un couloir à l'autre et c'est une perte de temps incroyable. Les médecins ne sont pas sectorisés comme avant. Ils devraient d'abord voir les urgences, puis les patients de l'unité de surveillance continue, on fait partir ceux-là en premier parce que c'est ces chambres-là, dont on aura besoin nous aux urgences, et on fait ensuite la suite.

## **5. Que pensez-vous des informations qui vous sont transmises par les autres services ?**

9min36

On est énervé moi je suis toujours énervé ! C'est récurrent on entend toujours la même chose "on a pas de place, vous devez attendre". Je sais très bien que quand c'est l'heure des soins elles n'ont pas le temps, mais nous aussi on est bousculé, ça pousse en bas on a besoin de les monter, et toujours entendre dire "le ménage est pas fait, le lit n'est pas fait, le sol sèche..." Nous on est agacé, on est énervé, et au bout d'un moment on y croit plus quoi ! On est arrivé à un stade où on ne les croit plus, on ne sait plus si c'est vrai ou si c'est faux. Puisqu'on a tellement eu de soucis tout l'hiver et là depuis 2 ans ça persiste. Alors qu'elles n'ont que 30 lits ! On essaie de se dire que les collègues n'y sont pour rien, mais quand même.

Mais je pense qu'on est toutes en difficulté en période d'hiver on est toute fatiguées, on a passé un hiver très dur on a eu des décès, c'était très difficile, donc le moral n'est pas tout à fait pareil, et quand on nous répond que "le sol n'est pas fait" forcément ça nous met en boule.

CD : Comment se passe l'accueil quand vous montez les enfants ?

On n'est pas accueilli !! On nous dit "mets-le en chambre 112". Moi ça fait 2 mois que j'ai décidé que je ne les mettrai plus en chambre. Alors peut-être que ce n'est pas bien ! S'ils ne vont pas bien, je les installe en chambre, par respect pour les gens ; pour le bien de l'enfant. Mais les autres je les mets au petit salon. Je suis désolé il faut accueillir ses enfants c'est une base. Là actuellement plus personne ne vient ! Les personnes peuvent rester 10-15 minutes en chambre sans que personne ne vienne. Même les chambres ne sont pas prêtes. Les chaises restent sur les adaptables, le lit n'est pas ouvert ce n'est pas accueillant. On est plusieurs à ne plus les installer en chambre maintenant. On accompagne les familles, on a eu un bon feeling, ça se passe bien, et quand on arrive en haut et bien pas d'accueil tout est démoli. Il n'y a pas de passage de relais, à peine si on écoute nos transmissions. Et après on nous rappelle en disant "vous n'avez pas fait les transmissions" Bin oui, mais il n'y avait personne qui nous écoutait. Et pendant le temps que je passe dans leur service, moi il n'y a personne qui s'occupe de mes patients aux urgences. Moi je



laisse mon service en bas et c'est ça qu'ils ne comprennent pas. À tout moment j'ai un enfant qui peut convulser, qui peut aller mal en bas... et en haut elles n'arrivent pas à comprendre.

On a déjà eu une réunion, on a essayé de régler ce problème, parce que la dernière fois on avait plein d'enfants en bas et ils ne montaient pas, et on a dit « stop », c'est plus possible, et on a eu une réunion.

CD : Il y avait qui à cette réunion ?

Les filles de pédiatrie, les filles des urgences, la chef de service et nos cadres.

La réunion s'est bien passée, mais celles qui étaient là n'étaient pas les personnes concernées. Celles qui sont concernées ne viennent pas aux réunions ! Il y en a en haut qui font des efforts, mais comme leurs collègues ne suivent pas et bien elles fatiguent et laissent tomber. J'ai des collègues en haut qui sont usés, elles sont usées de certaines personnes elles n'en peuvent plus. Mais si tout le monde abandonne et bien ça va être un sacré bazar. C'est vrai qu'elles ont un service très difficile, mais elles sont usées par d'autres personnes qui s'en fiche ça ne les touchent pas.

CD : et que faisaient les cadres pendant cette réunion ?

