

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Le management par la clinique

Le Cadre de Santé en quête

d'efficience collective

Maggy RASSINIER

DCS@15-16

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM 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.

« Une organisation vivante est celle qui peut faire face aux défis internes et externes, accueillir le sens qui circule en elle et donner du sens à ce qu'elle fait ».¹

¹ Enriquez E. Le travail de la mort dans les institutions. In : Kaës R, Fustier P, Enriquez E et al. Op.cit.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Madame Sandrine Garcia pour m'avoir encouragée et guidée dans la construction de ce travail de recherche.

Un merci particulier à Elisabeth, Nicole et Aurore pour leurs relectures et la richesse de leurs conseils.

Je remercie également tous les cadres de santé « adeptes » du management par la clinique qui m'ont encouragée et qui ont pris le temps de participer à mes entretiens. Merci à eux pour leur disponibilité et le partage de leur expérience professionnelle qui a permis de nourrir ma réflexion.

Je remercie toute l'équipe de l'IFCS pour sa disponibilité et sa gentillesse, ainsi que mes collègues de l'IFCS pour leurs soutiens.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier ma famille et mes proches pour leurs encouragements tout au long de cette année riche et intense.

Liste des abréviations utilisées

ANAP : Agence nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Cadre De Santé

CC : Chemin Clinique

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DPI : Dossier Patient Informatisé

DSI : Dossier de Soins Infirmiers

DSSI : Direction des Services de Soins Infirmiers

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

ETP : Équivalent temps plein

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GHP : Groupe homogène de patient

HPST : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patient, à la Santé et aux Territoires

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

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

HAS : Haute Autorité de Santé

RP : Région Parisienne

SIH : Système d'Information de l'Hôpital

SIIPS : Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Sommaire

Listes des abréviations utilisées

Introduction	3
I. De l'expérience professionnelle à la recherche	5
II. De l'exploration à la problématisation	9
1 L'éclairage conceptuel.....	9
1.1 Le cadre de santé.....	9
1.1.1 Du cadre de santé de proximité au manager en santé	12
1.1.2 L'équipe pluridisciplinaire	13
1.2 Le management par la clinique	16
1.2.1 Définitions.....	16
1.2.2 Le management par la clinique	17
1.2.3 Le raisonnement clinique partagé : une démarche médico-soignante pour construire le chemin clinique	18
1.3 Levier de l'efficience collective	25
1.3.1 Définitions.....	25
1.3.2 La communication	26
1.3.3 Développement des compétences	27
1.3.4 Conduite du changement	27
1.3.5 Motivation et management	28
1.3.6 Le tutorat	29
2 Les entretiens exploratoires	32
3 La problématisation	36
3.1 La question de recherche.....	36
3.2 Les hypothèses	37
III. L'enquête de terrain	38
1 La méthodologie de l'enquête	38
1.1 Le choix de l'outil.....	38
1.2 La population étudiée et les lieux d'enquête	38

1.3	La réalisation des entretiens	40
1.3.1	Préambule	40
1.3.2	Déroulé des entretiens	40
1.4	Les ressources et apports de l'enquête	41
1.5	Les difficultés rencontrées et les limites de l'enquête	41
1.5.1	Les difficultés	41
1.5.2	Les limites	42
2	Résultats de l'enquête	43
2.1	Le management par la clinique	43
2.1.1	La fonction gestion et la fonction clinique du cadre de santé	43
2.1.2	La légitimité	44
2.1.3	L'expertise	45
2.1.4	Le positionnement du cadre de santé	46
2.2	La mise en œuvre du chemin clinique	47
2.2.1	Le raisonnement clinique partagé et la pratique professionnelle	47
2.2.2	La mesure de l'outil	48
2.2.3	La visibilité du travail et outil partagé	49
2.2.4	La reconnaissance	51
3	Analyse croisée des entretiens	53
4	Synthèse de l'analyse	58
	Conclusion	63
	Bibliographie	
	Tables des annexes	

Introduction

Ce travail d'initiation à la recherche s'effectue dans le cadre de l'obtention du Diplôme de Cadre de Santé au sein de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris en partenariat avec l'Université Paris-Est Créteil. S'appuyant sur la méthodologie de R. Quivy et L Van Campenhoudt², la réalisation de ce mémoire en Sciences Humaines permet de développer et d'enrichir nos pratiques professionnelles.

La thématique de cette étude porte sur le management par la clinique. Car même si « en matière d'encadrement il n'y a pas de droit chemin »³, je m'interroge, sur les pratiques managériales qui peuvent accompagner le changement pour atteindre une organisation de soins efficiente au bénéfice de la prise en charge clinique du patient.

En effet, le vieillissement de la population, l'augmentation des personnes atteintes de polyopathologies et de pathologies chroniques, incitent notre système de santé à s'adapter.

