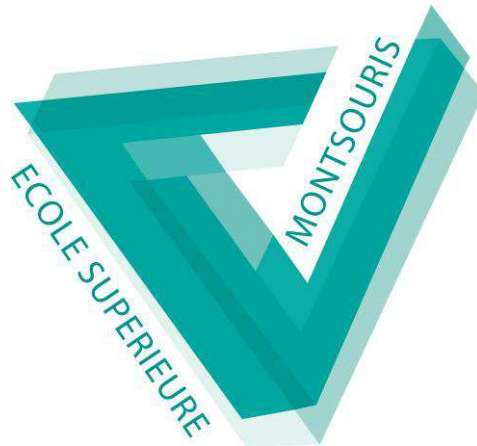


Ecole Supérieure Montsouris



Donner du sens aux soins,
l'enjeu de la qualité en psychiatrie



Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé

Aurélie GUICHARD 2012-2013



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des Auteurs et de l'IFCS de L'Ecole Supérieure Montsouris

Sommaire

Principales abréviations	
Remerciements	
Introduction	1
1 Le cheminement de ma réflexion	4
2 L'environnement : La psychiatrie	11
2.1 Un historique des soins en psychiatrie	11
2.2 Les principaux acteurs de la prise en charge	13
2.3 La spécificité du soin en psychiatrie	17
3 Le Cadre théorique	20
3.1 La pratique soignante et la qualité	20
3.2 La réflexion soignante	24
3.2.1 La réflexion soignante sur le sens du soin	24
3.2.2 Les espaces institutionnels de réflexion	27
3.3 Le management et les projets	29
3.3.1 L'outil managérial	29
3.3.2 Le cadre de santé et les différents types de projets institutionnels	31
3.3.3 Le cadre de santé et Les projets individualisés du patient	33
3.4 L'évaluation des pratiques professionnelles	35
3.4.1 Cadre législatif et réglementaire	35
3.4.2 L'EPP, démarche qualité dans la pratique quotidienne	37
4 L'enquête de terrain	39
4.1 Les objectifs de l'enquête	40
4.2 La méthodologie	41

4.2.1	Le choix de l’outil de recherche.....	41
4.2.2	La population et le terrain ciblés.....	42
4.2.3	Les aspects recherchés dans l’entretien	42
4.2.4	Les limites liées à la méthodologie d’enquête	43
4.3	Le déroulement de l’enquête.....	43
4.4	L’interprétation et l’analyse des données recueillies	44
4.4.1	Les conceptions des cadres	45
4.4.2	Les outils de management.....	48
4.4.3	Des perceptives	57
Conclusion		59
Bibliographie		62
Tables des annexes		

Principales abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel
CCOMS	Le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ESAT	Etablissements Social d'Aide par le Travail
ESM	Ecole Supérieure Montsouris
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
HDJ	Hôpital De Jour
HDT	Hospitalisation à la demande d'un tiers
HO	Hospitalisation d'office
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Sante
IGAS	Inspection générale des affaires sanitaires
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
SPSC	Soins psychiatriques sans consentement
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SNPI	le Syndicat National des Professionnels Infirmiers
CNI	Coordination Nationale Infirmière
Cefi Psy	Comité d'études des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie
ASCISM	Association des Cadres et Infirmiers en Santé Mentale

Remerciements

Je tiens avant tout à remercier les personnes qui m'ont accompagnées, encouragées ou soutenues tout au long de ce projet de formation et dans la réalisation de ce mémoire. Je suis également reconnaissante envers les personnes qui m'ont accordées du temps et qui m'ont permises d'élaborer cet écrit :

- Monsieur Patrick FARNAULT, formateur-consultant à l'Ecole Supérieure Montsouris et directeur de ce mémoire,
- Mes collègues de travail : Madame Annie ABIVEN, Monsieur Christian ARDOUIN,
- Les personnes enquêtées,
- Mes collègues de promotion, étudiants cadre de santé,
- Mon compagnon et mon entourage, parents et amis.

Introduction

Ce mémoire est un travail de fin de formation contribuant à l'obtention du diplôme de cadre de santé. Il s'inscrit dans le cadre du module 3 « analyse des pratiques et initiation à la recherche » et du module 6 « approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnelle », de la formation cadre de santé.¹ Il s'agit de « *problématiser de façon singulière une situation professionnelle, à ressembler des données empiriques et théoriques, à les analyser, à les mettre en relation, leur donner du sens, et à traduire le cheminement de sa réflexion.* »²

Loin de l'aspect concret que représente la réalisation d'un pansement où le résultat est aisé à évaluer, la psychiatrie s'éloigne du faire. Dès lors, l'essence du soin devient la relation à l'autre, le soutien, la sollicitude, l'accompagnement, la présence : « être avec ». Si l'on considère que le soin est plus que « *le côté extérieur de l'agir soignant* »³, alors il prend toute sa dimension dans la conjugaison singulière d'un acte de soin pensé et d'une relation humaine.

L'action soignante ne peut s'envisager que dans la réflexion et ne peut se passer de sens. Tel est l'objet de la démarche soignante. Aussi, pour PERRENOUD, « *l'action découle d'un jugement professionnel, d'une décision qui résultent d'une réflexion dans l'action* »⁴. Le « *praticien réflexif* »⁵ promu par le nouveau référentiel de formation

¹ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé Art. 11 ; Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2012-2013, document IFCS ESM, p.3

² Procédure d'élaboration du mémoire de fin d'études en soins infirmiers UE 3.4 S6 et UE5.6 S6 ; Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2012-2013, document IFCS ESM, p. 4

³ HONORE Bernard, quelle présence au monde dans le soin porté aux choses et aux autres ? ; dans ; collectif sous la direction de Walter HESBEEN, Dire et écrire la pratique soignante du quotidien : Révéler la quête du sens du soin, Collection Perspective soignante, Seli Arslan, 2009, p135

⁴ PERRENOUD Ph., Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation, cahiers pédagogiques, janvier 2001, n° 390, pp. 42-45 ;

http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.html ; consulté le 05/03/13

souligne que la profession d'infirmier ne peut se passer de cette réflexion sur les soins et sur leur sens.

Andrée-Lucie PISSONDES, dans un éditorial, affirmait que « *donner du sens, c'est réaliser avec conscience et objectivité ce que l'on fait. C'est tout le contraire d'habitude, du répétitif qui donnent aux tâches le poids du non-sens* »⁶. Le thème du sens donné au travail, plus spécifiquement le sens donné aux pratiques professionnelles, s'est imposé à moi comme sujet de réflexion pour ce mémoire en tant que future cadre de santé. Dans ma pratique d'infirmière en psychiatrie, je me suis intéressée à ce qui contribuait à développer la qualité des soins. Améliorer ses pratiques, c'est les penser, les réfléchir, les analyser, les regarder avec distance. Cette « *rupture épistémologique* »⁷ se nourrit du collectif soignant. En psychiatrie, la conduite de réflexions sur le sens des soins s'inscrit dans la démarche d'amélioration continue.

L'intérêt des soignants pour la qualité n'est plus à démontrer. Cœur du métier de cadre de santé⁸, la qualité des soins est au centre des projets qu'il conduit. Mais, « *il ne suffit pas de faire et d'avoir des projets. Il convient que ceux-ci aient un sens pour tous ceux qu'ils concernent et que la démarche permettant de la préparer, de les formuler et de les soutenir, crée les conditions pour que l'établissement reste durablement en projet* »⁹. « *Le projet de soins constitue en lui-même un chemin pour revivifier la question du « sens*

⁵ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Référentiel de formation, annexe 3 (du décret)

⁶ PISSONDES Andrée-Lucie, donner du sens au soin un concept abstrait ?, profession de santé infirmière, N° 18 Juillet/Août 2000, p 3; <http://www.edimark.fr/publications/articles/donner-du-sens-au-soin-un-concept-abstrait/4488> ; consulté le 19/01/2013

⁷ ABIVEN Annie, entretien du 16/03/13

⁸ Selon le décret du 31 décembre 2001 : « Le cadre de santé organise, coordonne et contrôle le travail des équipes de soins dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations. Il est garant de la qualité des soins de son service.» ; <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Cadres/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique>, consulté le 7/3/13

⁹ HONORE B., SAMSON G., la démarche projet dans les établissements de santé, Privat, 1994, p6 ; dans ; SAINT-HONORE Isabelle, Le projet de soins : Outil de management du directeur des soins, mémoire ENSP, 2007, p 22- 23

au travail » à travers la notion du « prendre soin »¹⁰. L'objectif est, non seulement, l'amélioration et le développement des pratiques professionnelles et de la qualité des soins, mais également de permettre une qualité de travail pour l'équipe soignante. Accompagner les soignants et l'équipe dans une réflexion sur leurs actions, impliquer l'équipe dans des projets ainsi que soutenir l'analyse et l'évaluation des pratiques professionnelles, sont des moyens de donner du sens aux soins.

Pour explorer ce thème, ce travail s'articule en quatre grandes étapes : le cheminement conduisant au sujet, la connaissance de l'environnement de ce travail : la psychiatrie, le cadre conceptuel et l'enquête de terrain.

Dans le premier chapitre, je commencerai par rendre compte des éléments de mon parcours professionnel qui m'ont amenée à développer le thème de la réflexion soignante et du sens donner aux pratiques professionnelles. Je présenterai également les difficultés rencontrées par les équipes de psychiatrie et plus particulièrement dans un service d'hospitalisation.

Le second chapitre resituera le thème dans le domaine de la psychiatrie. Après avoir retracé les grandes évolutions de la discipline, je présenterai les acteurs qui interviennent dans la prise en charge du patient et je développerai également la spécificité des soins en psychiatrie.

Ensuite, il semble nécessaire de confronter ma réflexion et mes observations à des références théoriques notamment sur la pratique soignante et la qualité du soin, la réflexion soignante, le management et les projets, ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles. Ces concepts feront l'objet de ce troisième chapitre.

Puis, je présenterai la méthodologie de l'enquête de terrain au sein du quatrième chapitre. L'analyse des données recueillies lors des entretiens sera confrontée au cadre théorique et à des apports conceptuels complémentaires. Elle approfondira également le rôle du cadre de santé.

Enfin, la conclusion restituera la démarche parcourue et reprendra combien la place et le rôle du cadre dans sa fonction d'accompagnement des équipes dans la réflexion soignante et à donner du sens au soin, est primordiale.

¹⁰ SAINT-HONORE Isabelle, Le projet de soins : Outil de management du directeur des soins, mémoire ENSP, 2007, p 22- 23

1 *Le cheminement de ma réflexion*

« Le commencement est la moitié de tout. »¹¹

Mon parcours personnel et professionnel m'a amené à travailler au sein de différents établissements et dans plusieurs services. Jeune diplômée, j'ai commencé en tant qu'infirmière en psychiatrie. Au début de mon exercice, j'ai intégré un service où la place consacrée aux réflexions cliniques était essentielle. J'ai été accompagnée par mes collègues, des infirmières expérimentées, au quotidien, pour mettre du sens sur ce qui se passait dans la relation de soin avec les patients. Les réunions cliniques animées par le cadre supérieur¹² et le médecin-chef m'ont permis de développer mes connaissances et mes compétences dans la prise en charge des patients en psychiatrie. Ce processus d'accompagnement m'a permis aussi de mettre du sens sur les symptômes, les paroles, et les comportements de patients, mais aussi sur ce que j'apportais aux patients et ce qui était mis en jeu dans la relation soignant-soigné. Je garde de cette expérience une grande richesse et une satisfaction professionnelle. C'est par ce tutorat, qui n'en portait pas le nom, que j'ai développé ma pratique des soins infirmiers en psychiatrie et que j'ai compris l'importance de l'élaboration collective des soins. Cette notion de partage, de transmission des savoirs et d'espace de réflexion reste, pour moi, un facteur d'épanouissement professionnel et synonyme de qualité des soins.

Plus tard, j'ai pu retrouver cette dynamique de développement professionnel en participant à un groupe d'analyse des pratiques professionnelles. Ce dispositif était animé

¹¹ Pythagore, mathématicien et philosophe grec, né en -582

Cette maxime reflète le début de ce travail tant dans ses origines que dans son élaboration. C'est en grande partie dans mes débuts professionnels que se situe la source de ce travail. Mais aussi il a fallu ressembler mes pensées, les mettre en mots et en cohérence et puis les écrire. Pour ma part il s'agit d'une grande part du travail.

¹² Le cadre supérieur était le supérieur hiérarchique direct de l'équipe que j'avais intégré.

en binôme par un animateur soignant formé et une cadre de santé¹³. La référence à des conceptions soignantes et les liens avec la clinique et la psychopathologie ont permis de faire émerger des connaissances et des compétences, afin de mieux prendre en charge les patients. Ces expériences ont nourri et contribué à me forger une idée du « prendre de soin » du patient au travers du « prendre soin du soin », mais aussi à valoriser l'attention portée aux soignants et à leur travail. Elles ont participé à la conception que je me suis construite du rôle de cadre de santé.

Dans mon exercice professionnel d'infirmière en psychiatrie, lors de certaines prises en charge de patient, parfois, je me suis retrouvée en situation d'incompréhension. Un ensemble de situations quotidiennes observées et vécues ont constitué le point de départ de ce travail. Je propose d'illustrer mon propos avec l'une des dernières situations de soins que j'ai pu vivre au Centre Médico Psychologique (CMP) avant mon départ en formation, qui m'a questionnée et interpellée.

Je me rappelle avoir été stupéfaite suite aux remarques de certains de mes collègues du service d'hospitalisation du pôle¹⁴ au sujet d'une patiente dont j'étais référente. Il s'agissait d'une personne connue du secteur et suivie depuis quelques temps. Des éléments circonstanciels avaient majoré son angoisse et fait réémerger des idées suicidaires. Après concertation avec son médecin et à la demande de la patiente, je l'ai accompagnée pour une hospitalisation courte afin de la soutenir dans ce moment difficile.

Lors de son accueil, je transmets aux soignants présents les circonstances et les objectifs de cette hospitalisation. Quelques jours plus tard, mes collègues du CMP¹⁵ et moi-même, nous sommes interpellés par les soignants de cette unité. Selon eux, cette hospitalisation très brève, de quelques jours, était inutile. Loin d'une simple divergence d'appréciation, ils ne mesuraient pas le travail de réassurance et de contenance qu'ils avaient pu apporter à cette personne et l'aspect sécurisant que prodiguait l'hôpital en tant

¹³ Le groupe analyse des pratiques professionnelles était assuré par le cadre de santé en mission transversale et un professionnel de santé de l'établissement (infirmier, éducateur) formés à l'animation. Les groupes étaient animés mensuellement avec un binôme référent.

¹⁴ Dans l'organisation choisie par le Centre Hospitalier***, un pôle = un secteur de psychiatrie

¹⁵ Le CMP est un dispositif extrahospitalier d'un secteur de psychiatrie

que lieu de soins. A l'issue de son séjour, la patiente avait pourtant exprimé son mieux être et témoigné de sa gratitude auprès de l'équipe. La reconnaissance de cette personne à leur égard ne leur a pas permis non plus de mettre du sens sur cette situation de soin.

Ce phénomène n'est pas rare. Ainsi, le patient en décompensation maniaque est souvent vécu comme un perturbateur, ou qui a l'intention de désorganiser le service. Des discours moralisateurs ou des jugements de valeurs font surface. Par exemple, l'agressivité verbale des patients en crise est vécue comme des attaques personnelles, mais également, l'aboulie ou l'apragmatisme psychotique peuvent être pensés comme de la fainéantise. La recherche de compréhension des symptômes se perd, ils sont pris au premier degré. Il faut concéder un contexte interne défavorable. Le service et l'équipe se sont retrouvés en pénurie de personnel soignant, médical et d'encadrement de proximité pendant une longue période. Par ailleurs, l'absence de projet médical et de soins formalisés n'a pas favorisé un environnement pour des soins de qualité et pour la coordination et le travail en équipe.

Actuellement, des équipes soignantes en psychiatrie, et notamment des services d'hospitalisation, sont confrontées à des difficultés inhérentes aux évolutions de prise en charge du patient et des professions. La durée moyenne de séjour est de plus en plus courte¹⁶, « le « *turn-over* » des patients s'est globalement accéléré »¹⁷. De plus, « la population accueillie a rajeuni »¹⁸, les personnes les plus âgées étant prises en charge par d'autres structures plus particulièrement médico-sociales. La réduction du nombre de lits a eu pour conséquence l'hétérogénéité des populations accueillies au sein d'une même unité¹⁹. Cela a notamment « *augmenté le niveau d'agressivité dans les services, tandis que dans le même temps le seuil de tolérance vis-à-vis de la violence a diminué entre autre, de l'accentuation de la féminisation du personnel infirmier, de la diminution des effectifs y compris des temps médicaux* »²⁰.

¹⁶ <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Lits.htm> ; consulté le 31/03/13

¹⁷ http://www.mnasm.com/files/uploads/new_Version%20impression.pdf ; p8 ; consulté le 31/03/13

¹⁸ Ibid. ; consulté le 31/03/13

¹⁹ Ibid. ; consulté le 31/03/13

²⁰ http://www.mnasm.com/files/uploads/new_Version%20impression.pdf ; p8 ; consulté le 31/03/13. Il est à noter également une pénurie de psychiatre hospitalier.

La chronicité, la crise en psychiatrie quelle soit suicidaire, d'agitation maniaque, la première ou la énième décompensation, ainsi que les soins sous-contrainte²¹, entre autres, témoignent d'une grande variété de situations rencontrées en psychiatrie. Il faut compter également avec une pluralité des structures ou/et de leurs spécialisations (unité de réadaptation et de réinsertion, unité de soins intensif en psychiatrie, alcoologie, post-cure, ...) ²². Des nouvelles demandes de soins qui jusque là ne se rencontraient pas dans les services de psychiatrie obligent aussi les soignants à requestionner les modalités de prises en charge. Les professionnels se retrouvent face des situations complexes, difficiles à cerner.

Par ailleurs, en service d'hospitalisation, les nouveaux soignants intègrent des équipes avec peu de professionnels expérimentés en psychiatrie. La plupart des postes disponibles sont en « intra »²³. Or, « *Le parcours professionnel [en psychiatrie] des infirmiers les plus expérimentés les amène le plus souvent à exercer en extrahospitalier ou en équipe de nuit ce qui limite davantage les possibilités de partage des savoirs* »²⁴. Pour ces postes en extra et de nuit, le travail est différent par sa temporalité et son exigence en autonomie. Il faut aussi être capable de conduire une relation thérapeutique dans la durée. Le mixage des générations et des compétences, le vivier potentiel de « tuteurs » qui permettrait « *la construction d'une identité professionnelle* ainsi que de développer *la conceptualisation théorico clinique* et *une attitude réflexive* »²⁵ s'est éloigné des « nouveaux » professionnels en psychiatrie. Les formations des professionnels de la santé ont évolué, par exemple, la formation d'infirmière n'a cessé de voir le nombre d'heures

²¹ Soins psychiatriques sans consentement, Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

²² <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Lits.htm> ; consulté le 31/03/13

²³ Les services d'hospitalisation en psychiatrie sont communément appelés intra en opposition au service d'extrahospitalier (CMP, CATTP, HDJ...)

²⁴ DE WEZE Jocelyne, BREME Vincent, la transmission des savoirs en psychiatrie, une réconciliation indispensable, Soins cadres, n°79, aout 2011, p27-28

²⁵ PERRIN- NIQUET Annick, Formation et pratique infirmière en psychiatrie : une structuration mutuelle, soins psychiatrie, n° 277, novembre/décembre 2011 p14-17

d'enseignements théoriques et de stage de psychiatrie diminué²⁶, impactant ainsi la construction des « *connaissances et des savoirs expérientiels* »²⁷. Cela conduit des équipes, souvent renouvelées, à être en quête de repères, de compréhension et d'outils afin d'assurer une prise en charge de qualité pour les patients en psychiatrie. Cela est d'autant plus prévalent quand la tendance médicale fait le choix d'éradiquer le symptôme avec uniquement l'aide des médicaments sans de travail sur leurs significations.