Chaque cadre a défendu son service, son territoire, personne ne s'entend c'est ça le problème, l'entente entre elles ! L'entente entre les cadres s'est un peu compliquée. Déjà, les médecins ne s'entendent pas. Les cadres ont un peu de mal à mettre de l'eau dans leur vin pour que tout se stabilise, alors bah forcément le personnel ne va pas s'entendre, et ça fait un conflit général. Alors qu'on est une grande famille, on est tous là pour soigner des enfants ! C'est compliqué ! Les médecins ne s'entendent pas, les cadres non plus. Quand la cadre de pédiatrie descend, forcément elle défend ses filles, et nous notre cadre elle nous défend aussi.

On a essayé plein de choses, on a essayé de les appeler le matin pour leur demander leur nombre de places, leur dire comment ça se passe aux urgences. Mais en fait ça dure 1 mois et ça ne tient pas !

CD : vous expliqueriez ça comment ?

C'est ma façon de penser, mais en haut elles ne sont pas de vrai binôme. On a toujours travaillé en binôme, mais maintenant c'est trop éparpillé. En attendant que le ménage soit fait, tu ne restes pas les bras croisés, tu vas chercher ton ash. Et on nettoie ensemble quand on fait une chambre c'est ensemble, l'infirmière elle sait nettoyer, l'auxiliaire elle sait nettoyer l'ash elle sait nettoyer. Avant on faisait tous ensemble, et ça va beaucoup plus vite, et ça elles ne le font plus. Chacun fait son petit bout, mais décousu. La force c'est quand on est deux ou trois ça va plus vite.

### ➤ Objectifs :

Découvrir les moyens mis en place pour favoriser les relations entre services et au sein du pôle.

#### 6. **Quelle est l'organisation mise en place pour faciliter les relations des professionnels entre services ?**

17min48

(Longue réflexion). Je crois qu'il n'y en a pas. On a essayé, mais il n'y en a pas. On a essayé des transmissions par téléphone, mais ça ne fonctionne pas. Parce que tu ne parles jamais à la bonne infirmière, tu ne sais jamais qui va s'occuper de l'enfant, l'info ne passe pas. Et c'est malheureux, ça ne fonctionne pas !

#### 7. **En tant qu'infirmière, sollicitez-vous souvent votre cadre, concernant des problématiques interservices.**

18min28

Non, moi non ! Moi je les connais alors je monte et je règle mon problème en direct. Parce que de toute manière ça passe de cadre à cadre et donc c'est déjà déformer, c'est fichu.

La cadre de pédiatrie essaie d'adoucir les choses en disant "oui, mais vous comprenez, elles sont en souffrance" ; oui, mais on est toutes en souffrant ! Après les filles qui sont nouvelles chez nous elles en parlent au cadre c'est normal, mais moi comme je les connais je monte directement et je règle le problème. Mais de toute façon qu'est-ce qu'elle va faire de plus la cadre de toute manière, elle n'a pas le pouvoir sur l'autre service, donc ça tourne en boucle.

Moi j'en parle souvent au médecin-chef de pôle, elle est consciente que quelque chose ne va pas, elle le sait. Elle a écouté notre demande et début mai il y aura une nouvelle répartition des médecins. On verra bien ce que ça va donner, en tout cas, elle nous a écoutés. IL faut des médecins référents

dans chaque secteur, il faut arrêter de les faire tourner. Nous on ne sait plus qui est qui. On n'arrive pas à avancer sur nos protocoles et nos projets. Dans les services comme ils tournent tout le temps, ils ne connaissent pas les patients ils passent un jour en néonatalogie, un jour en pédiatrie, du coup ça n'aide pas à connaître les patients. Peut-être que les visites iront plus vite s'ils connaissaient leurs patients.

## **8. Avez-vous des relations privilégiées avec certains services du pôle ?**

21min08

Ça se passe bien avec la chirurgie et la néonatalogie parce qu'il y a aussi beaucoup moins de problèmes d'hospitalisation. Les visites des médecins se passent plutôt les sorties aussi et donc il n'y a pas d'attente pour faire monter les enfants. Les chirurgiens font leur visite à 9h du matin, donc elles savent rapidement nous dire combien il y a de sorties en et combien il y a de place alors qu'en pédiatrie c'est pas du tout ça, je le saurai peut-être à 14 ou 15 heures. Pour moi la base, c'est l'heure de visite des médecins. Cette base on l'avait avant et ça a été détruit depuis qu'on a déménagé. Le chef de service était différent et la visite elle commençait à 10h et c'était fait. Jamais un enfant n'a attendu 6h. Donc maintenant les filles laissent courir tout le monde a été démotivé par tout ça !