Ainsi, l'adoption du projet de la loi santé de Marisol Touraine⁴ le 17 Décembre 2015 par le Parlement tend à le moderniser afin de le pérenniser.

Outre, l'évolution du droit des patients, le « renforcement de la prévention », la loi insiste sur la nécessité d'améliorer le parcours patient au sein des territoires de santé en France. Dès lors, manager un système en mutation amène à réfléchir à de nouveaux modèles de prise en charge. Dans cette dynamique, le cadre de santé de proximité a un rôle important, d'une part dans l'accompagnement au changement et d'autre part concernant la gestion des nouvelles organisations au sein des unités de soins intra et extra hospitalières.

Dans un but d'efficience de la prise en soins des usagers et une logique de parcours de santé, il est nécessaire pour le cadre de santé de mobiliser l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire dans le domaine de la clinique.

A ce sujet, Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, évoque qu' « *exercer la fonction de cadre de santé de proximité en voulant donner à cette fonction une orientation résolument soignante procède d'une démarche innovante qui relève, dans les faits, d'une rupture avec une pratique de cadre très souvent tournée aujourd'hui vers une*

² Quivy R - Van Campenhoudt, *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2011, 259 p.

³ MISPELBLUM BEYER F. *Encadrer un métier impossible ?* 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 2010, p.282

⁴ TOURAINE Marisol. *La loi de santé*. Disponible sur <<http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>> (consulté le 26/03/2016).

logique essentiellement gestionnaire à laquelle s'ajoutent de multiples missions ou activités transversales ». ⁵

De plus, Jean-Pierre Rongiconi, Directeur des soins, précise « *qu'au moment où les missions du cadre de santé se font plus exigeantes dans le domaine de la gestion, la dimension clinique ne peut être négligée, car c'est elle qui nous indique pour quoi et pour qui nous sommes là* ». ⁶

L'organisation de cette étude, est composée de trois parties :

Une première partie, présente la question de départ, issue d'un cheminement professionnelle réflexif.

Puis, le cadre conceptuel et deux entretiens exploratoires, développés dans une deuxième partie, clarifie la réflexion me permettant de cibler la question de recherche.

En dernier lieu, la troisième partie expose la méthodologie de l'enquête ainsi que les données recueillies. Elles font ensuite l'objet d'une analyse qui permet de répondre à la question de recherche et d'infirmer ou d'affirmer les deux hypothèses avancées.

⁵ HESBEEN Walter. Cadre de santé de proximité *Un métier au cœur du soin Penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, p.95

⁶ RONGICONI Jean-Pierre. *Le cadre de santé de proximité et la dimension clinique*. Soins cadres : savoirs et pratiques – n°70 – mai 2009. P46-50.

I. De l'expérience professionnelle à la recherche

Tout au long de ma carrière professionnelle, j'ai été sensible à l'organisation du travail d'équipe et à la recherche de l'amélioration des conditions d'exercice permettant à chacun de travailler dans un souci d'efficacité collective et de qualité pour l'usager de soins.

Durant la première période d'exercice en qualité d'infirmière, au sein *d'un service de chirurgie orthopédique* d'une clinique de la Région Parisienne, prenant en charge des patients atteints d'affection de l'appareil locomoteur, j'ai pu constater dans l'organisation des soins, faute de projet de soins commun, qu'il existait bien des prestations pluridisciplinaires mais qu'il existait une « carence » dans la collaboration et la coordination inter équipe.

Pour illustrer ce propos, les chirurgiens qui opéraient avaient des protocoles post interventionnels qui pouvaient se différencier pour le même GHP. De plus, chaque intervenant en post opératoire effectuait des soins spécifiques à sa fonction oeuvrant pour le patient, mais il y avait très peu de complémentarité et de communication formalisées entre eux.

Ce mode de fonctionnement avait des conséquences d'une part sur la prise en charge quotidienne des patients. Car l'équipe soignante, devait s'adapter aux modalités des soins prescrits à apporter aux patients propre à chaque chirurgien et elles n'étaient pas toujours tenu informer en temps réels des progrès réalisés par le patient. Il arrivait, que certains patients mettent à profit le manque de dialogue inter équipe pour se faire « mater » lors des soins d'hygiène, alors qu'ils étaient en capacité de les effectuer de façon totalement autonome.

Et d'autre part, ce manque d'homogénéité des pratiques et de lien interdisciplinaire avait pour conséquence directe la diminution de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge des patients, pouvant être un frein dans leur parcours de soins. Comme par exemple, une sortie pouvait être différée, si l'assistante sociale n'était pas informée à temps pour faire une demande de SSR ou bien, un programme de rééducation freiné par le manque de transmission entre les kinésithérapeutes de rééducation et l'équipe soignante d'orthopédie.