Par ailleurs, le Dr Dolorès Lina TORRE signale que « *l'institution peut « favoriser le mimétisme des comportements soignants et créer une mécanique protocolaire* ». [...] Elle évoque des situations de *professionnels passant leur temps par exemple à accomplir les tâches ritualisées des repas, de la préparation des traitements puis se « réfugiant » derrière leur ordinateur pour les tâches administratives ou en salle de repos* »²⁸. **Quand la routine ou l'automatisme prend le pas sur le questionnement, c'est là que/ou le sens se perd.** Cette mise à distance du sens se retrouve dans le quotidien et les taches morcelées. La répétition des actions d'un patient à l'autre sans prise en compte de la singularité de la personne et de la situation peuvent également en témoigner. « *Le déni de la personne risque de s'installer et les acteurs hospitaliers peuvent perdre le sens de leurs actions et ne plus percevoir cette négligence* ».²⁹

Ce phénomène est d'autant plus prégnant en l'absence de projet que ce soit le projet personnalisé du patient, le projet de service, ou le projet de soin. La vigilance est de mise. Cela montre la nécessité d'entretenir le questionnement soignant et de garder présent le

²⁶ PERRIN-NIQUET Annick, une formation à inventer pour des pratiques avancées infirmière, soins psychiatrie, novembre/décembre 2011, n°277, p13

²⁷ PERRIN- NIQUET Annick, Formation et pratique infirmière en psychiatrie : une structuration mutuelle, soins psychiatrie, n° 277, novembre/décembre 2011 p14-17

²⁸ CORDIER Caroline, psychiatrie, dialogue et formation des soignants pour éviter l'écueil du « sadisme » ordinaire, Hospimédia, le 21/01/13 ; Colloque "Violences et soin", intervention du Dr Dolorès Lina Torres, propos retranscrit par Caroline Cordier; <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20130121-psychiatrie-dialogue-et-formation-des-soignants-pour-eviter>, consulté le 22/01/13

²⁹ ZAOUI Eric, Donner du sens à la pratiques clinique pour renforcer la bientraitance dans les soins, revue de l'infirmière, novembre 2009 n 155, p 19- 21

sens donner au soin « *car la routine mène au désintéret et fait franchir, sans s'en rendre compte le seuil de l'inhumanité.* »³⁰

Aujourd'hui engagée dans la formation de cadre de santé, ce sujet m'anime d'autant plus. Je pense qu'il y a une corrélation entre le « bien-être professionnel » et la qualité des soins. Cela s'inscrit notamment dans le management d'équipe, donc dans le rôle du cadre de santé. Ces réflexions ont suscité chez moi plusieurs interrogations :

- Est-ce que le projet de service et le projet de soins, que le cadre accompagne suffit à éveiller, entretenir une réflexion sur les pratiques professionnelles ?
- Le cadre a-t-il les moyens d'accompagner l'équipe paramédicale à « prendre soin du prendre soin » ?
- Comment veille-t-il à ce que le patient soit placé au centre des soins et du projet de soins individualisé ?
- Quelles ressources le cadre détient-il pour amener l'équipe vers une posture réflexive ?
- Comment le cadre évalue la qualité des soins et par quelles approches ?
- De quelles stratégies et de quels outils dispose le cadre pour engager le questionnement d'équipe ?

L'ensemble de ces questions m'a conduit à deux questions de départ :

- **En quoi donner du sens aux soins, améliore-t-il la prise en charge du patient en psychiatrie ?**
- **Comment le cadre de santé peut accompagner les équipes afin de donner du sens au travail et aux pratiques professionnelles ?**

Pour tenter d'apporter des réponses à la problématique de mon sujet de mémoire, j'ai fait le choix de retenir trois hypothèses :

³⁰ PISSONDES Andrée-Lucie, donner du sens au soin un concept abstrait ?, profession de santé infirmière, N° 18 Juillet/Août 2000, p 3; <http://www.edimark.fr/publications/articles/donner-du-sens-au-soin-un-concept-abstrait/4488> ; consulté le 19/01/2013

➤ 1^e hypothèse :

L'organisation et le maintien par le cadre de santé de temps de réflexion clinique, au quotidien est indispensable pour que l'équipe élabore sa pratique professionnelle et lui donne du sens. Aussi, ces temps sont nécessaires pour une qualité des soins.

➤ 2^e hypothèse :

L'implication de l'équipe paramédicale, autour, notamment, du projet de soin et du projet personnalisé du patient, permet de donner du sens aux soins. En accompagnant l'équipe dans une réflexion et un questionnement soignant, le cadre de santé rend possible des soins de qualité.

➤ 3^e hypothèse :

L'EPP est un moyen supplémentaire pour susciter une démarche de réflexion soignante dans l'équipe paramédicale. Le cadre, le pilote et/ou facilitateur de cette démarche qualité, favorise l'émergence ou l'entretien d'une réflexion soignante

Ces hypothèses seront éclairées par le cadre conceptuel permettant de nourrir l'enquête de terrain. Avant tout, une description de l'environnement de la psychiatrie ancrera ce travail dans son contexte.

2 L'environnement : La psychiatrie

« Ne perdons rien du passé. Ce n'est qu'avec le passé qu'on fait l'avenir. »³¹

Le soin d'aujourd'hui s'est construit avec le soin d'hier. Commencer par un bref retour sur les fondements et l'histoire des soins en psychiatrie permet une meilleure compréhension de ce champ disciplinaire et de son contexte actuel. Les métiers soignants se sont professionnalisés et se sont diversifiés, ils ont participé à l'évolution du « prendre soin ». Aussi, une présentation des principaux acteurs dans la prise en charge semble indispensable pour clarifier la place et le rôle de chacun. Enfin, une discussion abordera la spécificité du prendre soin en psychiatrie.

2.1 Un historique des soins en psychiatrie

L'Histoire³² atteste d'une certaine richesse de la perception de la *folie* à travers les âges et les époques. Elle manifeste la spécificité du prendre soin en psychiatrie et par certains aspects de l'esprit pionnier de la discipline. La maladie mentale et la psychiatrie restent encore le reflet de la société. Les champs lexicaux pour évoquer la psychiatrie signent l'évolution de cette discipline médicale. Ils marquent également le changement de perception de la maladie mentale par la société. L'asile et l'aliéné ont laissé la place à l'hôpital et au patient.

PUSSIN et PINEL sont les premiers à ôter les chaînes aux « insensés », et à œuvrer pour l'humanisation du traitement des patients en psychiatrie et à « la dignité de malade ». 1838 marque un tournant dans l'histoire de l'hospitalisation en psychiatrie. Une loi fondatrice est promulguée avec pour vocation de régler et d'organiser les

³¹ Citation d'Anatole France

³² <http://www.ch-charcot56.fr/histoire/histpsy/7cadregl.htm> consulté en aout 2012

hospitalisations en psychiatrie. Ce texte témoigne du courant de pensée humaniste et novateur de personnes qui ont marqué la psychiatrie. Il a permis de trouver un équilibre délicat. A l'époque, il concilie la protection des malades et de leurs biens, avec la protection de la société. Cette loi persista pendant plus d'un siècle et demi pour être remplacée par la loi du 27 juin 1990. Le 20^e siècle et le 21^e siècle positionnent la prépondérance du consentement du patient aux soins³³. Il devient la règle³⁴ et la contrainte, l'exception.

Dans l'après guerre, « *L'idée directrice est la mise en place de moyens de toute espèce pour lutter chaque jour contre tout ce qui peut reverser l'ensemble du collectif vers une structure concentrationnaire ou ségrégative* »³⁵. Le mouvement de la « psychothérapie institutionnelle » a commencé à vouloir humaniser l'asile. « *L'Institution est, elle-même, thérapeutique lorsque, par l'action du collectif soignant, elle est organisée en lieu de parole et prend le patient dans un réseau relationnel.* »³⁶

Depuis les années 60, les principes de la sectorisation³⁷ et la création de structures extrahospitalières et de dispensaires extérieurs, ont marqué les débuts d'une désinstitutionalisation. La psychiatrie a laissé derrière elle l'hospitalocentrisme et l'univers asilaire. Elle s'est ouverte sur la cité, sur la société.

La psychiatrie a évolué durant le 20^e siècle. La discipline a été marquée par les avancées thérapeutiques tant sur le plan des prises en charge psychothérapeutiques que sur

³³ Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ; Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cf. Annexe 1.

³⁴ Les hospitalisations libres représentent environ 88% des hospitalisations en psychiatrie. Sources : Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, étude d'impact, mai 2010, p 61. Données épidémiologiques pour l'année 2007.

³⁵ <http://www.ch-charcot56.fr/index.php/le-xxe-siecle-la-psychiatrie-contemporaine.html> ; consulté le 07/04/13

³⁶ Ibid. ; consulté le 07/04/13

³⁷ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales – Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

le plan pharmaceutique. L'arrivée de nouvelles classes médicamenteuses, notamment les neuroleptiques et les antidépresseurs, a bénéficié au patient. Les différents courants de pensée, de la psychothérapie institutionnelle à l'approche cognitivo-comportementale en passant par la systémie, témoignent de l'enrichissement de la discipline. Aujourd'hui, l'offre de soins psychiatriques consiste aussi bien au dépistage, à la prévention, à l'éducation thérapeutique qu'au traitement.

La psychiatrie propose aussi bien des soins en ambulatoire qu'en hospitalisation. L'organisation des soins est déterminée à plusieurs échelons : au niveau des établissements et au niveau des territoires. Son pilotage est régional et le schéma régional d'organisation des soins (SROS) élaboré par l'Agence Régionale de Santé est établi pour répondre aux besoins de la population. Les patients ont à leur disposition, à proximité de leur domicile, des structures extra-hospitalières telles que les centres médico-psychologique, les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les professionnels libéraux... Le patient peut être également pris en charge sur des unités d'hospitalisation à temps complet, quand les troubles ne permettent plus la prise en charge thérapeutique en extra-hospitalier, ou nécessitent une surveillance continue. L'ancrage de la notion de parcours du patient est de par l'organisation de la prise en charge du patient en amont et en aval de l'hospitalisation (intra/extra), très prégnante.

2.2 Les principaux acteurs de la prise en charge

Pendant longtemps, seuls les médecins et les infirmiers prenaient en charge les personnes souffrant de troubles mentaux. A partir des années 1960, l'ouverture à d'autres métiers commence par les agents de services hospitaliers. Progressivement, des professionnels³⁸ tels que les aides-soignants, les psychologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, et les assistants-sociaux ont trouvé leurs places dans les services. Plus récemment, les éducateurs spécialisés ont été intégrés dans les unités de soins³⁹. Par contre, il peut exister pour certains un flou entre les différentes fonctions, notamment entre

³⁸ Arrêté du 14 mars 1972 relatif aux modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies / Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale ; introduit la notion d'équipe pluridisciplinaire confié au médecin psychiatre chef de secteur.

³⁹ L'annexe II reprend de façon plus détaillée les acteurs de la prise en charge

infirmiers et aides-soignants, entretenu par « des glissements de tâches » C'est pourquoi définir le rôle de chacun semble essentiel.

Les médecins psychiatres déterminent et évaluent les modalités de la prise en charge du patient (les hospitalisations et le suivi en ambulatoire) et prescrivent les soins nécessaires (les entretiens médicaux, les entretiens infirmiers, les psychothérapies⁴⁰, les traitements médicamenteux, les activités thérapeutiques ...). Ils posent le diagnostic ce qui demande du temps et de la concertation. Pour les patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes, la schizophrénie, par exemple, le psychiatre est amené à proposer une orientation et des projets auprès des structures médico-sociales, tels que les foyers d'accueil médicalisés et les foyers occupationnels. Des projets de réinsertion psychosociale peuvent aussi être proposés notamment au travers des partenariats avec les établissements sociaux d'aide par le travail (ESAT).

La fonction d'aides-soignants en psychiatrie date de 1982⁴¹. Cette implantation est à mettre en corrélation avec la diminution constante du nombre d'infirmiers. Dans un premier temps, l'aide-soignant a été « *cantonné aux fonctions d'hygiène* »⁴² et d'hôtellerie. Il reste néanmoins un maillon indispensable à cette mission. Aujourd'hui, il s'inscrit dans une collaboration élargie auprès du patient avec l'infirmier tout en restant sous la responsabilité de ce dernier. Il n'œuvre pas seul mais il est reconnu dans sa participation à la prise en charge relationnelle du patient. Il développe l'écoute et l'observation, et participe à l'évaluation de l'état psychique. Il a aussi sa place avec l'infirmier pour la co-animation d'activités thérapeutiques à médiation.

Les infirmiers dispensent des soins relevant de leur rôle propre ainsi que les soins sur prescription médicale. Ils exercent soit en unités d'hospitalisation, soit en extrahospitalier (CMP, CATTP, HDJ, urgences...)⁴³. En plus des soins génériques de l'infirmier, des missions spécifiques relevant de leur fonction leurs sont attribuées dans le

⁴⁰ Les psychothérapies sont le plus souvent assurées par les psychologues

⁴¹ RIOUFOL Marie-Odile, VENUAT Florent, L'aide soignant en service de psychiatrie, p V

⁴² Ibid

⁴³ Centre Médico-Psychologique, Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel, Hôpital De Jour

cadre de l'exercice en psychiatrie.⁴⁴ A ce titre, l'infirmier réalise des entretiens d'accueil du patient et de son entourage, des entretiens de suivi. Il anime également des activités individuelles ou de groupe à visée sociothérapeutique. Aussi, l'entretien infirmier, ainsi que les « *techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique* »⁴⁵ sont des outils majeurs de soins pour l'infirmier. C'est une dimension relationnelle qu'il doit investir à part entière dans son exercice professionnel.

Cette profession, et notamment son exercice en psychiatrie, a fortement évolué. L'introduction des autres professions a participé à l'évolution du métier d'infirmier en psychiatrie mais également les réformes des études. Elles ont conduit tout d'abord à un diplôme unique⁴⁶. Les conséquences de la réduction du nombre d'heures pour la discipline retentissent sur la façon d'aborder le soin. « *Des IDE jeunes et/ou pas assez formés en psychiatrie peuvent avoir peur de rentrer dans cette relation inter-subjective, et l'éviter, ou avoir la culture de l'immédiateté* »⁴⁷.

Cependant, les infirmiers diplômés depuis juillet 2012⁴⁸ ont un niveau universitaire de grade licence. La réingénierie⁴⁹ des formations amène à repenser les formations de spécialisations existantes et à venir du métier d'infirmier. D'ailleurs, aujourd'hui, le rapport COUTY⁵⁰, entre autres, ainsi que des associations et syndicats professionnels⁵¹

⁴⁴ Article R4311-6 ; Code de la santé publique ; Décret 2004-802 2004-07-29 relatif aux actes professionnels

⁴⁵ Article R4311-7 ; Code de la santé publique ; Décret 2004-802 2004-07-29 relatif aux actes professionnels ; modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005

⁴⁶ En 1992, l'harmonisation du diplôme d'état d'infirmier met fin au diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et devient l'unique titre délivré de la profession d'infirmier.

⁴⁷ CORDIER Caroline, psychiatrie, dialogue et formation des soignants pour éviter l'écueil du « sadisme » ordinaire, Hospimédia, le 21/01/13

⁴⁸ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

⁴⁹ Les accords de Bologne du 19 Juin 1999

⁵⁰ Rapport « *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* » du 29 janvier 2009 <http://www.sante.gouv.fr/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie.html>, consulté le 13/04/13

⁵¹ Deux syndicats infirmiers : le Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) et la Coordination nationale infirmière (CNI) ; deux associations : Le Comité d'études des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (Cefi Psy) et l'Association des cadres et infirmiers en santé mentale (Ascism)

plaident pour une spécialité en psychiatrie et/ou un master en santé mentale afin de répondre aux exigences de qualité des soins et des besoins en formation. Car « *la psychiatrie nécessite une véritable expertise clinique et organisationnelle en pratique infirmière* »⁵².

Enfin, il me paraît important de rappeler ici la place de l'encadrement, du cadre de santé et du cadre supérieur de santé dans l'équipe et auprès du patient en tant qu'acteur de la prise en charge. Le développement de la fonction d'encadrement et sa professionnalisation est allé de pair avec la création de formation et de diplôme. Car autrefois appelé surveillant⁵³, le cadre de santé fut longtemps nommé à l'ancienneté. Le diplôme unique⁵⁴ de cadre de santé dépasse les différents clivages précédemment créés⁵⁵. A la croisée des chemins de différentes logiques, il est porteur du lien, du cadre institutionnel et du sens des soins. Aussi, « *Son rôle est déterminant dans le fonctionnement institutionnel d'une équipe de psychiatrie* »⁵⁶. Un approfondissement du rôle et des postures du cadre de santé en psychiatrie sera exploré au travers les différents éléments collectés pour le cadre conceptuel et de l'analyse des entretiens.

Aujourd'hui, les équipes en psychiatrie regroupent de nombreux professionnels de santé. La pluridisciplinarité a enrichi le travail mais elle amène à s'interroger sur le rôle les fonctions de chacun. Cela implique de reconnaître la place et la responsabilité des uns et

⁵² DUBOIS Claire, Nouveau plaidoyer pour un master infirmier en psychiatrie, 27 février 2013, <http://www.actusoins.com/12964/nouveau-plaidoyer-pour-un-master-infirmier-en-psychiatrie.html> ; consulté le 07/04/13

⁵³ Ce terme est issu de la laïcisation des hôpitaux, perdura dans les unités de soin,

⁵⁴ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme de cadre de santé En 1995, le diplôme unique de cadre de santé réunissant sous le même titre, les formateurs et les responsables d'unités de soins et sans distinctions les personnels d'encadrement des soins généraux et de la psychiatrie. Il s'ouvre d'ailleurs aux autres professions paramédicales et au trois filières infirmière, médico-technique et rééducation.

⁵⁵ Un premier texte de 1970, instaure un cursus d'encadrement en psychiatrie Un certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique est créé par arrêté du 22 juillet 1976. Cet arrêté avait été précédé par ceux des 6 mai 1970 et 19 février 1971 sur le certificat de moniteur, dont les titulaires ont, en vertu de l'article 12 de l'arrêté de 1976, les mêmes droits que les nouveaux cadres.

⁵⁶ MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, VEROT Jean-Pierre, BARBOT Catherine, L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie, p. 282

des autres dans un but de cohérence et de collectif au service du patient. « *Les métiers se côtoient et les logiques sont plurielles. La nécessité d'ajuster les rationalités, de reconnaître les compétences des uns vis-à-vis des autres s'impose. La reconnaissance d'une compétence collective passe par une « connaissance » et une « reconnaissance » mutuelles de tous les individus et des groupes de métiers.* »⁵⁷ Aussi, cette reconnaissance participe à donner du sens au travail.

2.3 La spécificité du soin en psychiatrie

Peut-on parler d'une spécificité des soins en psychiatrie ? Les modalités d'hospitalisation, les soins relationnels, les activités thérapeutiques, les patients hospitalisés au long court, le travail en réseau de soins et le travail infirmier au sein des structures extrahospitalières sont, entre autres, sujets d'étonnement et d'interrogations des différents professionnels de santé des soins généraux.

Pour LEYRELOUP Anne-Marie et DIGONNET Emmanuel, « *les soins spécifiques en psychiatrie nécessitent une approche et des réponses adaptées au fonctionnement mental de la personne soignée. Leurs aspects techniques et relationnels visent à rétablir l'intégrité mentale et physique de la personne soignée en l'aidant à découvrir et comprendre ses difficultés en lui donnant les moyens de les résoudre.*

Il repose sur la qualité de la présence et d'accompagnement des soignants pour la personne en souffrance ».