Bon il n'y a pas que ça aussi hein ! On ne sait jamais par exemple qui on a eu au téléphone les gens ne se présente pas.

Moi ça me gêne vraiment pour les familles, parce qu'elles ont déjà passé beaucoup de temps en bas. En bas elles ont eu tous les soins, donc elles attendent et quand elles montent dans le service, c'est bon normalement elles n'ont plus à aller à la radio où faire un bilan tout est fait. Et parfois les familles elles s'énervent, elles sont agressives.

### **➤ Objectifs :**

Mesurer l'implication institutionnelle, dans l'établissement des liens entre services.

## **9. Comment s'organise l'accueil des nouveaux professionnels dans l'établissement ?**

25min28

Elle a un entretien avec la cadre et puis c'est nous qui accueillons une nouvelle professionnelle, qui la formons. Généralement elle tourne un mois avec une infirmière référente.

CD : elles vont voir les autres services du pôle ?

Non ça ne se fait plus !

CD : ça ne se fait plus ?

Oui avant l'infirmière jeune diplômée n'avait pas le droit d'aller aux urgences, elle devait faire du service, et de la néonatalogie, après si c'était son souhait elle pouvait descendre aux urgences. Mais ça s'est perdu aussi ça !

Franchement avec du recul je trouve que c'est difficile de mettre un jeune diplômé aux urgences. Moi je suis contente d'avoir fait les services avant, d'avoir appris les pathologies, d'avoir appris l'éducation. Moi j'ai appris la moitié de mes connaissances en service, en voyant les malades en écoutant les explications des médecins. Et les nouvelles arrivées ne voient plus tout ça. Elles connaissent moins les pathologies, elles ne savent pas transfuser, elles n'ont pas vu de chambre implantable. Et le jour où ça arrivera et si on n'est que trois et qu'il n'y a pas d'anciennes elles seront en difficulté et l'enfant aussi.

Et les auxiliaires elles sont toujours avec une infirmière et on mettra toujours une auxiliaire jeune avec une infirmière ancienne. Les infirmières c'est pareil on mettra toujours une jeune infirmière avec une auxiliaire ancienne. Il y a des formations, mais ça ne fait pas tout, c'est la vraie vie la pratique qui fait qu'on apprend.

Aux urgences on voit les enfants, mais juste un laps de temps, on n'a pas le temps de se pencher sur la pathologie complète. Elles ne connaissent pas les complications, le suivi, aux urgences c'est éphémère. Comme les syndromes néphrotiques, le diabète, les drépano, la dermato... Pour piquer aussi c'est pas la même chose de piquer un enfant, qui a été réhydrater qui va bien, qu'un enfant qui arrive aux urgences et qui va mal.

## 10. Que pourriez-vous me dire concernant la mobilité, l'absentéisme du personnel ?

32min

Moi parfois je vais aider en pédiatrie quand il manque du monde parce que je connais, mais sinon on ne bouge pas trop. On va aider 2 - 3h parce qu'on est ancienne où on va aider quand elles n'arrivent pas à perfuser.

On revient beaucoup pour notre service quand il manque du monde, mais pas pour les autres services.

CD : et l'absentéisme ?

Franchement nous aux urgences il n'y en a pas beaucoup. On a tous des enfants et on se débrouille tous, on s'organise pour pouvoir aller au travail, car on sait que dès qu'il y a une personne manquante c'est compliqué. Les arrêts c'est vraiment par exemple les femmes enceintes.

CD : et le travail en 12 h

Moi j'adore le travail en 12h. Il n'y a pas eu plus d'arrêt depuis qu'on travaille en 12h. Et on a plus de repos chez nous donc c'est bien. Avant on travaillait en 10h, on faisait 6h30 - 16h30, mais en fait on ne terminait jamais à l'heure et donc on reste toujours plus tard pour aider les collègues. Et la collègue elle arrivait de 11h30 jusqu'à 21h30. Et on n'y arrivait pas. Celles de 16h30 elles n'arrivaient jamais à partir à l'heure. Mais depuis qu'on travaille en 12h, on fait vraiment 8h 20h.

Et comme on travaille en deux équipes, on se connaît par cœur, on connaît les forces et les faiblesses de chacun et on travaille bien ensemble avec les auxiliaires.

## 11. Comment s'organise la diffusion de l'information au sein de l'établissement ?

36min52

La cadre reçoit l'information et elle nous la transmet. Mais nous dans les services on a une boîte mail des urgences et on lit chaque matin nos messages.