*En psychiatrie, les soins s'appuient sur la dynamique des échanges entre l'infirmier et la personne soignée »*⁵⁸

La psychiatrie est une des disciplines qui place l'humain au cœur du soin avec toute sa singularité, sa sensibilité, ses forces et ses fragilités. Elle prend en charge aussi bien les demandes de soutien psychologique lors de difficultés ponctuelles (deuil, divorce, traumatismes,...) que les pathologies psychiatriques chroniques lourdes (schizophrénies,

⁵⁷ SAINT-HONORE Isabelle, Le projet de soins : Outil de management du directeur des soins, mémoire ENSP, 2007, p 22- 23

⁵⁸ Anne-Marie LEYRELOUP, Emmanuel DIGONNET, Pratique de l'entretien infirmier, collection : souffrance psychique et soins, ELSEVIER - MASSON, 2001, p. 12

troubles bipolaires,...). La demande de soins n'est pas toujours à l'initiative du patient. Elle ne l'est même que rarement dans le cas d'une psychose.

Un diagnostic de maladie mentale, telle que la psychose, par exemple, est difficile à recevoir et à admettre pour le patient. Il n'est pas rare de voir les « jeunes » patients faire plusieurs épisodes aigus avant d'accepter l'idée de la maladie et de rentrer dans un processus thérapeutique. Une large majorité des patients souffre d'une maladie chronique. Les projets mis en œuvre n'aboutissent pas toujours. Les rechutes et les « échecs » sont également des éléments non négligeables à prendre en compte pour le patient et pour l'équipe qu'il faut savoir soutenir et accompagner. Chaque étape de la maladie a du sens.

Aussi, il est important d'en discuter en équipe pluridisciplinaire pour le comprendre. *« L'adhésion au soin en psychiatrie ne va pas de soi. Si dans les pathologies somatiques, le patient est demandeur de soin, il en est tout autrement pour la santé mentale. Le patient n'a pas toujours conscience de ses troubles et le soin doit être parfois prodigué sans son accord. C'est dans ce « nœud gordien » que réside la complexité du soin en psychiatrie. »*⁵⁹

Les soins sous contraintes, même s'ils sont plus rares⁶⁰, sont des situations difficiles. Elles sont souvent synonymes de « violence » pour le patient et pour l'équipe. *« La première des contraintes auquel le malade mental est soumis est celle que la maladie lui impose. Toutes les autres contraintes doivent tendre à le protéger y compris contre lui-même »*⁶¹. Toutefois, les soins sous contraintes demeurent nécessaires pour les besoins impérieux de soins dus *« à l'abolition du discernement qui prévaut au cours de maintes décompensations psychiatriques »*⁶².

⁵⁹ ABIVEN Annie, Entretien le 15/03/13

⁶⁰ Les hospitalisations libres représentent environ 88% des hospitalisations en psychiatrie (Document de présentation de l' « enquête sur les hospitalisations d'office dans 4 régions françaises », CCOMS)

⁶¹ Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP), Réforme de la loi de 1990 : une logique de contrôle, <http://www.spep.fr/joomla/index.php?view=article&id=90:reform-de-...1>, consulté le 20/08/2011.

⁶² HAS, Recommandations pour la pratique clinique, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, 2005, p.10.

Au-delà de la contrainte, le travail du soignant sera de replacer les soins au cœur du dispositif, de travailler avec la personne sur sa maladie. Une alliance thérapeutique ne peut pas s'imposer, elle se crée au fur et à mesure dans une relation humaine. Le soignant accompagne le changement que le patient a décidé d'opérer.

Certes, « *le système de soins de l'hôpital général, c'est-à-dire la médecine somatique, est quasiment à l'œuvre dans les services de psychiatrie* »⁶³. Mais, les soins psychiatriques, par leurs natures, leurs organisations et leurs histoires, sont amenés à se différencier des soins généraux. Car, le collectif soignant, le travail autour du parcours du patient et les dispositifs de soins en réseau sont très prégnants. De plus, l'outil du soignant est sa propre personne, il utilise les phénomènes subjectifs dans la relation de soins.⁶⁴

⁶³ COUÏLL Michel, La fabrique du soin... en psychiatrie, <http://www.revue-institutions.com/articles/20/Document7.pdf>, consulté le 07/04/13

⁶⁴ MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, VEROT Jean-Pierre, BARBOT Catherine, L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie, Collection : Savoir et pratique infirmière, Masson, 106 ; chapitre : l'infirmier outil du soin.

3 Le Cadre théorique

Afin d'étayer mon cheminement et de répondre à ma question de départ, trois concepts seront développés au travers desquels la fonction cadre de santé et les postures managériales seront envisagées de manière transversale pour être approfondies par l'analyse des données de l'étude. Comme préalable, il semble nécessaire de définir ce que représente la qualité dans sa dimension de démarche réglementaire et dans sa dimension de valeur soignante. Ensuite, partant du postulat que la réflexion soignante est intégrée à la démarche de soin, les dispositifs mis en œuvre pour l'entretenir seront explicités. Enfin, le concept de management par projet, ainsi que les EPP seront examinés.

3.1 La pratique soignante et la qualité

Le terme de qualité renferme deux acceptions selon le dictionnaire de l'Académie française. En premier lieu, il est défini comme « *Ce qui appartient en propre à une chose et la distingue d'une autre ; caractère particulier, propriété* ». Alors la qualité est « *ce qui confère un intérêt, un atout, un avantage* » ou indique un « *degré d'excellence relative, [une] valeur que l'on attribue à une chose et qui permet de la juger, de la classer par rapport à une norme de référence ou par rapport à des choses analogues* »

En second lieu, la qualité symbolise une « *disposition, [un] trait particulier qui caractérise une personne* ». Elle couvre un « *caractère physique ou moral, aptitude que l'on prise chez une personne, pour lesquels on l'estime ; [un] mérite, [une] vertu* ». Elle revêt également une « *condition sociale, civile, politique, juridique d'une personne, qui rend apte à exercer certains droits et impose des devoirs* ».

Aussi ce terme inclut quatre sens: « *la supériorité de quelque chose, une bonne ou mauvaise manière d'être de quelqu'un ou quelque chose, un talent une aptitude particulière, une condition sociale* ». ⁶⁵

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), lors de son étude a constaté que « *La plupart des professionnels de santé n'ont pas d'idée précise sur la signification de la « qualité »* » ⁶⁶. Ce terme polysémique recouvre différents attributs. De quelle qualité parle-t-on ? Qualité des soins, qualité du soin, soins de qualité : le vocable soutenant la qualité s'étend de la démarche qualité normative à la qualité subjective, perçue, à la satisfaction du bénéficiaire des soins et du soignant. Les définitions de la qualité dans le domaine du soin sont nombreuses et variées. Elles sont souvent partisans, teintées des valeurs de celui qui la conçoit, la regarde et/ou l'évalue. La qualité est bien un concept captivant par sa teneur, mais il est aussi complexe.

Dispenser des soins de qualité est l'objectif essentiel de tout soignant. Valeur professionnelle, la qualité est également une obligation réglementaire. Ainsi le législateur spécifie que « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques* » ⁶⁷.

La notion de qualité de la relation est apparue officiellement pour la première fois, au côté de la qualité technique, dans le décret de compétences infirmier de 2002 ⁶⁸. Aussi, les compétences et les pratiques professionnelles portées par les soignants sont reconnues réglementairement. Un tournant a été pris pour souligner l'importance accordée à la qualité de la relation. De plus, le législateur précise au titre des règles professionnelles que « *pour*

⁶⁵ MOREL Marie Ange, qualité des soins, dans, FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana, Les concepts en sciences infirmières, Editions Mallet Conseil, 2012, 2ème édition, p 257

⁶⁶ OR Zeynep, COM-RUELLE Laure, La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES, Décembre 2008 ; <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT19QualiteDesSoinsEnFrance.pdf> ; consulté le 25/01/13.

⁶⁷ Article R4311-2 ; Code de la santé publique ; Décret 2004-802 2004-07-29 Section 1 : Actes professionnels.

⁶⁸ Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (abrogé)

garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles ». ⁶⁹ Donc, la qualité se conçoit dans un processus, une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

La démarche qualité s'est imposée dans les établissements de santé dans les années 90⁷⁰ et n'a cessée de se développer avec l'appui et le contrôle des différentes agences tels que l'ANAES puis l'HAS⁷¹. Ce concept émanant de la sphère industrielle du début du 20^e siècle a gagné l'univers de l'hôpital. Ainsi, la qualité se définit comme un processus visant à l'amélioration de la production. Les maîtres mots sont la conformité, la disponibilité, la sécurité et la satisfaction du client. Cette notion recouvre la qualité à posteriori (le contrôle) et la qualité à priori (la maîtrise de la démarche). Deming⁷² la modélise sous la forme d'une roue illustrant la maîtrise du processus basé sur un cycle dynamique et itératif.

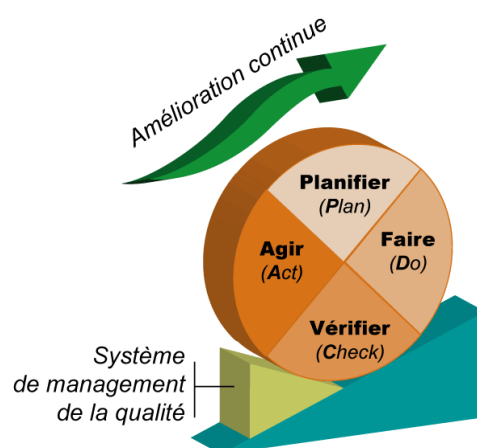


Schéma 1 : Représentation de la roue de Deming

⁶⁹ Article R4312-10 ; Code de la santé publique ; Décret 2004-802 2004-07-29, Sous-section 1 : Devoirs généraux.

⁷⁰ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et En septembre 1989, une décision ministérielle crée l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), un organisme scientifique et technique indépendant qui a pour objet la conduite de toute action dans le domaine de l'évaluation médicale, des soins et des technologies médicales ayant un impact en terme de santé publique.

⁷¹ En août 2005 l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé), devient HAS (Haute Autorité de Santé) et l'accréditation devient la certification.

⁷² William Edwards DEMING (1900 - 1993) est un statisticien, professeur, auteur, et consultant américain.

Dans le monde de la santé, DONABEDIAN⁷³ apporte un nouvel éclairage à la notion de qualité à l'hôpital. Il définit « *les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins* ». Son modèle théorique inspira les principes de l'accréditation et de la certification.

Aujourd'hui, la troisième version de la certification portée par la HAS témoigne de l'ancrage de la démarche qualité dans les institutions. Cette procédure touche aussi bien les soins, à savoir la prise en charge des patients et le droit des patients, que le management des établissements. Les audits, le suivi des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, les enquêtes de satisfaction, les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont autant d'outils qui ont été développés en direction de la démarche qualité.

Recherché par les patients, le concept de qualité allié à celui de la dignité du malade a été porté par la Loi Kouchner⁷⁴. Elle équipa les établissements de santé des instances chargées de la qualité en créant les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). La qualité intéresse particulièrement le cadre de santé, « *garant de celle-ci au sein de son service* »⁷⁵ et constitue une responsabilité accrue. D'ailleurs, la fiche métier rappelle que le cadre a pour mission de veiller à « *l'efficacité et la qualité des prestations* » et a pour activités le « *contrôle et [le] suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine.* »⁷⁶

⁷³ DONABEDIAN Avedis, (1919 - 2000) médecin et fondateur de l'étude de la qualité des soins et de recherche médicale les résultats. 1980 ; <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad352328.pdf> ; consulté le 19/01/2013

⁷⁴ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

⁷⁵ Selon le décret du 31 décembre 2001 : « Le cadre de santé organise, coordonne et contrôle le travail des équipes de soins dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations. Il est garant de la qualité des soins de son service. » ; <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Cadres/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique>, consulté le 7/3/13 ; SCOTTI Jean-Charles, La responsabilité juridique du cadre de santé p 49

⁷⁶ Répertoire des métiers de la fonction publique, fiche métier cadre responsable d'unité de soins, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27> ; consulté le 7/03/13

Le développement de l'information et de la communication à destination du grand public, ainsi que la publication des indicateurs qualité constitue indéniablement une avancée dans notre système de santé. Au-delà de l'aspect normatif « qualité et sécurité des soins », il est intéressant de compléter par d'autres approches, le concept de qualité et d'explorer ses facteurs intrinsèques en se rapprochant du cœur de métier de soignant.

Aussi, il est important de différencier le soin et le prendre soin, le *cure* et le *care*. La singularité du soin et de la relation de soin sont des éléments nourrissant la qualité. Pour Walter HESBEEN, une « *pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans une situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci et le respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations et moyens et limites pertinents et clairement identifiés* »⁷⁷. Il ajoute « *une pratique soignante porteuse de sens pour tous ceux qui la vivent, c'est-à-dire une pratique s'inscrivant dans une dynamique de qualité* »⁷⁸»

Ainsi, la qualité du soin est indissociable du sens donné aux pratiques professionnelles.

3.2 La réflexion soignante

3.2.1 La réflexion soignante sur le sens du soin

En psychiatrie, le soin de qualité n'est possible que par le questionnement et la réflexion. En essayant de décrypter le symptôme, en tentant d'expliquer son action, en cherchant à comprendre la relation soignant-soigné, le soignant construit le sens donner aux pratiques professionnelles et aux soins. Aussi, Marie-Ange COUDRAY confie que « *l'attitude de questionnement demande humilité et retenue, une façon de ne pas se satisfaire de l'ordre du simplisme et de la réponse toute faite, une posture qui ressemble au*

⁷⁷ HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, Masson, 2008, 2e édition, p 55.

⁷⁸ Ibid p 53

doute opératoire, qui creuse les interrogations au lieu de chercher à combler rapidement les incertitudes, un comportement qui fasse avancer la pensée »⁷⁹. Questionner sa pratique n'est pas une chose facile et confortable, néanmoins cette construction du sens est indispensable.

Le terme de sens reconnaît plusieurs acceptions⁸⁰.

Il renvoie à « *chacune des fonctions psychophysiologiques par lesquelles un organisme reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur, de nature physique (vue, audition, sensibilité à la pesanteur, toucher) ou chimique (goût, odorat)* ».

Il est considéré comme « *une aptitude à connaître, à apprécier quelque chose de façon immédiate et intuitive (Avoir le sens des nuances)* ».

Il se caractérise comme « *ce que quelque chose signifie, ensemble d'idées que représente un signe, un symbole* ».

Il qualifie « *ce que représente un mot, objet ou état auquel il réfère (chercher le sens)* »

Enfin, il se définit par « *une raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique (Donner un sens à son existence)* »

Bernard HONORE explique que « *la réflexion rend perceptible des aspects de la situation qui restaient cachés. Ce faisant, elle découvre ce que la situation a de particulier, ne se rapportant totalement à aucune autre. Elle saisit les différences et identifie les originalités. Elle fait de la rupture provoquée par l'événement imprévu un élément significatif porteur de sens pour soi-même et pour les personnes qui sont impliquées dans la situation. Elle transforme un « incident critique » en source de nouvelles significations à l'origine de nouvelles connaissances, de nouveaux outils, de nouvelles valeurs de référence réorientant des choix. Elle modifie les règles et les principes d'action, entraînant souvent une meilleure utilisation des énergies du fait d'une réorientation mieux comprise* ». ⁸¹

⁷⁹ COUDRAY Marie-Ange, Le cadre soignant en éveil, p 57-58 ; dans MERTZ Christine, Analyse des pratiques professionnelles infirmières : évaluation d'un dispositif, mémoire IFCS ESM, 2003-2005, p 24

⁸⁰ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>, consulté le 05/03/13

⁸¹ HONORE Bernard, quelle présence au monde dans le soin porté aux choses et aux autres ? ; dans ; collectif sous la direction de Walter HESBEEN, Dire et écrire la pratique soignante du quotidien : Révéler la quête du sens du soin, p132

Aussi il faut envisager le besoin de confronter son point de vue afin d'objectiver, de mettre de la distance et de prendre du recul mais aussi de se rendre compte. « *La verbalisation est un des piliers du soin relationnel. Il est en effet important que nos actes soient portés par une pensée, elle-même relayée par une parole. La parole est des médiateurs principaux de la relation. Elle trouve sa force dans les effets multiples de la verbalisation.* »⁸²

Les soins en psychiatrie sont avant tout relationnels, leur « immatérialité » peut être déstabilisante d'autant plus qu'ils sont nourris d'incertitudes. Il n'est pas simple d'évaluer la qualité des soins dans l'immédiateté, le résultat des actions menées, de la qualité de présence et d'empathie,... « *La question de l'évaluation psychiatrique repose sur la capacité à donner sens aux symptômes. [...] Donner sens à l'insensé nécessite donc de questionner en permanence des concepts [...]* ». Elle réclame également de prendre appui et de mobiliser « *un corpus théoriques* ». De plus, « *La psychopathologie se nourrit des échanges intergénérationnels* »⁸³. C'est pourquoi les échanges permettent de partager ses observations, ses impressions, ses doutes, ses pistes. La confrontation avec le collectif soignant oblige à structurer sa pensée et à argumenter. Elle facilite également la construction ensemble de sens et de propositions thérapeutiques.

Les soins méritent une approche conceptuelle entourés par une réflexion. Cette dernière porte non seulement sur les paroles du patient, son comportement, son mode de relation mais aussi sur le soin lui-même. D'autant plus que « *La relation n'est pas à sens unique. Il n'existe pas de sens unique qui irait du soignant au patient. De plus, il est impossible d'imaginer une relation dépouillée de toutes charge affective* »⁸⁴. Aussi il ne faut pas négliger les phénomènes subjectifs dans la relation de soins tels que le transfert et le contre transfert. La relation ne peut se passer de « relectures » afin de mieux l'appréhender, mais également de travailler « la juste distance ». Il ne s'agit pas

⁸² MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, VEROT Jean-Pierre, BARBOT Catherine, L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie, p 102

⁸³ MECHAIN Patrick, Pour des infirmiers de spécialité en psychiatrie, Soins Psychiatrie, novembre/décembre 2011, n°277, p 23

⁸⁴ Anne-Marie LEYRELOUP, Emmanuel DIGONNET, Pratique de l'entretien infirmier, collection : souffrance psychique et soins, ELSEVIER - MASSON, 2001, p. 4

uniquement de réfléchir seul, ce qui pourrait conduire à une interprétation erronée, mais de partager en équipe ses réflexions et ses opinions afin de donner du sens à l'action. La réflexion nécessite d'être soutenue et accompagnée.

3.2.2 Les espaces institutionnels de réflexion

Eric ZAOUI fait le constat que *« nos établissements tournés vers l'action ont ainsi tendance à dévaloriser les espaces de parole et de pensée. Tandis que les soignants paradoxalement, les considèrent comme peu productifs ou « l'on perd son temps »...En réalité, le manque d'espaces de questionnement à l'hôpital nous prive cruellement de la possibilité de l'élaboration d'une pensée sur nos pratiques »*.⁸⁵

Si l'enjeu de la qualité des soins est en partie dans le sens que l'on donne aux soins, alors quels espaces sont accordés à la réflexion soignante ? Des temps collectifs existent dans les services de soins : transmissions, réunions « cliniques », staffs, synthèses de patient, pauses café, repas ... Pourtant, il est nécessaire de différencier les temps informels et institutionnels car ils ne sous-tendent pas les mêmes objectifs.

Les moments de cordialité ou de convivialité permettent d'échanger et de désamorcer un problème et sont bien-sûr importants pour la vie de l'équipe. Par contre, ils ne doivent pas se faire au détriment des temps institutionnels. Le risque peut être d'éluder un réel travail d'élaboration collective sur des problématiques souvent partagées par l'équipe. Aussi ces espaces de réflexions doivent être valorisés et reconnus car ils donnent l'occasion de témoigner du travail engagé par les équipes.

Les transmissions orales inter-équipes, outil de la continuité des soins et du passage de relais, sont également des espaces qui permettent de rendre compte du travail accompli au quotidien et du sens de celui-ci. Les réunions ont pour objet un sujet défini. Elle rassemble tout ou partie de l'équipe pluridisciplinaire en fonction de l'objectif. Elles portent sur les projets de soins individualisés, une présentation sous forme de synthèse d'un patient. Elles peuvent avoir également une fonction de régulation institutionnelle et la

⁸⁵ ZAOUI Eric, Donner du sens à la pratiques clinique pour renforcer la bientraitance dans les soins, Revue de l'infirmière, n° 155, novembre 2009, p 19- 21

vie de l'équipe (présentation de projet, congés, règles intérieures, situations problématiques, ...)

Les difficultés inhérentes aux prises en charge de patients chroniques doivent pouvoir s'exprimer : un sentiment d'impuissance de l'équipe, des situations de soin évoquant des régressions, l'absence d'amélioration clinique, des projets qui n'aboutissent pas, la pénibilité...⁸⁶ Ces espaces d'écoute mutuelle et bienveillante, de partage dans un climat de non-jugement, sont importants pour que chaque membre de l'équipe se sente invité à exprimer ses difficultés. En outre, ces échanges permettent de construire du sens collectif et pour chacun et ils participent à la prévention du syndrome d'épuisement professionnel et à la prévention des risques psychosociaux.

Ces temps de réunion, lorsqu'ils sont ouverts au pôle, permettent les échanges entre générations de professionnels et entre professionnels « d'intra » et « d'extra ». Ceci relève de l'organisation et de la coordination des soins, il incombe au cadre de santé⁸⁷ de veiller à ce que les temps de transmissions et les réunions soient ouverts et exploités en espaces de réflexion. Non loin de la notion de tutorat, il est utile de favoriser la transmission des savoirs.

Le rôle du cadre est déterminant dans le fonctionnement institutionnel d'une équipe en psychiatrie, il s'agit d'« *amener les professionnels à approfondir la réflexion engagée sur leurs pratique* »⁸⁸, car « *l'équipe a besoin de donner du sens à sa pratique [...] (l'action de signifier et diriger). La question du sens évoque la clarification du but*

⁸⁶ MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, VEROT Jean-Pierre, BARBOT Catherine, L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie, Collection : Savoir et pratique infirmière, Masson, p. 177-180

⁸⁷ Selon le décret du 31 décembre 2001 : « Le cadre de santé organise, coordonne et contrôle le travail des équipes de soins dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations [...] » <http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Cadres/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique>, consulté le 7/3/13

⁸⁸ VIROLET Stéphanie, « Penser ensemble » le projet éducatif en crèche, mémoire de fin d'étude IFCS ESM, 2010/2011, p.

*poursuivi, de la mission, la recherche d'une intelligibilité mais aussi le plaisir de penser ensemble qui sont autant d'éléments de cette institutionnalité».*⁸⁹

Les espaces individuels tels que l'écriture (transmissions écrites) ou les supervisions individuelles, bien qu'importants, car vecteur de sens ne seront pas explorés. Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles tels que j'ai pu les vivre, dans leurs dimensions interservices, ne feront pas non plus l'objet de ce travail. Même s'ils me paraissent avoir un bénéfice certain dans le travail d'analyse et de réflexion favorisant la construction de compétences et de savoirs professionnels. Je pense que la mise en place de tels groupes ne se situe pas au niveau d'un seul cadre de santé. Ils nécessitent une volonté politique d'établissement notamment par les moyens nécessaires tels que la formation des animateurs, par exemple. Malgré tout, il est important de conserver cet esprit autant pour l'analyse des pratiques que pour l'écriture. Le cadre de santé est facilitateur de temps de réflexion sur les pratiques professionnelles. Car il s'agit d'organiser et d'animer des espaces où la parole peut circuler entre professionnels. La confrontation de réflexion en équipe permet de construire une pratique porteuse de sens.

3.3 Le management et les projets

3.3.1 L'outil managérial

La place des projets dans l'activité d'encadrement et de management est grandissante. Bien que cette notion soit tardivement apparue, la démarche de projet fait partie intégrante du monde de la santé. Elle l'a investi dans tous les domaines : auprès du patient avec le projet de soins individualisé, dans le management de proximité au travers des missions du cadre de santé⁹⁰, dans les établissements par le projet d'établissement.

Nombres de projets hospitaliers sont aujourd'hui réglementés et réglementaires. Cette volonté est apparue en 1991 avec la Loi du 31 juillet⁹¹ portant réforme hospitalière.

⁸⁹ MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, VEROT Jean-Pierre, BARBOT Catherine, L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie, p 177

⁹⁰ Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers ; décret du 31/12/2001 sur les personnels infirmiers d'encadrement

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

D'autres lois ont suivi, renforçant cette démarche et instaurant l'évaluation et la contractualisation.

L'académie française définit le projet comme *« un dessein, une intention qu'on a de réaliser quelque entreprise, et qui prend en compte les moyens utiles à sa mise en œuvre ; ce que l'on se propose d'accomplir »*.

Il peut être conçu comme un *« processus qui consiste à un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, telles que les contraintes de délais de coûts et de ressources »*⁹² dans le domaine de la santé, la HAS spécifie qu' *« un projet est un ensemble d'actions mises en œuvre pour atteindre un but précis, pour répondre à un besoin spécifique »*⁹³

Alors un projet est un cap à suivre, il donne une direction à l'action. Il implique de la méthode. Sa collégialité en fait un élément fédérateur qu'il soit élaboré en équipe ou le socle commun de celle-ci. Il prend en compte l'environnement, le temps, les contraintes, les atouts, et les valeurs. Evaluable, il est responsabilisant. C'est également un outil managérial de premier plan soutenant l'activité du cadre de santé.

Thierry SERVAT ajoute que *« le projet apparait comme un programme d'objectifs à atteindre pour anticiper une ou plusieurs actions. C'est un outil qui permet de donner du sens à l'activité d'une unité de soins, à l'équipe »*. [...] *« Le projet de soins de l'unité s'intègre au projet de service et est souvent centré sur l'amélioration de la qualité de la prestation offerte au client. Le projet de service est une démarche collective et participative qui cherche à redonner implication et dynamisme à l'ensemble des professionnels concernés en leur proposant de travailler telle ou telle initiative, et la possibilité de travailler autrement. »*⁹⁴

⁹² Norme Iso 10 006

⁹³ HAS - 2006

⁹⁴ SERVAT Thierry, Le projet, outil de management du cadre ; dans ; ROSENBLATT Françoise (coordination), L'essentiel du management, Lamare, Objectif soins, 2006, p 9

Le management de projet ou la conduite de projet, inscrit le projet dans la temporalité. Il comporte à l'ensemble des étapes permettant la vie du projet : de sa définition à son aboutissement en passant par son élaboration et sa mise en œuvre.

3.3.2 Le cadre de santé et les différents types de projets institutionnels

Dans la fiche métier du cadre de santé responsable d'unité⁹⁵, la notion de projet ressort dans les activités et le savoir-faire. Aussi le cadre de santé effectue le « *montage, [la] mise en œuvre, [le] suivi et [la] gestion de projets spécifiques au domaine d'activité* » et la « *promotion des réalisations/des projets spécifiques à son domaine d'activité* ». Ces savoirs faire lui permettent de « *concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence* ». Son positionnement d'interface l'amène à participer l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des différents projets de l'institution et plus particulièrement le projet de pôle et le projet de l'unité dont il a la charge. Il l'accomplit dans un « *souci de coordination, d'innovation et de participation des différents acteurs* ». ⁹⁶

Dans un établissement, différents projets cohabitent. En premier lieu, le projet d'établissement. Il constitue un axe majeur. Ce projet directeur donne les grandes orientations, les objectifs généraux de la politique de l'hôpital, les valeurs qu'il souhaite véhiculer. Il prend en compte la population à laquelle il s'adresse, l'environnement avec lequel il interagit. Sur le plan légal⁹⁷, il se base le projet médical et il est compatible avec les objectifs du SROS. En second lieu, Isabelle SAINT-HONORE explique que le projet de soins⁹⁸, une des composantes du projet d'établissement, repose sur les orientations stratégiques médicales mais peut développer ses propres axes. Elle le définit comme présentant les valeurs des professionnels paramédicaux, porteur de sens et garantissant la

⁹⁵ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27> ; consulté le 06/03/13

⁹⁶ http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/acteurs/surveillant.html ; consulté le 06/03/13

⁹⁷ Conformément à la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalières

⁹⁸ Projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques

qualité des soins⁹⁹. Aussi, telles des poupées russes, les autres projets déclinés au sein des pôles, des unités doivent lui répondre et s'imbriquer aux orientations définies par le projet d'établissement.

Par exemple, le « *Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot a défini plusieurs engagements dans son projet d'établissement. Il souhaite placer le patient au centre d'un dispositif rénové, ouvert sur l'environnement non sanitaire grâce au dynamisme de ses dispositifs partenariaux, conforté par la valorisation des compétences et des métiers* ». [...] « *Le projet d'établissement résulte d'un important travail de réflexion auquel toutes les catégories professionnelles de l'établissement se sont associées. Il se prolonge actuellement dans des groupes de travail sur des thèmes spécifiques (communication interne - démarche qualité - accompagnement des patients...)* ». ¹⁰⁰

Le cadre de santé « *participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité* »¹⁰¹. Il est un acteur majeur de sa conduite. Dans l'équipe de l'unité de soins, les professionnels de santé sont de divers horizons. De formations ou de parcours différents. Chacun doit pouvoir s'approprier le projet et y adhérer. Il soutiendra la cohérence des actions auprès du patient. Isabelle SAINT-HONORE, explicite que le management par projet permet de créer une émulation riche de sens et de réflexion. Aussi, il n'est pas figé, il s'adapte et se transforme, au gré des besoins et des contraintes. Il se réajuste toujours dans le souci de l'amélioration du « *prendre soin* ». Il favorise la prise en compte de la singularité de tous. Il contribue à fédérer le collectif pluridisciplinaire et à rendre l'équipe proactive. Pour elle, « *la conduite de projet est un processus dynamique. Elle questionne les acteurs, étudie leurs attentes, leurs relations et leurs logiques. La conduite de projet de soins met en jeu tous les corps professionnels paramédicaux dont la finalité est la prise en charge du patient. Dans cette*

⁹⁹ SAINT-HONORE Isabelle, Le projet de soins : Outil de management du directeur des soins, mémoire ENSP, 2007, p17

¹⁰⁰ http://www.ch-charcot78.fr/index.php?id_page=39 ; consulté le 6/03/13

¹⁰¹ L'annexe à la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990, non parue au Journal Officiel, ni au Bulletin Officiel. C'est pourtant l'un des rares textes qui évoque de façon détaillée les rôles et missions du cadre de santé exerçant en secteur hospitalier.

transversalité, des collaborations vont se dessiner et des interfaces se négocier. Les métiers se côtoient et les logiques sont plurielles ». ¹⁰²

3.3.3 Le cadre de santé et Les projets individualisés du patient

Le projet de soins individualisé du patient se rattache à la pensée soignante mise en œuvre dans la démarche de soin. L'infirmier déploie alors son raisonnement clinique car prendre soin ne consiste pas seulement à l'application d'une série d'actes de soin. Il ne s'agit pas d'une liste de tâches à faire. Cela suppose la prise en compte de la personne soignée dans sa singularité, sa capacité à faire des choix et à se positionner. Aussi, ce projet se construit en équipe pluridisciplinaire en y associant la personne soignée. Il repose sur l'identification des problèmes de santé, la détermination des objectifs et les délais pour les atteindre. La planification des soins prendra également en compte leurs évaluations. Socle commun des orientations de l'équipe, allié au patient, il peut être rajusté.

Aussi, le cadre de santé est « *responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé...* » ¹⁰³. En tant qu'acteur pivot, il se doit de veiller au déploiement de cet outil favorisant la qualité des soins pour le patient et servant la qualité du travail d'équipe.

Dans cette optique Martine REVERDY envisage que « *Le projet de soin individualisé du patient est porté par le cadre et mis en œuvre par l'équipe soignante* ». Elle ajoute qu' « *il guide la prise en charge et fixe les objectifs ; il est nécessaire à la motivation soignante. Le cadre va initier la production de sens des pratiques soignantes en s'appuyant dessus et ainsi cheminer vers une qualité des soins.* » ¹⁰⁴. Aussi, Pierre BONE

¹⁰² SAINT-HONORE Isabelle, Le projet de soins : Outil de management du directeur des soins, mémoire ENSP, 2007, p 22- 23

¹⁰³ Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers

¹⁰⁴ REVERDY Martine, Le cadre de santé porteur du projet de soin individualisé au sein de l'équipe soignante, avril 2012, <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/le-cadre-de-sante-porteur-du.html> ; consulté le 7/03/13

renforce cette idée, il affirme que « *la réalisation d'un projet de soin individualisé pour chaque patient est un moyen d'entamer cette réflexion.* »¹⁰⁵

Conséquemment, le projet de soin individualisé est un dispositif sur lequel peut s'appuyer le cadre de santé. Il est important d'accompagner l'équipe dans son élaboration et dans son suivi.

En psychiatrie, à l'instar d'autres services qui accueillent des maladies chroniques, il est important que le cadre soit vigilant et accompagne ces projets. Les objectifs de soins ne résident pas toujours dans la guérison. En effet, les projets de soins individualisés visent également à limiter les altérations dues à la maladie, à préserver l'autonomie. Ces objectifs sont tout aussi nobles, bien qu'ils ne soient pas toujours perçus comme tels. De plus, il peut s'agir de remettre en route un projet après une décompensation ou un arrêt de traitement. Les objectifs de soins doivent être réalistes. Il est important de veiller à ce que les professionnels ne s'épuisent pas. Il tient au cadre de valoriser tous les projets quelques soient leurs ambitions et de valoriser « ces petits riens du quotidien » qui peuvent être symboliquement des « grands pas » pour certains patients.

Le cadre doit également veiller à ce que le projet de soin individualisé ne devienne pas une fin en soit. Le projet exige de rester « *vivant* »¹⁰⁶, qu'il soit alimenté par l'équipe, évalué et réajusté au besoin.

De plus, l'HAS promeut un programme personnalisé de soins dans le cadre de maladies chroniques. Surtout utilisé en médecine, l'esprit de la démarche s'ouvre aujourd'hui à la psychiatrie et aux paramédicaux. D'après l'HAS « *le programme personnalisé de soins est un outil opérationnel proposé aux professionnels de santé pour organiser et planifier le parcours de soins d'une personne ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il prend en compte la situation globale du patient. Partagé par le patient et les professionnels, c'est un outil de coordination des différents professionnels participant à la*

¹⁰⁵ BONE Pierre, Maintenir une réflexion vivante sur les soins apportés aux patients chroniques hospitalisés en psychiatrie adulte, mémoire de fin d'étude IFCS Ville Evard, 2006/2007, p 45

¹⁰⁶ Ibid.

prise en charge des personnes ayant une maladie chronique »¹⁰⁷. Cet outil qualité partagé par l'équipe et le patient favorise l'harmonisation des pratiques et une personnalisation du parcours.

L'évaluation du projet de soins individualisé, permet de porter un regard sur le travail accompli et une réflexion sur les pratiques professionnelles et ainsi leur donner du sens.

3.4 L'évaluation des pratiques professionnelles

La notion de qualité, envisagée comme but à atteindre, mobilise la question de l'évaluation. L'évaluation est une partie intégrante des pratiques soignantes et de la démarche de soin. Néanmoins, l'instauration des EPP s'inscrit dans une dynamique de projet et un cadre réglementaire. Elles se positionnent dans le but de l'amélioration de la qualité des soins et du service médical rendu.

3.4.1 Cadre législatif et réglementaire

Le corpus juridique s'est complété au fil des années. Loin d'être exhaustif, la finalité de ces quelques références est de contextualiser l'émergence et l'implantation de l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce bref rappel concerne essentiellement l'activité soignante en établissement de santé, et plus spécifiquement le cadre de santé et l'équipe paramédicale.

Comme il a été précédemment évoqué, c'est en 1991 qu'apparaît la question de l'évaluation pour la première fois. « *Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de disposer de moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité [...] Les établissements de santé, publics ou privés, développent des politiques d'évaluation des pratiques professionnelles afin de garantir efficacité et qualité* »

¹⁰⁷ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_vierge.pdf ; consulté le 10/03/13

Puis en 1996, les ordonnances Jupé¹⁰⁸ rendent obligatoire l'accréditation des établissements de santé. L'ANAES, une instance indépendante, est chargée de sa mise en œuvre de cette procédure externe. Après une auto-évaluation, elle apprécie la qualité dans l'établissement par un regard extérieur.

Le décret¹⁰⁹ de 2005 caractérise l'évaluation des pratiques professionnelles. L'EPP « *consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute autorité en Santé¹¹⁰ et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Cette démarche concerne la pratique médicale et paramédicale, ambulatoire et en établissement de santé* »¹¹¹.

Les différents manuels de certification, s'inscrivant dans la continuité, accordent une place grandissante de cet usage. En outre, la certification V 2010, 3^e version, enjoint l'ensemble des professionnels de santé de tous les secteurs d'activités à la démarche d'EPP. En devenant une pratique exigible prioritaire (PEP), elle implique qu'en son absence la sanction de non-certification sera prononcée.

Enfin, la loi « HPST »¹¹², ouvrant à la notion de dispositif de développement professionnel continue, renforce l'astreinte les infirmiers, à l'instar des autres professionnels de santé, au perfectionnement et à l'évaluation des pratiques professionnelles. L'HAS l'illustre par ces propos : « *L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue (FC) sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le Développement Professionnel Continu (DPC) reposant sur des principes simples. Les textes d'application du DPC parus en janvier 2012 placent ainsi tous les professionnels de santé dans la même obligation annuelle : Evaluer ses pratiques*

¹⁰⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹⁰⁹ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

¹¹⁰ L'ANAES devient la Haute Autorité de Santé (HAS), autorité publique indépendante, son pouvoir est renforcé.

¹¹¹ Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

¹¹² LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

et faire de la formation continue. »¹¹³ Ainsi, le lien est posé entre ces deux principes. Le cadre de santé agit sur deux leviers : celui de la qualité des soins et celui de l'évaluation des compétences des professionnels de l'unité dans une dynamique de progression.

3.4.2 L'EPP, démarche qualité dans la pratique quotidienne

Dans les établissements, les EPP ont pu s'appuyer sur les groupes de travail et de réflexion existants. Leur mise en place a également favorisé l'émergence d'innovations. Les thèmes sont variés et proches de la pratique quotidienne. Au Centre hospitalier JM Charcot, des thèmes tels que le « relevé des incidents dans le cours du circuit du médicament », « la prévention du risque suicidaire », ou encore la « prévention, et coordination et accompagnement des soins dentaires chez le patient psychotique »¹¹⁴ ont été mis en œuvre dernièrement. Restant intégrées à l'exercice clinique des soignants, elles nécessitent néanmoins d'être accompagnées afin de favoriser la participation et l'engagement des soignants.