CD : tout le monde ?

Il y en a une qui allume l'ordinateur et elle imprime les papiers venant de la direction. On les imprime et on a un classeur où on met toutes les feuilles de la direction, parce que parfois la cadre elle a pas toujours le temps de nous tenir informé. Là la dernière information c'était un poste à pourvoir.

CD : et vous pensez que tout le monde le lit ?

On est tellement bavarde qu'on se transmet l'information.

### ➤ En conclusion

## 12. Si je vous dis « qualité des soins et relation entre les services ». Qu'auriez-vous à me dire.

38min

Difficile en ce moment.

CD : pourquoi en ce moment ?

Parce que ça fait quelques mois que ça s'est empiré. Moi j'ai peut-être un regard différent parce que je viens du service, et je ne comprends pas. "Je ne comprends pas !"

Elles ont des locaux qui sont bien mieux, elles ont un service qui est ouvert, et ça ne fonctionne pas. Et plus ça va moins ça fonctionne, et ça fait mal au cœur. Nous on vient des services et ça nous désole. Parce qu'en plus on finit par se disputer entre nous, alors qu'on se connaît depuis des années. Ça crée des tensions, et le moindre truc s'envenime. Il suffit qu'on n'ait pas piqué un enfant, et voilà on en entend parler pendant deux mois.

C'est vrai que l'activité a beaucoup augmenté et que l'hiver a été très difficile pour tout le monde. En fait c'est comme une chaîne. Quand le premier déraile, tout déraile, et le premier c'est le médecin, et le dernier c'est le patient, et le patient il attend 6h en bas.

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@17-18

### TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

Les relations d'équipes inter-services.  
Existe-t-il un trait d'union ?

**DAUPHIN Christine**

### MOTS CLÉS

Les services de soins  
Liens

Confiances  
Qualité des soins

### KEY WORDS

Care services  
Connections/links

Trusts  
Quality of care

### RÉSUMÉ

Le monde hospitalier est constitué de nombreux services hyperspécialisés, et liés entre eux. Après un constat issu de mon expérience personnelle, et confirmé lors d'enquêtes préparatoires, j'ai pu en déduire que les professionnels de santé avaient une vision, « globale » du soin concernant leur service, mais une vision très, « parcellaire » du parcours du patient, et des contraintes des autres services. Les conséquences de cette méconnaissance engendrent des représentations de l'autre, un manque de confiance entre services, et peuvent aboutir à des conflits. Ceci est constatable notamment, lors du transfert d'un patient, au moment où les services sont interdépendants.

Le but de ce travail de recherche est de comprendre ce dont ont besoin les professionnels pour pouvoir travailler ensemble, entre services, et définir à quel niveau les difficultés se produisent : individuels, encadrement, institution. Le but étant de préserver la qualité des soins.

Mes études documentaires, l'observation sur le terrain, et les entretiens auprès de professionnels, ont permis de constater que la création de liens, et la confiance entre les services, dépendaient de multiples facteurs, et avaient un impact sur la qualité d'accueil du patient.

Ce travail a mis en évidence le rôle du cadre, qui par ses compétences, va permettre la reconnaissance, et la mise en place de liens entre les services. Pour cela, il doit savoir composer avec, des contraintes de personnel, leurs motivations, et obtenir le soutien de la hiérarchie et de l'institution.

### ABSTRACT

The hospital field is made up of many departments that are highly specialised and linked together.

From my personal experience, and confirmed during preparatory investigations, I came to the conclusion that health professionals had a "global" vision of care for their service, but a "fragmentary" vision of the patient journey, and constraints of other services. The consequences of this lack of knowledge lead to representations of the other, lack of trust between services, and inevitably may lead to conflicts. These issues are very easy to see during the transfer of a patient when services are interdependent.

The purpose of this research is mainly to understand why professionals need to be able to work together between services, and to define at which level the difficulties occur: individual, management, institution. Once again, the final aim is to preserve the quality of care.

My documentary studies, field observation, and interviews with professionals had enabled me to found out that the creation of bondage and trust between services, depend on numerous factors, and had a real impact on the perception of quality by the patient.

This work had highlighted the role of the nurse manager: by his skills, he enables the recognition, and the implementation of links between services. This is why he must know how to deal with staff constraints, motivations, and get support of his hierarchy and the institution.