De structurer la démarche, de se fixer des étapes, de s'appuyer sur une méthodologie pour réfléchir possède un aspect rassurant. Le principal avantage de cet outil est qu'il permet d'éviter l'évaluation subjective et le non-sens. Il est vrai que de partager ses doutes, ses inquiétudes, ses sentiments lors de réunions peuvent avoir un aspect insécurisant ou déstabilisant. Les contours de l'EPP sont bien délimités. Les moyens pour aborder la réflexion sur les pratiques professionnelles sont palpables et concrets dans la démarche d'EPP. Elles permettent d'objectiver les soins, reprenant les bases de l'hexamètre de Quintilien : qui ? quoi ? comment ? ou ? pourquoi ?.

Au-delà de la comparaison à un référentiel, utilisant par exemple l'audit, l'EPP prône différentes approches se référant à l'objectif visé. Il s'agit d'approches par processus, faisant appel notamment au chemin clinique, d'approches par problème, empruntant les méthodes entre autre d'analyse des causes, ou d'approche par indicateurs, s'intéressant principalement à l'analyse et au suivi d'indicateurs.

¹¹³ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_749146/dpc-des-infirmiers ; consulté le 10/03/13

¹¹⁴ 2 des 8 thèmes développés, en cours, au Centre hospitalier Charcot

Eric ZAOUI met en garde contre « *L'application des méthodes et des outils de travail [qui] est demandée voir imposée aux praticiennes. Elle se heurte souvent à leur résistance, soit parce qu'elles n'en perçoivent pas toujours le sens ou la pertinence en regard de leur pratique, soit parce que le flot d'actes quotidiens les cantonne plus dans le registre du faire que dans une dynamique où action et réflexion professionnelles sont mêlées.* »¹¹⁵ Aussi, le rôle du cadre de santé en unité de soin et/ou chef de projet d'EPP est « *non pas d'ajouter aux activités de soins un dispositif d'évaluation* »¹¹⁶, mais d'inclure cette démarche à la pratique et de permettre aux acteurs de se l'approprier. C'est à ce prix que les EPP prennent corps et sens aux yeux de tous. Le processus managérial leur donne une valeur de réel dispositif formateur, et un gage de qualité pour tous. Elles peuvent également ouvrir le chemin vers d'autre processus de réflexion.

¹¹⁵ ZAOUI Eric, Donner du sens à la pratiques clinique pour renforcer la bientraitance dans les soins, revue de l'infirmière, novembre 2009 n 155, p 19- 21

¹¹⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_408940/evaluation-des-pratiques-professionnelles

4 L'enquête de terrain

« Les deux mots les plus brefs et les plus anciens, oui et non, sont ceux qui exigent le plus de réflexion. »¹¹⁷

Toutes recherches ne consistent pas seulement au collationnement des auteurs entre eux, ni à la mise en perspective avec ses propres représentations. Elle consiste également à se confronter avec des réalités de terrain. Il me semblait important d'ancrer mon sujet de réflexion dans cette perspective professionnelle. L'enquête, démarche dans un processus de recherche permettra d'enrichir ce travail avec des dimensions pratiques.

Des réponses aux nombreuses questions ont commencé à se dessiner au travers du cadre théorique quant aux conceptions managériales soignantes de la qualité des soins, aux moyens pour entretenir des réflexions soignantes, aux postures managériales. Toutefois les observations, les jugements, et les réflexions de cadres de terrain étayeront cette première vision notionnelle.

Après avoir énoncé les objectifs de l'enquête et rappelé le questionnement de départ, j'explicitai et commenterai mes choix méthodologiques pour l'enquête réalisée auprès des professionnels. Puis, j'analyserai les données recueillies au cours des entretiens qualitatifs et les confronterai aux concepts développés. Enfin, je définirai les limites de cette enquête.

¹¹⁷ Pythagore

4.1 Les objectifs de l'enquête

L'objectif général de l'enquête est de recueillir des témoignages, des avis, des perceptions qu'ont les cadres de santé de la problématique. Leurs réflexions m'apporteront des éléments de réponses à la question de départ.

A savoir :

En quoi donner du sens aux soins, améliore-t-il la prise en charge du patient en psychiatrie ?

Comment le cadre de sante peut accompagner les équipes afin de donner du sens au travail et aux pratiques professionnelles ?

Aussi la finalité de l'enquête et de son analyse est de discuter les hypothèses posées. Je me permets ici de les rappeler :

➤ 1^e hypothèse :

L'organisation et le maintien par le cadre de santé de temps de réflexion clinique, au quotidien est indispensable pour que l'équipe élabore sa pratique professionnelle et lui donne du sens. Aussi, ces réflexions sont nécessaires pour une qualité des soins.

➤ 2^e hypothèse :

L'implication de l'équipe paramédicale, autour, notamment, du projet de soin et du projet personnalisé du patient, permet de donner du sens aux soins. En accompagnant l'équipe dans une réflexion et un questionnement soignant, le cadre de santé rend possible des soins de qualité.

➤ 3^e hypothèse :

L'EPP est un moyen supplémentaire pour susciter une démarche de réflexion soignante dans l'équipe paramédicale. Le cadre, le pilote ou facilitateur de cette démarche qualité, favorise l'émergence ou l'entretien d'une réflexion soignante

4.2 La méthodologie

4.2.1 Le choix de l'outil de recherche

Afin de recueillir des informations qualitatives, j'ai opté pour l'entretien semi-directif. Cette méthode consiste à mener des entretiens au cours duquel une liste de quelques questions est posée. Cette dernière préparée en amont, reste souple. L'ordre des questions varient en fonction des entretiens. Des questions de relance pour mieux comprendre une réponse ou pour l'affiner sont envisagées. Si l'interaction et les échanges sont favorisés, il est essentiel de ne pas se disperser et de recentrer la discussion sur l'objet de l'investigation.

Selon QUIVY et VAN CAMPENHOUDT, l'entretien permet une « *analyse du sens que les acteurs donnent à leur pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs représentations sociales, leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences, etc.* »¹¹⁸

Aussi, par soucis de méthodologie, je tiens à présenter le procédé d'entretien :

- Un guide unique d'entretien (le même support), mais avec la possibilité de modifier l'ordre et d'adjoindre des questions de relance et/ou de compréhension
- Un enregistrement de l'entretien quand l'accord de la personne a été obtenu
- Des entretiens d'une durée de 45 minutes maximum.
- De donner si possible la grille d'entretien quelques jours en amont
- De réaliser les entretiens dans un endroit calme

Par ailleurs, l'entretien est un outil avec lequel je me sens à l'aise. Dans mon exercice professionnel d'infirmière en psychiatrie, c'est une technique que je maîtrise pour l'avoir pratiqué au quotidien pendant plusieurs années. Grâce au guide d'entretien, il est possible de suivre une trame et de donner de la cohérence aux données recueillies. Donner à l'avance, il permet aux personnes enquêtées de réfléchir à ce qu'elles veulent transmettre.

¹¹⁸ QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc, Manuel de recherche en sciences sociale, Dunod, juillet 2011, 4e édition, p.172

La connaissance de la trame, de la durée maximum, des conditions de réalisation rassurent par le cadre posé et donnent suffisamment d'informations pour créer un climat de confiance et de libre expression.

4.2.2 La population et le terrain ciblés

Mon travail repose sur le positionnement du cadre de santé et l'impact de la dynamique de projet et du management par projet sur les équipes, pour donner du sens aux pratiques dans les unités de psychiatrie. La population ciblée est par nature des professionnels d'encadrement en psychiatrie.

La démarche vise à enquêter dans au moins deux établissements de santé, public et privé, de l'Ile de France. Mon intention est de m'entretenir avec six cadres¹¹⁹ exerçant ou ayant exercé dans des services d'hospitalisation à temps complet ou en hospitalisation de jour. Car les problématiques rencontrées par les soignants sont plus prégnantes dans ce type de structure au regard de la population accueillie et du « turn-over » des professionnels. J'ai choisi d'interviewer des personnes ayant de l'expérience en psychiatrie, mais en recherchant un nombre d'année d'exercice varié dans leur fonction d'encadrement. Il m'a semblé aussi intéressant d'avoir le point de vue de cadres de différentes filières (infirmière, médico-technique, rééducateur) afin d'enrichir les angles de vues, ainsi que de cadres supérieurs de santé pour élargir à différents points de vue et positionnements managériaux.

4.2.3 Les aspects recherchés dans l'entretien

- En lien avec la conception et les représentations des cadres interrogés :
 - de la qualité et des soins de qualité
 - de donner du sens aux soins

- En lien avec la pratique managériale :
 - Les postures managériales dont l'accompagnement

¹¹⁹ Lire cadre de santé et cadre supérieur de santé

- La conduite de projets dont le projet de soins, le projet personnalisé du patient, les EPP
- L'organisation, la facilitation d'espace de réflexion

4.2.4 Les limites liées à la méthodologie d'enquête

Il me semble important de penser aux limites à priori de l'enquête et afin d'en tenir compte dans l'analyse des données recueillies. Dans le cadre méthodologique que je me suis posé le nombre d'entretiens n'autorisera pas de dégager une « certitude » absolue mais il permettra une tendance, des opinions croisées. Cette méthode ne permet pas de faire une généralisation. L'aspect qualitatif souffrira de données statistiques et d'absence de quantification (force du nombre).

De plus, il faut compter avec l'introduction possible de biais dans l'entretien, par exemple, dans la direction de l'entretien (relance inopportune,...), ainsi que dans l'analyse du contenu de l'entretien à posteriori. *« Ce travail d'enquête sur le terrain, à visée opérationnelle, pose pourtant les limites de la fiabilité des données, basées essentiellement sur une analyse de discours, sur ce que les personnes ont « pu » ou « voulu » exprimer de leur pratique professionnelle. Elle donne la photographie, à un « instant T », d'un service de soins, qui comme chacun le sait évolue et se transforme en permanence. »*¹²⁰

Je me suis astreinte à n'intervenir qu'auprès des encadrants. Outre l'expérience des cadres, il aurait aussi été intéressant de connaître l'avis des professionnels, infirmiers et aides soignants, sur ce qui leur permettrait selon eux de donner du sens à leur pratique. Les contraintes de temps ont nécessité de faire des choix.

4.3 Le déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée sur deux semaines du 14 mars 2013 au 22 mars 2013. Elle porte auprès de six cadres en psychiatrie.

¹²⁰ ABIVEN Annie, « Vous avez dit... motivation ? », mémoire IFCS ESM, 2000 - 2001

Dans le panel enquêté¹²¹ :

- Cinq cadres de santé en service de psychiatrie :
 - Avec des lieux d'exercice différents : en service d'hospitalisation, en HDJ, en CMP.
 - Leurs nombres d'années d'expérience dans la fonction et en psychiatrie sont diversifiés : respectivement de 3 à 21 ans et de 8 à 37 ans.
 - Deux infirmières diplômé d'état, deux infirmières de secteur psychiatrique, une technicienne de laboratoire ;
 - Trois personnes exercent dans mon établissement d'origine, Deux personnes travaillent dans deux établissements publics différents.

- Une cadre supérieure de santé exerçant en psychiatrie dans un pôle disposant entre autres de service d'hospitalisation, d'HDJ, de CMP, dans mon établissement d'origine.

Trois entretiens ont été réalisés en face à face, et pour 3 d'entre eux par téléphone en raison de contraintes et/ou de problème de concordance d'emploi du temps. Leur durée moyenne est d'environ 40 minutes. Les trois entretiens en face à face ont été enregistrés après accord des personnes dont un partiellement à la demande de l'interviewée.

Il faut concéder que l'hétérogénéité recherchée des types établissements (privé, ESPIC, public,) n'a pas pu être possible. Toutes les personnes interrogées sont des femmes exerçant dans des établissements publics.

4.4 L'interprétation et l'analyse des données recueillies

*« La restitution des données reprend de manière globale les idées exprimées par les cadres. Cette recherche s'appuie également sur des entretiens informels, des écrits, des rencontres ou des réflexions recueillis durant toute la période de construction (soit environ dix mois). Il s'agit de « comprendre » plutôt que de « démontrer ».[...] Cette étude n'a donc pas de visée scientifique».*¹²²

¹²¹ Cf. annexe 4: tableau synthétique des profils enquêtés

¹²² ABIVEN Annie, « Vous avez dit... motivation ? », mémoire IFCS ESM, 2000 - 2001

Dans un premier temps, je présenterai ce qu'évoque, pour les cadres¹²³, de donner du sens aux soins et les conceptions qu'ils ont de la qualité, ainsi que leurs représentations des rôles du cadre de santé quant à ces deux concepts.

J'exposerai également les moyens, les ressources et les dispositifs mis en œuvre pour entretenir la réflexion soignante. Je commenterai ensuite les outils managériaux utilisés par les cadres pour donner du sens aux soins et favoriser une pratique de qualité.

4.4.1 Les conceptions des cadres

- La qualité

A l'évocation du terme de qualité, les cadres pointent la démarche qualité et plus encore la qualité du soin. Ils la définissent également comme combinant la qualité technique, relationnelle et perçue par le patient (satisfaction...).

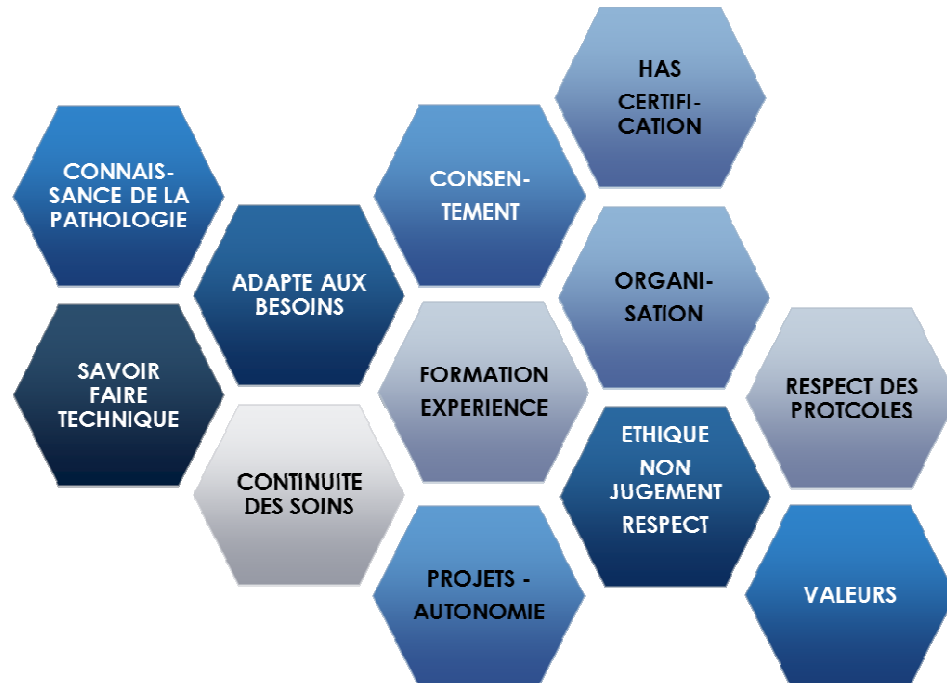
Ils citent la démarche qualité de l'HAS et la qualité selon des critères tels que « *le respect des protocoles* », des « *méthodes préconisées* ». Aussi un soin de qualité consiste en « *la maîtrise des outils* » (pour les soins indirects).

La qualité implique de « *connaître la pathologie du patient* », de prendre en compte le patient dans sa globalité « *sans oublier la famille parce qu'on a de plus en plus besoin de la famille* », « *que les soins n'isolent pas (social, culturel,...)* » C'est également « *tenir compte de tout ce qui en physique, être à l'écoute* ». Une personne précise que l'aspect social et administratif est également à prendre en compte afin que le soin soit de qualité « *le patient en psychiatrie a très souvent des problèmes sociaux (logement, travail, finances...)*. *Le soin en psychiatrie ne peut pas faire l'économie d'un accompagnement sur certains aspects de l'intégration en tant que citoyen* ».

Une personne explique que « *dans le soin de qualité il y a une partie objective et évaluable du soin (organisation, respect des protocoles, actes techniques...)*, *il y a aussi toute une partie subjective où chaque soignant « y met ce qu'il est » (ses valeurs, ses connaissances, son expérience)* ».

¹²³ Liens cadres de santé et cadres supérieur de santé

La dimension éthique est également associée au travers le non jugement, le concept de bienveillance ainsi que le consentement du patient, sa participation, sa satisfaction et sa reconnaissance.



Les conceptions de la qualité selon les 6 cadres interrogés

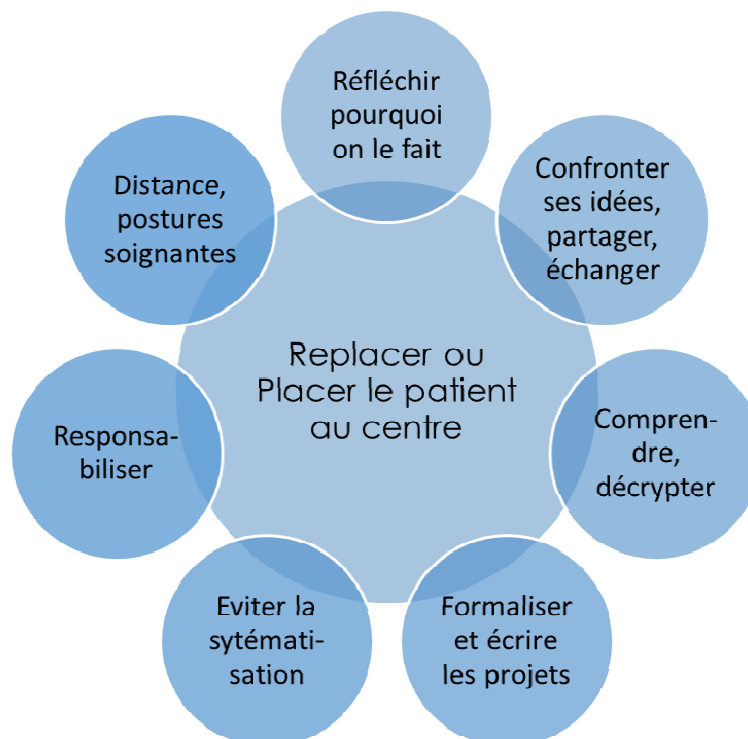
De plus, la qualité des soins est appréciée comme un processus avec une finalité. Un cadre que la qualité c'est « *Donner une réponse (soin) la plus adaptée au besoin du patient lui permettant de reconstruire de retrouver un état lui permettant de construire un projet de sortie de l'établissement avec pour objectif son autonomie et de pouvoir poursuivre les soins* ».

- Le sens donné aux soins

Les cadres ont exprimé que donner du sens aux soins c'est « *Réfléchir à ce que l'on fait et comprendre pourquoi on le fait* ». C'est également « *mettre des mots sur ce qui est fait* ». Il convient d'« *éviter la systématisation* », c'est-à-dire, de formuler une « *réponse individualisé et adapté à chaque patient dans les meilleurs soins dans les meilleures conditions* ».

Pour la plupart des cadres, donner du sens aux soins, c'est « *placer le patient au centre* ». Une autre personne développe qu' « *il faut donc d'abord se mettre en position d'écoute* » *« au service de l'autre »*. *Faire preuve d'empathie. Pour donner du sens, il faut tenter de comprendre l'autre (altérité)*. Elle ajoute « *Les connaissances cliniques, l'expérience, la motivation... favorise* » *« la posture soignante »*. *Il faut pouvoir décrypter ce que le patient dit ou ne dit pas. Eviter à tout prix le jugement de valeur et les diagnostics « à l'emporte pièce »*. *Il est également essentiel de reconnaître le patient aussi comme citoyen avec des droits et des devoirs : il n'est pas qu'un malade »*.

De plus, « *donner du sens peut se faire à un niveau individuel pour chaque soignant (s'interroger sur sa pratique, enrichir ses connaissances, diversifier ses expériences, faire preuve de curiosité intellectuelles...)* et à un niveau collectif en équipe. *Confronter ses idées, échanger avec ses pairs, poser des espaces de réflexions, s'interroger à plusieurs, chercher des ouvertures... la compétence collective d'une équipe est supérieure à la somme des compétences individuelles de chaque membre de l'équipe. C'est le réfléchir ensemble, placer le patient au cœur d'une prise en charge en équipe. »*



Les conceptions de donner du sens aux soins selon les 6 cadres interrogés

En somme les cadres, chacun par leurs mots rejoignent les propos développer dans le cadre conceptuel, à savoir, que donner du sens consiste au travail autour d'une réflexion soignante et à la singularité des situations de soins.

D'autres éléments non évoqués dans le cadre théorique ressortent de plusieurs entretiens comme par exemple la responsabilisation des soignants qu'une personne a relié au travail de référent.

4.4.2 Les outils de management

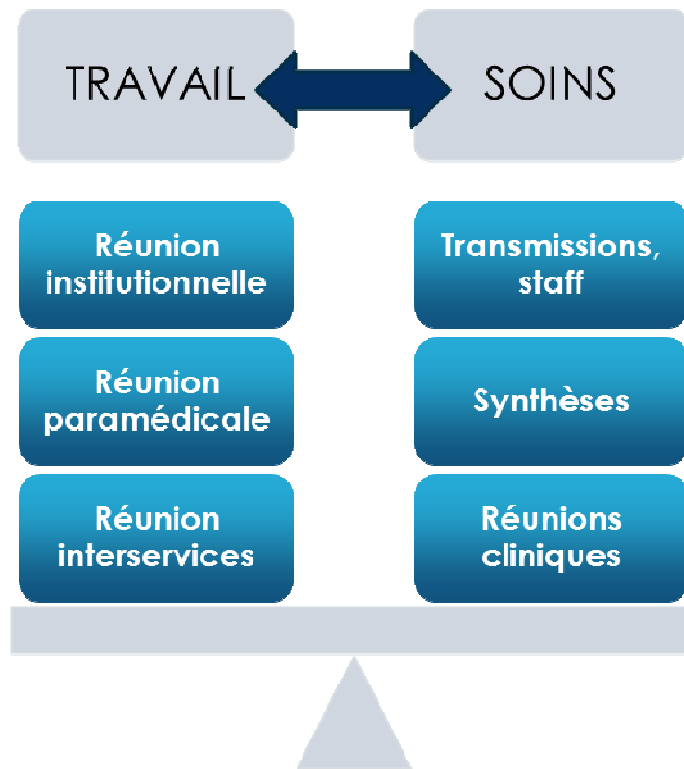
- Les espaces temps de réflexion

A l'unanimité, afin de donner du sens aux pratiques professionnelles, les cadres organisent des temps de réflexion collégiale. Ils portent aussi bien sur le travail et son organisation (les réunions institutionnelles, les réunions paramédicales, les réunions interservices...) que sur les soins en eux même (transmissions, staffs, synthèses de patient, réunions cliniques...).

Chacun a un objectif spécifique, mais tous, selon les cadres interrogés, donnent du sens aux pratiques professionnelles. Pour plusieurs personnes, « *les ordres du jour et l'animation revient le plus souvent au cadre de santé. La parole est plutôt libre.* ». Un des interviewé précise l'importance de l'organisation en tant que fonction structurante.

En fonction des lieux d'exercice, des réunions viennent en réponse au besoin des unités de soins. Par exemple les cadres en hôpital de jour proposent des « *analyses des ateliers proposés (Présentation /évaluation/évaluation des différents ateliers)* » une personne évoque des « *échanges riches et constructifs* ». Une autre en profite pour aborder avec l'équipe le « *budget, les priorisations et la responsabilité* ».

De façon générale des réunions sont organisées deux fois par semaine avec des thèmes et des sujets différents. Elles permettent de « *se poser pour réfléchir* » car « *c'est difficile de se poser quand ils [les soignants] sont dans l'agir* ». Aussi ces temps d'échanges aident à « *analyser les pratiques* ».



**Les espaces de réflexions afin de donner du sens aux pratiques professionnelles
selon les 6 cadres interrogés**

Annie ABIVEN formule que « *Mener une réflexion [...] c'est questionner, c'est perméabiliser son système de valeurs, c'est ouvrir les brèches et laisser entrer l'information. C'est également accepter, voir rechercher une déstabilisation de son savoir, de ses acquis, de ses convictions. Questionner c'est aussi vouloir entrer en contact et échanger avec l'autre, c'est lui accorder un intérêt, accepter ce qu'il vous apporte ou vous refuse. C'est aussi admettre de ne pas trouver, ou de trouver autre chose que ce que l'on avait pensé ou espéré au départ* »¹²⁴.

*Aussi, « le cadre de santé a un rôle essentiel dans cette recherche de sens. Il doit favoriser la réflexion pluriprofessionnelle pour construire un collectif de soin. Le patient n'est pas alors pris en charge par telle ou telle personne mais par un collectif professionnel (le Centre M*** par exemple). ».*

¹²⁴ ABIVEN Annie, Instauration de la loi du 5 juillet 2011 : Quel impact pour les professionnels exerçant en unité d'hospitalisation psychiatrique ?, mémoire de Diplôme Universitaire « Risques psycho-sociaux et santé en milieu hospitalier », 2011 /2012, p 43

Un cadre explique également que les temps d'échange et de réflexion privilégient « un partage de savoir » ainsi « ils aident à ce que chacun comprenne, et pourquoi on le fait [attitude, positionnement, actes de soin]»

Les cadres d'intra ont particulièrement insisté sur les personnes ressources. Car, les réunions qu'ils animent se réalisent fréquemment en binôme cadre/cadre supérieur ou cadre/médecin. Deux personnes ont manifesté l'importance d'un binôme cadre /cadre supérieur « sur la même longueur d'onde » et d'un travail en complémentarité. Ainsi la « cohérence » est porteuse de sens pour les équipes de soins.

- Le management par projet

La notion de projets est évoquée chez les cadres aussi bien les projets de soins de l'unité, les projets qu'ils ont menés au quotidien, des projets de formation pour les équipes que les projets de soins individualisés du patient. Pour Marie-Ange COUDRAY « *Le cadre a un rôle essentiel de liaison entre les personnes et les projets, les objets, les valeurs communes. Il s'agit d'une fonction de fédération autour de projets communs et de valorisation des personnes du groupe les unes devant des autres* »¹²⁵

Une des personnes interrogées explique que le projet des soins est écrit avec l'équipe. Elle ajoute que « *c'est le projet de soins que le cadre veut mener pour l'équipe de soins et le service qui va permettre de donner du sens et de fédérer l'équipe autour d'un projet, améliorer le travail de l'équipe pluridisciplinaire* ».

L'écriture avec les soignants a permis à plusieurs équipes d'explicitier et de formaliser une pratique. « *L'étape de formalisation a permis de se poser et de poser la réflexion. Ça a permis de voir qu'il faisait ça [l'éducation thérapeutique] au quotidien, de l'écrire ça a permis une prise de distance regard sur les pratiques* ».

¹²⁵ COUDRAY marie ange, le cadre soignant en éveil, la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens, p164

Les projets porteurs de sens pour l'équipe et menés par les cadres sont variés, car ils permettent de donner « *une ligne directrice* ». À plusieurs reprises, il est affirmé qu'ils doivent replacer le patient au centre du dispositif de soins,

Le travail de réflexion collégiale lors de réunion est un thème qui revient de façon rémanente dans les entretiens. En effet, le travail d'analyse en équipe pluridisciplinaire de situations problématiques et/ou de thèmes relevant de l'exercice quotidien est amené par les cadres, tels que « *le repas thérapeutique, les temps d'accueil, la référence infirmière, les ruptures de soins... Ces thèmes permettent de donner du sens à la pratique, de construire un collectif professionnel* »

La mise en place de nouveaux groupes thérapeutiques est un thème qui ressort également du discours des cadres. De plus, des cadres insistent sur la participation des soignants à l'élaboration de projet. Par exemple, un cadre rapporte que « *la mise en place d'un livret d'accueil sur l'hôpital de jour a permis de réfléchir sur les différentes étapes de l'hospitalisation (admission, contrat de soin, accompagnement, indications médicales, projets futurs...)* ; *cela donne du sens aux actes.* ». Par ailleurs, une personne indique que le cadre « *porte un regard sur les pratiques, il est garant de la sécurité et de la, qualité associé à la pratique* » Elle illustre son propos en expliquant qu'elle s'appuie sur la « *législation [pour les différents projets] cela, donne un cadre, parfois il faut réajuster, trouver une autre solution* ».

Pour le reste, la mise en œuvre de projets d'éducation thérapeutique du patient (ETP)¹²⁶ pour plus de la moitié des cadres a été un levier de réflexion sur les pratiques et a permis de travailler avec l'équipe les modalités de prise en charge. Aussi, cet axe spécifique non exploré au travers du cadre conceptuel s'affiche comme une piste de recherche.

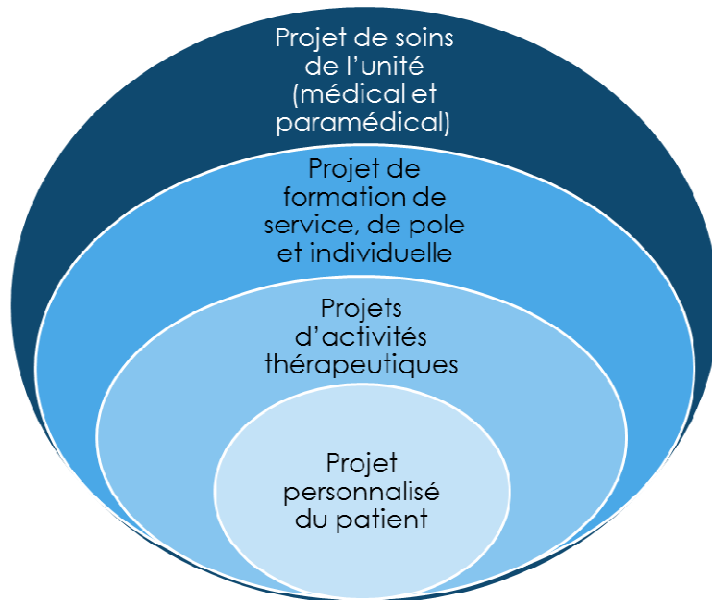
En outre, des actions de formations internes au service et/ou avec le soutien de la formation continue sont mises en œuvre ou sollicitées par plus de la moitié des cadres.

¹²⁶ Article L. 1161-1 à L1161-4 du code de la santé publique - Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Aussi des formations sur les pathologies mentales et de prise en charge spécifiques (*être Référent /les thérapies brèves...*) pour le cœur de métier en psychiatrie sont mises en place pour « *répondre au besoin de formation complémentaire* ». Pour le cadre il s'agit de « *guider [les soignants], repérer les manques, leurs besoins.* »

En illustration, un cadre parle de « *présentations d'une pathologie une fois par mois par les praticiens hospitaliers du service. Chacun fait différemment : un cours power point, une réflexion autour de cas concret (mais pas des patients du service)* ». L'idée est aussi de faire « *circuler la parole, et faire respecter la parole et l'écoute de l'autre. Ça permet de resserrer les liens avec les médecins, c'est une construction commune* ».

Il s'agit « *d'un apprentissage du sens. Il est important que le cadre supérieur et le cadre de santé participent* ». Le fait que « *le cadre pose des questions cela montre que le cadre ne sait pas tout, ça les rassure. Mais c'est important également qu'il réponde et intervienne de façon pertinente, sa connaissance et son expertise rassurent et ça met du lien* ».



Le management par projet

En termes de projet, l'outil du projet de soins du patient est relayé et accompagné par les cadres aussi bien pour donner du sens que pour valoriser le travail des équipes. « *Le projet de soin du patient va rassembler l'équipe vers un même but. C'est ce qui va associer*

et ainsi permettre une culture commune. Pour que cela fonctionne il est nécessaire qu'il y ait une réflexion d'équipe qui soit formalisée ». Un cadre exprime qu'il rappelle à l'équipe que « même si il se passe rien pour le patient, il faut noter dans le dossier, vérifier par le cadre, car le patient doit être vu tous les jours et il y a des soins qui sont faits (douche, écoute,...) ». Elle explique qu'elle le fait « surtout pour les patients hospitalisés au long cours et pour les petites choses du quotidien que l'équipe ne voit plus. C'est le travail qu'ils font tous les jours et c'est la valorisation de leur travail et on leur dit avec le cadre supérieur. »

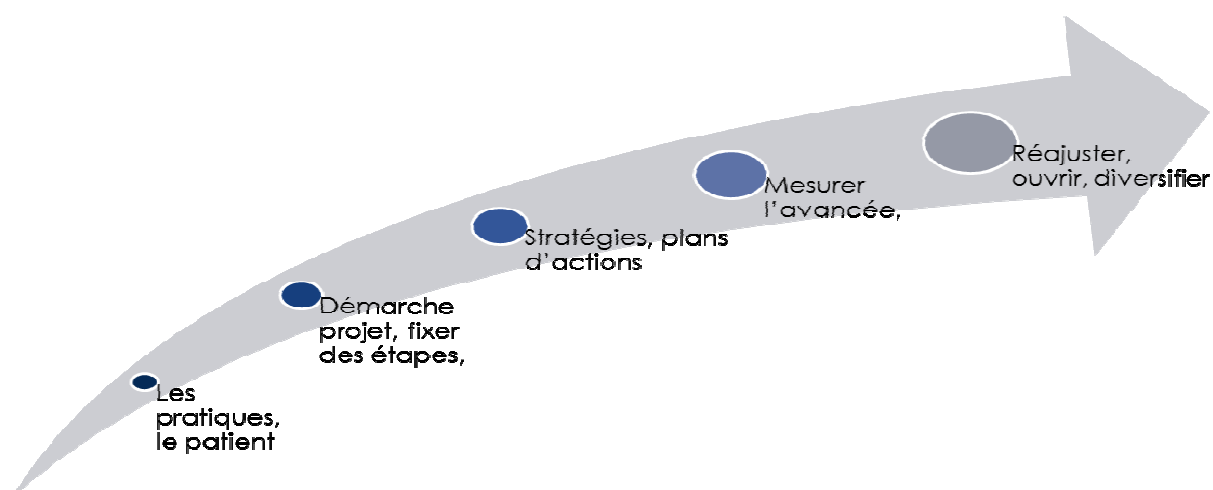
Bien que ne faisant pas l'objet de la recherche, l'écriture du projet individualisé du patient ou même l'écriture des projets d'activités thérapeutiques, par et avec les équipes, est régulièrement revenu dans les entretiens. Dès lors, je constate que l'écriture des projets est un élément important pour donner du sens aux pratiques professionnelles.

- Les EPP

L'enquête fait ressortir de façon unanime que les EPP sont une plus-value pour les réflexions soignantes. Mais ces réponses sont tempérées par 2 des 6 cadres interrogés pour des motifs différents. Car, ils estiment que, soit les résultats des travaux d'EPP ne sont pas ou peu relayés auprès de l'ensemble des soignants, soit parce qu'elles ne sont que peu pérennisées au-delà de la certification.

Toutefois, pour certains qui l'ont expérimenté en tant que membre d'un groupe et/ou ayant impliqué des soignants de leur service sur des EPP afin qu'ils effectuent des retours à l'équipe considèrent l'EPP comme « *un partage d'expérience avec les autres services* » et qu'elle « *mobile les énergies* » et la réflexion. Par ailleurs, l'implication des soignants de l'équipe a pu se faire lors de réunion animée par le cadre de santé pour présenter la certification et la démarche d'EPP. Ainsi, un cadre évoque la participation d'une aide-soignante à une EPP sur les soins dentaires qui a pu retransmettre et restituer aux autres membres de l'équipe les réflexions du groupe lors d'une réunion paramédicale. Un autre cadre l'évoque en tant qu'« *outil de management* » favorisant la qualité pour avoir proposé à des soignants de participer à une EPP sur la bonne tenue du dossier de soins.

Aussi, un cadre fait remarquer que « *la démarche EPP peut être un outil très performant pour réfléchir en équipe. Elle se base sur une méthodologie qui permet de structurer la réflexion, de l'appuyer sur des observations et des actions concrètes. En psychiatrie, la phase d'évaluation n'est pas toujours utilisée à sa juste mesure : cette phase est capitale pour fixer des étapes, réajuster, ouvrir, diversifier. La démarche EPP permet également de modéliser la réflexion. Elle part d'un constat, d'une problématique et impose d'aller plus loin que le fait de poser un problème. **La démarche EPP est généralement utilisée par les professionnels notamment dans la démarche projet. Elle fixe des stratégies, des plans d'actions, avec un échéancier ce qui permet de mesurer les avancées du projet.*** »

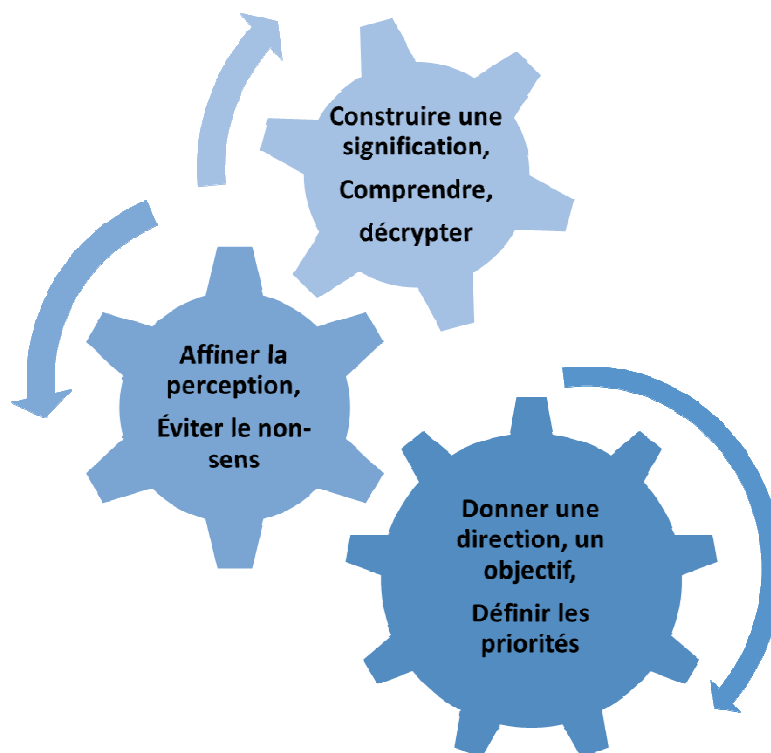


Les EPP, outils de management par projet

- Les postures managériales du cadre

Corinne SLIWKA et Claudine DECHAMPS définissent leur conception du rôle de cadre de santé par l'accompagnement à donner du sens. Elles envisagent que « *si le cadre n'est pas un expert, il intervient néanmoins comme référent, celui qui donne un sens, dans les différentes acceptations du terme (affine la perception, donne une direction et construit la signification). Il n'est pas le professionnel qui détermine le comment faire (domaine de la formation, de la qualification) mais plutôt celui qui pose la question du pourquoi (mise en lien des ressources, orientation, questionnement sur les pratiques). Si la mise en place de système de contrôle d'organisations performantes peut être entendue en dehors de l'appartenance aux soins, elle ne permet pas le questionnement sur le sens, sur les valeurs*

en jeu dans la rencontre de l'autre différent de moi, qui m'appelle et qui m'interpelle lors d'un traitement c'est sur ce questionnement que le cadre peut faire avancer la réflexion globale »¹²⁷.



Donner du sens : le rôle du cadre de santé

L'ensemble des cadres fait référence à un encadrement de proximité (« *pas de barrière* »): être disponible et présent, être à l'écoute, offrir la possibilité d'être entendu et des échanges. Aussi, l'animation du travail des équipes doit être structurante, c'est dire être clair et « *favoriser une organisation pour que les choses se fassent* », organisé afin de donner du sens.

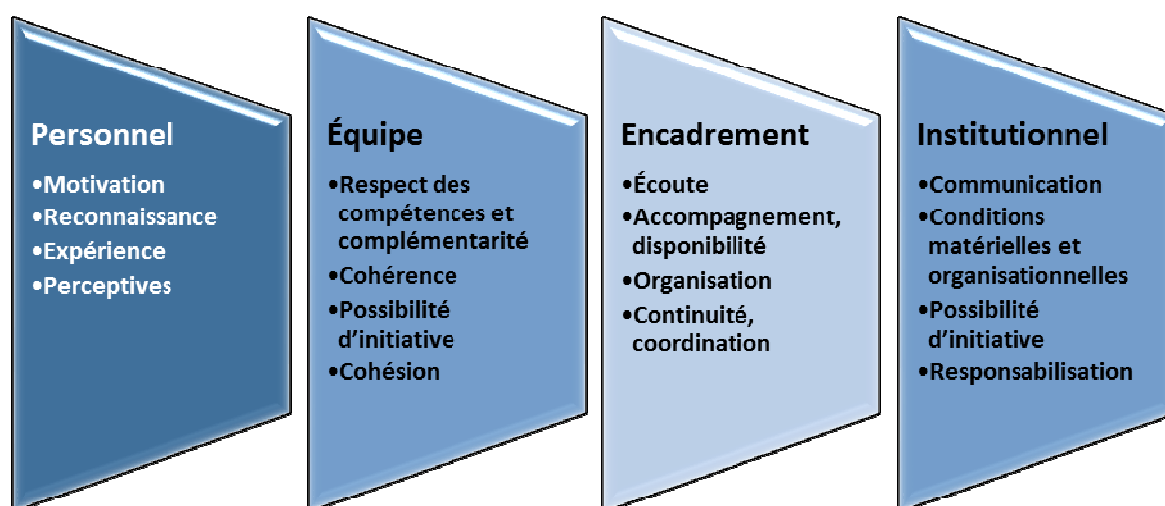
Stimuler la réflexion, c'est permettre et encourager le questionnement. C'est pourquoi, une cadre confie « *quand l'équipe pose une question, je souhaite leur apporter une réponse*. [Afin que] *l'équipe ne soit pas sans réponse*, [même si elle est] *possiblement*

¹²⁷ SLIWKA Corinne, DECHAMPS Claudine (dirigé par), Des cadres de santé, des cadres de métier, Lamarre, 2007, p 136

différée. Soit je cherche, soit j'oriente vers des personnes ressources. Si on coupe, si on ne répond pas c'est fini »

La notion de continuité est également ressortie dans plusieurs dimensions soit dans la durabilité des échanges et des décisions du collectif, soit dans la coordination des acteurs de la prise en charge.

Par exemple, une cadre explique, en parlant de la réunion « cadres /équipe »¹²⁸ :
« La réunion commence toujours par ce qui a été dit la fois précédente. Il y a un relevé de décision et une évaluation de la mise en œuvre. Si ce n'a pas été fait alors la question du pourquoi est posée au groupe. La continuité participe au sens, le cahier est consultable par tous entre les deux réunions. [...]Le bénéfice secondaire a été sur la dynamique de groupe : plus de respect, plus de cohésion. »



Les conditions favorables à la réflexion

En outre, la communication avec l'équipe pluriprofessionnelle est primordiale, il est nécessaire en tant que cadre de santé de « *s'assurer de la coordination médecin/soignant* » dans un objectif de cohérence. Il faut les envisager au-delà de mur de l'hôpital et de « *s'assurer du passage de l'information entre les structures (intra/extra/urgences) et les soignants de la prise en charge* ».

¹²⁸ Les réunions se font avec le cadre de santé de l'unité et le cadre supérieur du pôle

La majorité des cadres atteste qu'il faut travailler à « *la motivation des troupes* ». Cela est possible en permettant à l'équipe de « *se sentir reconnue, être impliquée par le N+1 et ses pairs* », mais également par « *l'invitation à parler, à proposer l'innovation ; en laissant prendre et donnant la parole, en tenant compte des remarques car laisser l'initiative favorise et laisse la place à la réflexion et la construction de la pensée* »

4.4.3 Des perceptives

Par ailleurs, « *le "management par le sens" propose des voies constructives pour les cadres mobilisés sur des processus orientés par les missions et améliorés par l'implication des agents. Il peut faire avancer les réformes au service du bien public, en facilitant la compréhension des enjeux et la prise en compte de leur complexité* ». ¹²⁹

Nombreux sont les cadres à avoir abordé les conditions nécessaires pour de permettre les réflexions des soignants. Elles dépendent selon eux de plusieurs facteurs : l'institution, l'équipe, des aspects personnels et des postures managériales. Comme pré-requis, au niveau institutionnel, il faut « *avoir des bonnes conditions de travail, avoir un projet d'établissement sur lequel s'appuyer, avoir une politique de formation continue dynamique et constructive, avoir des perspectives d'avenir ...* ». De plus, « *au niveau de l'équipe [il est important d'avoir] une bonne cohésion, un respect des différences, une hiérarchie à l'écoute, une charge de travail supportable, des conditions organisationnelles et matérielles adaptées, des compétences de professionnels...* ». Au demeurant, « *au niveau personnel, [il faut compter sur] la motivation au travail, l'expérience, la formation, la reconnaissance, les compétences, les perspective d'avenir, la santé...* »

« *La réflexion n'est possible que dans un milieu sûr. Lorsque le professionnel au travail se sent écouté et entendu, cela décuple ses compétences. Le cadre de santé a un rôle essentiel dans le développement de la réflexion clinique. Ses méthodes managériales doivent faciliter la réflexion et l'interrogation. La construction des savoirs professionnels passent par des temps d'échange et de confrontation.* »

¹²⁹http://www.esen.education.fr/fr/ressources-par-type/detail-d-une-ressource/?idRessource=1208&cHash=b83_dba8a37 ; consulté le 05/03/13

En termes de bénéfices pour la qualité des soins et pour le patient à donner du sens, plusieurs cadres expliquent que: « si l'équipe va bien, le patient va bien, alors elle communique mieux et s'organise mieux ». De plus « Une équipe qui va bien, qui se sent bien, qui comprend ce qu'elle fait dans la joie et la bonne humeur, ça à forcément une incidence sur la prise en charge. Le malade mental, c'est une éponge. Si en face, il a des soignants stressés, agacés, qui ont pas envie d'être là, qui ne comprennent pas ce qu'ils viennent faire, il est perturbé. Les bénéfices pour les patients, ça fait un service calme donc le patient est bien. ».

Aussi, la réflexion portée par Henri LACHMANN, Christian LAROSE et Muriel PENICAUD replace la dimension de ce bien-être au travail dans le cœur de métier du cadre de santé. « La santé des salariés est d'abord l'affaire de managers, elle ne peut pas s'externaliser. Au quotidien, le manager de proximité, qui organise le collectif de travail et prend les décisions au plus près des salariés, en est le premier garant. Il est aussi un relais essentiel avec la hiérarchie de l'entreprise : c'est lui qui fait remonter les difficultés rencontrées par les salariés et qui informe ces derniers sur les orientations et projets de l'entreprise. Son rôle d'écoute est fondamental. Les managers de proximité se trouvent confrontés à des difficultés nouvelles de positionnement. Il est essentiel de réaffirmer les compétences de décision : le manager de proximité ne doit pas être simplement une courroie de transmission. Il doit disposer de marges d'adaptation et de décision pour optimiser l'efficacité et la cohésion de son équipe (...) il ne peut y avoir de santé au travail sans vrais managers ».¹³⁰

¹³⁰ Dans l'étude « bien être et efficacité au travail » demandé par le premier ministre - 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail – présenté par Henri LACHMANN, Christian LAROSE et Muriel PENICAUD – novembre 2009 / février 2010

Proposition n° 1 : implication de la direction générale et de son conseil d'administration

Proposition n° 2 : les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé.

Conclusion

La fonction et la formation sont en mouvement. Plusieurs rapports ont été publiés pour évoquer les perspectives, notamment le rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de SINGLY en 2009, et le rapport de la mission YAHIEL/MOUNIER sur la formation des cadres en 2011. Dans un contexte en mutation, le cadre de santé devient « cadre de santé paramédical »¹³¹.

Aujourd'hui, la réingénierie du diplôme est en route, conjointement à la refonte du référentiel de compétence des cadres de santé responsables d'unités de soins et cadres de santé formateurs.

Philippe SVANDRA convient que « *pour retrouver une réelle légitimité, le cadre doit tendre aujourd'hui à se considérer à la fois comme un référent professionnel et comme un médiateur institutionnel.* »¹³². Au carrefour de différentes logiques soignantes, administratives et médicale, le cadre de santé doit trouver sa place, se positionner. En se conjuguant de façon collaborative, ces différentes logiques se rencontrent autour de celle du patient. La qualité des soins, dont le cadre de santé est garant, est également un élément de rassemblement. « *La qualité du service offerte à la population dépend avant tout de l'investissement personnel du professionnel. Les conditions dans lesquelles celui-ci peut exercer sa pratique et offrir ses talents sont déterminants. La responsabilité de l'encadrement est celle du changement, de la créativité, de l'audace dans l'expérimentation de voies innovantes et pertinentes permettant de penser une organisation plus propice au prendre soin et moins génératrice de dysfonctionnements, de perte de*

¹³¹ Décret n° 2012-1467 du 26 décembre 2012 relatif au classement indiciaire du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière

¹³² SVANDRA Philippe, entre référent et médiateur : la légitimité du cadre soignant, Objectif soins, mars 2003 n°114, p55-56.

temps, de déperdition d'énergie. »¹³³ Aussi, offrir à l'équipe de soins une qualité de travail passe par le sens donné aux pratiques professionnelles, c'est-à-dire au travail et aux soins.

« [Le cadre de santé en psychiatrie] doit en effet être en mesure de reconnaître qu'il n'est pas « l'expert qui sait tout ». Son rôle se situe bien dans l'accompagnement des professionnels en vue de l'élaboration de nouveaux savoirs cliniques inhérents à leur rôle propre. C'est à ce titre qu'il permettra aux professionnels de santé de faire évoluer voire de modifier leurs savoirs et donc leur rapport au savoir. En devenant des praticiens réflexifs, les professionnels donnent ainsi du sens à leur pratique soignante, ce qui a une incidence positive sur leur implication dans les soins auprès de la personne. »¹³⁴

« Dans ce cas, tout le travail du cadre réside alors dans le fait de répondre aux exigences de la démarche qualité tout en garantissant des soins adaptés à la singularité du patient. Le cadre doit donc s'appuyer sur ses valeurs soignantes pour initier, au sein de l'équipe pluri-professionnelle, une réflexion éthique sur le « prendre soin ». Elle est nécessaire dans le but de maintenir cette part d'humanité qui constitue le socle commun de nos pratiques soignantes. »¹³⁵

En somme, *« ce qui relie le soin au management, c'est la question du sens dans un environnement ordinaire. Pour le cadre, c'est ce sens qui lui permet de percevoir, d'évaluer, de diriger. »¹³⁶*

¹³³ HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, Masson, 2008, 2e édition, p17

¹³⁴ TALMON Martial, Le rapport au savoir du cadre de santé, source d'implication des professionnels en psychiatrie, octobre 2010 ; <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/le-rapport-au-savoir-du-cadre-de.html> ; consulté le 19/09/2011

¹³⁵ TALMON Martial, Le rapport au savoir du cadre de santé, source d'implication des professionnels en psychiatrie, octobre 2010 ; <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/le-rapport-au-savoir-du-cadre-de.html> ; consulté le 19/09/2011

¹³⁶ SLIWKA Corinne, DECHAMPS Claudine (dirigé par), Des cadres de santé, des cadres de métier, Lamarre, 2007, p 137

Cette année de réflexions, de recherches et de rencontres, m'a permis de travailler sur un thème qui me tient à cœur et qui m'a accompagné au gré de mon exercice professionnel. Ce travail m'a aidé à étayer ma pensée et ma vision du sujet. La prise de distance autorisée par la formation de cadre de santé a également rendu possible la construction identitaire de cadre de santé, et ouvert des perspectives en termes de management d'équipe.

Enfin, le consensus assez inattendu des réponses à l'enquête traduit à quel point la question du sens est centrale dans la gestion et l'animation d'équipe, il fait ressortir également la nécessité d'accompagnement des professionnels dans leur quotidien. Au-delà des difficultés rencontrées par les services de soin, relever le défi du management par le sens soulève d'autres questionnements tels que la formation initiale et complémentaire en psychiatrie et la transmission des savoirs.

Bibliographie

Ouvrages

- COUDRAY Marie-Ange, Le cadre soignant en éveil, La fonction d'encadrement au défi de la quête de sens, Seli Arslan, 2004, p 220
- HESBEEN Walter, La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, Masson, 2008, 2^e édition
- HONORE Bernard, quelle présence au monde dans le soin porté aux choses et aux autres ? ; dans ; collectif sous la direction de Walter HESBEEN, Dire et écrire la pratique soignante du quotidien : Révéler la quête du sens du soin, Collection Perspective soignante, Seli Arslan, 2009, p132-141
- LEYRELOUP Anne-Marie, DIGONNET Emmanuel, Pratique de l'entretien infirmier, collection : souffrance psychique et soins, Elsevier Masson, 2001, 155 p.
- MASQUELET Alain Charles, Penser la relation de soins pour une approche clinique renouvelée, Seli Arslan, 2011, 188 p.
- MORASZ Laurent, PERRIN-NIQUET Annick, VEROT Jean-Pierre, BARBOT Catherine, L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie, Collection : Savoir et pratique infirmière, Masson, 304 p.
- MOREL Marie Ange, qualité des soins, p 256-260 dans, FORMARIER Monique, JOVIC Ljiljana, Les concepts en sciences infirmières, Mallet Conseil, 2012, 2e édition, 328 p
- QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc, Manuel de recherche en sciences sociale, Dunod, juillet 2011, 4e édition, p.172
- RIOUFOL Marie-Odile, VENUAT Florent, L'aide soignant en service de psychiatrie, Elsevier Masson, Collection : Formation et Pratique de l'Aide-soignant, 2011, 224 p.
- SCOTTI Jean-Charles, La responsabilité juridique du cadre de santé, Collection Fonction cadre de santé, Lamarre, 2007, 208 pages, p 49
- SLIWKA Corinne, DECHAMPS Claudine (dirigé par), Des cadres de santé, des cadres de métier, Lamarre, 2007, p 225

- STARK Jasna, MAUGEY Claire, Droit et hospitalisation psychiatrique sous contrainte, L'Harmattan, collection La justice au quotidien, 2009

Publications

- HAS, Recommandations pour la pratique clinique, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, 2005
- HURLIMANN Claire, Approche conceptuelle de la qualité des soins, adsp n° 35 juin 2001, p23 à 28 ; <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-35/ad352328.pdf> ; consulté le 19/01/13
- COUTY Edouard (Rapporteur général), Dr. CECCHI-TENERINI Roland, BROUDIC Patrick, NOIRE Dominique, Rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » du 29 janvier 2009 , présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports ; <http://www.sante.gouv.fr/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie.html>
- HAS, Programme personnalisé de soins (PPS), février 2012

Articles

- CASAGRANDE Alice, quels destins possibles pour la bientraitance ? Soins gérontologies, n°84, juillet/aout 2010, p 25-27
- CORDIER Caroline, psychiatrie, dialogue et formation des soignants pour éviter l'écueil du « sadisme » ordinaire, Hospimédia, le 21/01/13
- DE WEZE Jocelyne, BREME Vincent, la transmission des savoirs en psychiatrie, une réconciliation indispensable, Soins cadres, n°79, aout 2011, p27-28
- MECHAIN Patrick, Pour des infirmiers de spécialité en psychiatrie, Soins Psychiatrie, novembre/décembre 2011, n°277, p 23-25
- PERRIN- NIQUET Annick, Formation et pratique infirmière en psychiatrie : une structuration mutuelle, soins psychiatrie, n° 277, novembre/décembre 2011 p14-17
- PERRIN-NIQUET Annick (dossier coordonné par), L'expertise infirmière en psychiatrie, soins psychiatrie, novembre/décembre 2011, n°277, p13-33
- PERRIN-NIQUET Annick, une formation à inventer pour des pratiques avancées infirmière, soins psychiatrie, novembre/décembre 2011, n°277, p13

- PISSONDES Andrée-Lucie, donner du sens au soin un concept abstrait ?, profession de santé infirmière, N° 18 Juillet/Août 2000, p 3; <http://www.edimark.fr/publications/articles/donner-du-sens-au-soin-un-concept-abstrait/4488> ; consulté le 19/01/2013
- SERVAT Thierry, Le projet, outil de management du cadre ; dans ; ROSENBLATT Françoise (coordination), L'essentiel du management, Lamare, Objectif soins, 2006, p7
- ZAOUI Eric, Donner du sens à la pratiques clinique pour renforcer la bientraitance dans les soins, Revue de l'infirmière, n° 155, novembre 2009, p 19- 21

Site internet

www.legifrance.gouv.fr

www.has.fr

www.ch-charcot56.fr

www.ccomssantementalelillefrance.org

<http://www.sante.gouv.fr/la-reforme-de-la-loi-relative-aux-soins-psychiatriques.html/>

<http://ars.sante.fr/>

<http://documentation.ehesp.fr/ressources-documentaires/memoires/>

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/Hopital/Lits.htm>

http://www.mnasm.com/files/uploads/new_Version%20impression.pdf

<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Espace-Cadres/Responsabilite-juridique/Des-missions-du-cadre-de-sante-a-sa-responsabilite-juridique>

Documentaire audiovisuel et radiophonique

- Alain BEDOUET, le téléphone sonne, France Inter, émission de radio diffusée le 22 mars 2011 à 19 h.
- Stéphane MERCURIO, A l'ombre de la République, production ISKRA, avec la participation de Canal+, documentaire diffusé le mercredi 23 mars 2011 à 20h50 sur Canal+.

Mémoire

- ABIVEN Annie, Instauration de la loi du 5 juillet 2011 : Quel impact pour les professionnels exerçant en unité d'hospitalisation psychiatrique ?, Mémoire

diplôme universitaire « Risques psycho-sociaux et santé en milieu hospitalier »,
Université PARIS DESCARTES, 2011 /2012, 50p

- BONE Pierre, Maintenir une réflexion vivante sur les soins apportés aux patients chroniques hospitalisés en psychiatrie adulte, mémoire de fin d'étude IFCS Ville Evard, 2006/2007, 53 pages
- DEBICHE Michel, Le cadre infirmier de proximité en psychiatrie : acteur au sein d'un établissement public de santé mentale, mémoire de fin d'étude ENSP, 2001, 88 pages
- MERTZ Christine, Analyse des pratiques professionnelles infirmières : évaluation d'un dispositif, mémoire IFCS ESM, 2003-2005,
- SAINT-HONORE Isabelle, Le projet de soins : Outil de management du directeur des soins, mémoire ENSP, 2007, 63p
- VIROLET Stéphanie, « Penser ensemble » le projet éducatif en crèche, mémoire de fin d'étude IFCS ESM, 2010/2011, 53p.

Documentation

- IFCS, Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2012-2013, Ecole Supérieure Montsouris, 2012

Tables des annexes

Annexe I. Bref historique législatif, les grandes lois en psychiatrie

Annexe II. Les acteurs de la prise en charge en psychiatrie

Annexe III. Grille d'entretien cadre de santé

Annexe IV. Tableau synthétique du panel enquêté

Annexe I. Bref historique législatif, les grandes lois en psychiatrie

Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838

Esquirol et Ferrus, les deux principaux élèves de Pinel¹³⁷ sont à l'origine de la Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838 promulguée sous Louis-Philippe dite loi Esquirol. Ce texte a permis de trouver un équilibre délicat. Il concilie la protection des malades et de leurs biens, avec la protection de la société.

Dans chaque département, cette loi impulse la création d'établissements public et / ou privé d'accueil et de soins pour les aliénés. Ces derniers sont placés sous l'égide de l'autorité publique. La loi de 1838 fait apparaître deux modalités d'admission : le placement volontaire demandé par l'entourage et le placement d'office décidé par le préfet. Ce cadre législatif ne prévoyait pas que le malade puisse être acteur de la prise en charge. Le patient n'est en aucun cas demandeur de l'hospitalisation. C'est la famille ou l'administration qui prend position pour le placement.

Cette loi persista pendant plus d'un siècle et demi pour être remplacé par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. [...]

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

¹³⁷ Philippe Pinel (1745-1826), aliéniste, médecin-chef à Bicêtre ; Jean-Baptiste Pussin (1746-1811), surveillant-chef à Bicêtre

Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ; modifiée par **la loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi signe en 1990 la prépondérance du libre choix de l'hospitalisation.

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Cette loi réforme l'hospitalisation et les modalités de soins psychiatriques ambulatoires sans consentement. Par ailleurs, elle implique l'ordre judiciaire pour le renforcement du droit des patients.

Annexe II. Les acteurs de la prise en charge en psychiatrie

Les médecins psychiatres déterminent et évaluent les modalités de la prise en charge du patient (les hospitalisations et le suivi en ambulatoire) et prescrivent les soins nécessaires (les entretiens médicaux, les entretiens infirmiers, les psychothérapies¹³⁸, les traitements médicamenteux, les activités thérapeutiques ...). Ils posent le diagnostic ce qui demande du temps et de la concertation. Pour les patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes, la schizophrénie, par exemple, le psychiatre est amené à proposer une orientation et des projets auprès des structures médico-sociales, tels que les foyers d'accueil médicalisés et les foyers occupationnels. Des projets de réinsertion psychosociale peuvent aussi être proposés notamment au travers des partenariats avec les établissements sociaux d'aide par le travail (ESAT).

Les aides-soignants font leur apparition auprès des malades date de 1982¹³⁹. Cette implantation est à mettre en corrélation avec la diminution constante du nombre d'infirmiers. Dans un premier temps, l'aide-soignant a été « *cantonné aux fonctions d'hygiène* »¹⁴⁰ et d'hôtellerie. Il reste néanmoins un maillon indispensable à cette mission. Aujourd'hui, il s'inscrit dans une collaboration élargie auprès du patient avec l'infirmier tout en restant sous la responsabilité de ce dernier. Il n'œuvre pas seul mais il est reconnu dans sa participation à la prise en charge relationnelle du patient. Il développe l'écoute et l'observation, et participe à l'évaluation de l'état psychique. Il a aussi sa place avec l'infirmier pour la co-animation d'activités thérapeutiques à médiation.

Les rééducateurs, chacun dans leurs spécificités et leurs domaines de compétences, vont enrichir la pluridisciplinarité de l'équipe et étayer les propositions thérapeutiques possibles pour le patient. Les **ergothérapeutes** travaillent plus spécifiquement par une approche dans le domaine de la médiation thérapeutique visant

¹³⁸ Les psychothérapies sont le plus souvent assurées par les psychologues

¹³⁹ RIOUFOL Marie-Odile, VENUAT Florent, L'aide-soignant en service de psychiatrie, p V

¹⁴⁰ Ibid

l'autonomie. Les modalités de l'intervention de l'**éducateur** se dirigent vers l'adaptation et l'autonomie à travers l'accompagnement éducatif. Ils sont d'avantage présents dans les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie de l'adolescent qu'auprès des adultes souffrant de troubles psychiques. Les **psychomotriciens** s'inscrivent dans la dynamique collaborative et de complémentarité. Ils proposent des activités plus particulièrement à médiation corporelle. De ce fait, ils « *contribuent ainsi à la réhabilitation et à la réinsertion psychosociale du patient et l'accompagne ; ainsi que son entourage, tout au long d'un projet thérapeutique* »¹⁴¹.

Les **assistants sociaux** interviennent auprès des patients en psychiatrie pour leurs démarches sociales et administratives. Ils les accompagnent également dans la construction et la réalisation de leur projet de vie et/ou de leur projet thérapeutique (mise en œuvre d'intervenants à domicile, entrée en foyer d'hébergement, ...). Le travail en réseau est un élément clé de leur fonction.

Les **psychologues** participent au dépistage, au diagnostic, et au traitement des troubles psychiques et psychiatriques. Ils peuvent être amenés à exercer au sein de plusieurs structures du pôle.

Sur les structures extrahospitalières, telles que les CMP, ils proposent des psychothérapies et réalisent des bilans et des évaluations.

Les **infirmiers** dispensent des soins relevant de leur rôle propre ainsi que les soins sur prescription médicale. Ils exercent soit en unités d'hospitalisation, soit en extrahospitalier (CMP, CATTP, HDJ, urgences...)¹⁴². En plus des soins génériques de l'infirmier, des missions spécifiques relevant de leur fonction leurs sont attribuées dans le cadre de l'exercice en psychiatrie.¹⁴³ A ce titre, l'infirmier réalise des entretiens d'accueil du patient et de son entourage, des entretiens de suivis. Il anime également des activités à visée sociothérapeutique individuelles ou de groupe. Aussi, l'entretien infirmier, ainsi que

¹⁴¹ <http://www.sante.gouv.fr/psychomotricien,10605.html>, consulté le 11/02/13

¹⁴² Centre Médico-Psychologique, Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel, Hôpital De Jour

¹⁴³ Article R4311-6 ; Code de la santé publique ; Décret 2004-802 2004-07-29 relatif aux actes professionnels

les « *techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique* »¹⁴⁴ sont des outils majeurs de soins pour l'infirmier. C'est une dimension relationnelle qu'il doit investir à part entière dans son exercice professionnel.

Le **cadre de santé** et le **cadre supérieur de santé** dans l'équipe et auprès du patient en tant qu'acteur de la prise en charge. Le développement de la fonction d'encadrement et sa professionnalisation est allé de pairs avec la création de formation et de diplôme. Car autrefois appelé surveillant, le cadre de santé fut longtemps nommé à l'ancienneté. Le diplôme unique de cadre de santé dépasse les différents clivages précédemment créés. A la croisée des chemins de différentes logiques, il est porteur du lien, du cadre institutionnel et du sens des soins. Aussi, « Son rôle est déterminant dans le fonctionnement institutionnel d'une équipe de psychiatrie ». Un approfondissement du rôle et des postures du cadre de santé en psychiatrie sera exploré au travers les différents éléments collectés pour le cadre conceptuel et de l'analyse des entretiens.

La place des **familles** joue aussi un rôle essentiel dans la prise en charge. Celle-ci n'a jamais été simple à définir. Aujourd'hui, Elle commence à être associée dans la prise en charge du patient. Serge KANAS fait remarquer que « *tout être humain, patient ou pas, n'est pas seulement un sujet, mais également une personne en lien avec sa famille qui l'influence et qu'il influence en retour. Lorsque la maladie s'en mêle et qu'elle dure, elle exerce des effets sur le patient et son entourage, et réciproquement, dans une spirale interminable et douloureuse* »¹⁴⁵. La désinstitutionnalisation et l'ouverture aux soins ambulatoires ont positionné la famille comme un acteur particulier dont il faut tenir compte. Les soins et la réinsertion du patient incluent son entourage tels que les réseaux de relations sociales, les amis, mais aussi parfois le tuteur¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Article R4311-7 ; Code de la santé publique ; Décret 2004-802 2004-07-29 relatif aux actes professionnels ; modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005

¹⁴⁵ KANNAS Serge, La place de la famille en psychiatrie. Le docteur KANNAS est Psychiatre et a exercé au Centre Hospitalier J.M. CHARCOT.

<http://www.hopital-esquirol.fr/xon/references/2795.pdf> ; consulté le 4/03/13

¹⁴⁶ Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs, privé (gérant de tutelle) et le mandataire judiciaire à la protection des majeurs, délégué à la tutelle (travaillant la plupart du temps au sein d'une association)

Annexe III. Grille d'entretien cadre de santé

N° d'entretien :

Date :

Grille d'entretien

Contexte : Entretien réalisé dans le cadre d'un mémoire IFCS

Entretien synthétique d'une durée d'environ ¾ h

Question de départ : Comment le cadre de santé peut accompagner les équipes afin de donner du sens au travail et aux pratiques professionnelles ?

En quoi donner du sens au soin, améliore la prise en charge ?

1. Les questions d'entretien

1. **Qu'est ce que pour vous de donner du sens aux soins ?**

2. **Qu'est ce que pour vous un soin de qualité ?**

3. **Quel est selon vous le rôle de l'encadrement? (donner du sens aux soins / soin de qualité ?)**

4. **Dans votre pôle, quels sont les temps d'élaboration et/ou de réflexion à la disposition de votre équipe ?**
 - Parlez-vous de la clinique, des pathologies,... ?
 - Comment sont-ils intégrés à l'activité quotidienne ? Sont-ils à votre incitative ? Les animer vous ? Quelles sont les personnes ressources ? Un compte rendu est il réalisé ?
[Staff, transmissions inter équipes, GAPP, synthèses,...]

5. **Avez-vous mis en place, restaurer des espaces des réflexions auprès des équipes?**

de façon régulière ou ponctuelle ? A quelle fréquence ?

- Et quels ont en été les bénéfices pour l'équipe et pour le patient ? Permettent-ils de donner du sens aux pratiques professionnelles ?
- S'il existe un compte rendu est il exploiter dans les services ou dans le pôle ou l'institution ? [sens donner aux pratiques, qualité]

6. Quels projets avez-vous mis en œuvre ou accompagné auprès des équipes ? Pensez-vous qu'ils ont permis d'engager ou d'entretenir la réflexion des soignants? [Projet de soins, projet de soins personnalisé, ETP, outils HAS PPS...]

7. Pensez-vous que la conduite EPP et plus particulièrement paramédicale favorise une réflexion des soignants?

- En quoi elle permettrait de donner du sens aux pratiques ? Est-ce que c'est un outil que vous l'utilisez ? [EPP, inclusion des IDE, ...]

8. Qu'est-ce qu'en tant que cadre supérieure, selon vous, permet d'engager la réflexion au quotidien chez les soignants ou de l'entretenir?

- Quelles autres situations, autres facteurs, postures, que nous n'aurions pas abordées ? [Formation, Accompagnement, CREX, RMM...]

2. La personne interrogée

- Fonction : CDS _ CCS Filière : IDE...
- Service : Intra – HDJ – CMP – pole – Autres
- Nombre d'année d'expérience dans la fonction :
- Nombre d'année d'expérience en psy :

Annexe IV. Tableau synthétique du panel enquêté

Fonction	nombre d'année d'expérience		lieu d'exercice	filière	sexe	établissement	
	dans la fonction	en psychiatrie				statut	nom
CDS 1	9	30	intra	ISP	F	public	CH a
CDS 2	12	29	HDJ CMP	ISP	F	public	CH a
CDS 3	3	19	intra	Technicien labo	F	public	CH a
CDS 4	3	8	intra	IDE	F	public	CH b
CDS 5	4	13	HDJ	IDE	F	public	CH c
CSS 1	37	21	pole	IDE	F	public	CH a

Annexe V. Restitutions de deux entretiens

N° d'entretien : 4

Date : 20/03/13

Grille d'entretien n

5 Les questions d'entretien

9. Qu'est ce que pour vous de donner du sens aux soins ?

- Réfléchir à ce que l'on fait et comprendre pourquoi on le fait
- Eviter la systématisation : réponse individualisé et adapté à chaque patient dans les meilleurs soins dans les meilleures conditions
- Le travail de référent responsabilise. C'est important de responsabilisé
- Écrire le projet individualisé du patient

10. Qu'est ce que pour vous un soin de qualité ?

- Donner une réponse (soin) le plus adapté au besoin du patient lui permettant de reconstruire de retrouver un état lui permettant de construire un projet de sorti de l'établissement
- Démarche qualité HAS personnalisation
- Le temps à prendre dans les soins > objectif autonomie et assurer la continuité des soins,
- Pouvoir poursuivre les soins
- Etre au plus proche du patient, soutenir dans ses démarches puisse se passer des soignants, être présent, assurer un suivi ou pas à l'issue de l'hospitalisation en fonction des besoins, s'adapter au patient et construire avec lui son projet.

11. Quel est selon vous le rôle de l'encadrement? (donner du sens aux soins / soin de qualité ?)

- S'assurer de la coordination médecin/soignant
- S'assurer du passage de l'information entre les structures (intra/extra/urgences) et les soignants de la prise en charge

Responsabiliser chacun des acteurs dans la prise en charge, le projet :ou on en est, le suivi de la prise en charge

- Animer des réunions cliniques et aider à la prise en charge, soutenir les équipes pour des prises en charge difficile
- Lors de Présentations cliniques : par duo DR/ Soignant, à l'équipe
- Se poser pour réfléchir :
 - Donner du sens, donner l'avis sur une situation, travail de réflexion collégiale, discussion autour des pathologies, l'idée est d'aller au delà de la prise en charge = aspect de formation

12. Dans votre pôle, quels sont les temps d'élaboration et/ou de réflexion à la disposition de votre équipe ?

- Parlez-vous de la clinique, des pathologies,... ?
- Comment sont-ils intégrés à l'activité quotidienne ? Sont-ils à votre incitative ? Les animer vous ? Quelles sont les personnes ressources ? Un compte rendu est il réalisé ?
[Staff, transmissions inter équipes, GAPP, synthèses,...]

- 1/ mois réunion institutionnel avec les équipes intra de jour et de nuit

Organisation du travail règlement intérieur, pourquoi on ne fait pas tel chose (pain) pourquoi on apporte cette réponse ce qui s'est passé

Partage de savoir > aide à ce que chacun comprenne et pq on le fait

Thème général, clinique

- 2/mois réunion intra/extra/urgences (représentants des structures)

Synthèses de patient d'un patient hospitalisé et suivi en extra, fonction, améliorations des pratiques, améliorer le processus,

- Les médecins sont très abordables prennent le temps au quotidien après l'entretien explication

- formation de service /an

Travail en référence : clarifier la fonction du référent HDJ/Intra

Cela a donné un cahier des charges à donner un objectif (feuille de route)

- disponibilité du cadre : post réunion

- clarifier les flous

- un cadre qui a de l'expérience dans le domaine de l'exercice c'est un plus. Soutenir une équipe et les jeunes diplômés qui n'ont pas de formation sur les pathologies > complément de formation, intervention pour renfort de l'équipe. si les cadre a des difficultés c'est plus compliqué

- Un CR sur le secteur diffusé. synthèse est dans le dossier patient

13. Avez-vous mis en place, restaurer des espaces des réflexions auprès des équipes? de façon régulière ou ponctuelle ? A quelle fréquence ?

- Et quels ont en été les bénéfices pour l'équipe et pour le patient ? Permettent-ils de donner du sens aux pratiques professionnelles ?
- S'il existe un compte rendu est il exploiter dans les services ou dans le pôle ou l'institution ? [sens donner aux pratiques, qualité]

Le cds > anime des réunions infirmières > organisation > donne du sens

Qualité du travail > se sentir responsable de > valorisant, structurant > valorisant > ca c'est important

**14. Quels projets avez-vous mis en œuvre ou accompagné auprès des équipes ?
Pensez-vous qu'ils ont permis d'engager ou d'entretenir la réflexion des soignants ?** [Projet de soins, projet de soins personnalisé, ETP, outils HAS PPS...]

- Formation permanente pour le pôle : Référence/ thérapie brèves ; répondre au besoin de formation complémentaire
- Pour les nouveau arrivants : tour de tout le secteur 2/3 jours sur chaque structures > notion de parcours patient > notion de continuité des soins et de connaissance mutuelle et du travail de l'autre.
- Groupe thérapeutique (intra) animation de groupe en binôme pluri professionnel ; ETP et réhabilitation psychosocial : hygiène / nutrition/connaissance sa maladie et son traitement
- Groupe parentalité pour les familles sans les patients si la famille comprend mieux, elle aidera mieux
- Embauche d'une éducatrice spécialisée, une fonction différente, fait réfléchir l'intégration d'une autre corporation> intra et extra

15. Pensez-vous que la conduite EPP et plus particulièrement paramédicale favorise une réflexion des soignants?

- En quoi elle permettrait de donner du sens aux pratiques ? Est-ce que c'est un outil que vous l'utilisez ? [EPP, inclusion des IDE, ...]

Oui, partage d'expérience avec les autres services et mobilise les énergies

- 1 la qualité des soins > pouvoir remplacer ailleurs> mobilité
- benchmarking, prendre les bonnes idées ailleurs

16. Qu'est-ce qu'en tant que cadre supérieure, selon vous, permet d'engager la réflexion au quotidien chez les soignants ou de l'entretenir?

- Quelles autres situations, autres facteurs, postures, que nous n'aurions pas abordées ? [Formation, Accompagnement, CREX, RMM....]

- La motivation des troupes > laissant/ donnant prend la parole, en tenant compte des remarques, laisser l'initiative donc favorise et laisse la place à la réflexion et la construction de la pensée

- Avoir des temps pour se poser en équipe pluridisciplinaire

6 La personne interrogée

- Fonction : _ CCS Filière : IDE...
- Service : Intra – HDJ – CMP – Autres :urgences >>pole
- Nombre d'année d'expérience dans la fonction : 21 ANS
- Nombre d'année d'expérience en psy : 37 ANS



Diplôme de Cadre de Santé DCS@12-13

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Donner du sens aux soins, l'enjeu de la qualité en psychiatrie

AUTEUR

Aurélie GUICHARD

▪ MOTS CLES

Donner du sens
Qualité du soin
Psychiatrie
Réflexion

▪ KEY WORDS

Giving meaning
Quality care
Psychiatry
Individual and collective thinking

RESUME

Donner du sens aux soins et à la pratique professionnelle, consiste à comprendre, à décrypter, à expliquer, c'est l'essence même de la démarche soignante en psychiatrie. Pour être de qualité le soin ne peut se passer de réflexions, de questionnement individuelles et collégiales sur l'outil principale du soin : la relation soignant-soigné. Parler de ce qu'on l'on fait au quotidien, comment on le fait, pourquoi on le fait n'est pas une chose facile. Pourtant cette démarche est primordiale, l'objectif à atteindre est l'amélioration de la prise en charge du patient.

La cadre peut rendre le soin de qualité possible en donnant du sens au pratique mais aussi en donnant un sens : du contenu et une trajectoire. Plusieurs leviers d'actions sont possibles. La démarche projet et la démarche qualité dont la méthode EPP sont, entre autre, des outils managériaux permettant de donner du sens à la pratique. Aussi, l'accompagnement de l'équipe est nécessaire pour répondre aux enjeux de sens dans une perspective de qualité des soins et de qualité de travail.

ABSTRACT

Giving meaning, in the care and professional practice field, means to understand, to translate, and to explain. It is the aim of health care approach in psychiatry. Individual and collective thinking are essentials for quality care, because the main tool of care is the nurse-patient relationship. It is not easy for the professionals to describe, explain and analyze their everyday activities. However, this approach is important. The goal is to improve care.

Nurse(s)'s managers can make healthcare quality possible by giving meaning to professional practice and the right direction: in other words, they have to define contents and objectives. Several ways are possible. Implementing projects and improving quality – using the "EPP" (Quality Improvement Process) method for example-, among other managerial tools, can help to give meaning to professional practices. Also, the support of the team is needed to meet the meaning challenge, in a perspective of improving quality of care and quality of work.