Philippe Vigand⁷, illustre parfaitement ce constat : « *il me semblait que dans cet aéropage, les esprits brillants et les hautes compétences se neutralisaient plutôt que de s'additionner* ».

⁷ VIGAND, Philippe. *Putain de silence*. Paris : A. Carrière, 1997, 220p.

Par la suite, intégrant l'équipe initiale qui a ouvert le premier hôpital de jour d'addictologie en France, j'ai rencontré ce même mode de fonctionnement. Cette ouverture de structure pourtant issue d'un projet commun et novateur, inscrit dans un projet de service entre le service de médecine et de psychiatrie (en partenariat avec le centre hépatobiliaire) présentait cette même difficulté à fédérer les professionnels de santé autour d'un projet de soin, inscrit dans un parcours de soins dans le but de préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien être et l'autonomie de la personne dépendante.

Notamment, je me souviens d'une situation où par manque de coordination et de coopération un patient hospitalisé pour un bilan pré transplantation hépatique (préTH) avait dans un premier temps refusé les soins. Je travaillais à la consultation d'addictologie et un matin, le service d'hépatologie nous contacte pour avoir une consultation infirmière de liaison en « urgence » pour un patient dit « agressif » souhaitant mettre un terme à son hospitalisation alors que son état nécessitait une prise en charge vitale.

Arrivée dans la chambre du patient, je trouve une personne présentant des signes de sevrage (sueurs et tremblements), valise à la main prête à partir et surtout très angoissée par le manque et le fait qu'il ne savait pas pourquoi il était hospitalisé.

La veille son médecin traitant, devant des analyses et examens traduisant une cirrhose décompensée (chez un patient alcoolodépendant non sevré et non suivi), a fait hospitaliser son patient en urgence, en lui disant juste « qu'il fallait des examens complémentaires pour poser un diagnostic ».

Dès son entrée, le patient alcoolisé a été « isolé » dans sa chambre par l'équipe et ses questions sur son état de santé sont restées sans réponse concrète. De surcroît, mis à part la lettre du médecin traitant adressant son patient, entre les soignants et les médecins du service, il n'y avait pas eu de réelles communications. Les soignants avaient de leur côté appliqué la prescription d'un bilan préTH et les médecins n'avaient pas encore consulté le patient. Ce dernier évoque le fait qu'on lui cache des choses, il a même contacté ce jour son assurance et sa banque, pour prendre des dispositions pensant qu'il va mourir.

Après appel au médecin présent dans le service pour qu'il prescrive un traitement de sevrage et un entretien de réassurance en présence du médecin addictologue contacté en renfort, même si le patient dit ne pas avoir de problème avec l'alcool, il semble comprendre la nécessité de rester et accepte que l'on revienne le voir régulièrement le temps de l'hospitalisation.

Cette situation m'a semblé mettre en avant plusieurs causes de désorganisation de la prise en charge du patient.

Tout d'abord, les frontières du parcours de soins du patient (extra et intra hospitalier) se limitent au service qui prend en charge le patient à un moment donné, pour un objectif thérapeutique précis. Cela entraîne un manque de coordination et de collaboration des différents acteurs de santé.

Puis la mise à distance des soignants liée aux représentations négatives de la maladie de la dépendance entraîne une stigmatisation du patient.

Enfin, le manque de connaissance des professionnels de santé de la prise en charge d'un patient alcoolo-dépendant non sevré aurait pu se compliquer en un délirium tremens mettant en jeu le pronostic vital du patient.

Ces constats ne m'autorisent à aucun jugement de valeur. Néanmoins, demain cadre de santé, ils me permettent de formuler un questionnement, afin d'effectuer un cheminement vers une connaissance plus juste et plus complexe du problème posé.

Ces situations sont-elles dues à :

- Une distorsion entre le travail prescrit et le travail réel ?
- L'absence d'outil et de langage commun ?
- Un projet de soin pas assez bien défini, c'est à dire que les missions de chaque acteur de soins à l'entrée du patient manquaient de coordination et de cohérence ?
- Un manque de reconnaissance du travail et des compétences des équipes soignantes, induisant également une perte de sens?
- Est ce la difficulté à manager une équipe pluridisciplinaire au sein d'organisation spécialisée ?
- Ou bien à un manque de coordination de la part de l'encadrement, car trop éloigné de la clinique et plus axé sur une gestion des soins ?

En effet, concernant cette dernière interrogation, l'instauration de la nouvelle gouvernance clinique, afin de maîtriser les coûts a éloigné le cadre de santé de la clinique, lui donnant une entité plus gestionnaire.

Lors de l'émergence de cette étude, j'ai pu m'entretenir avec Madame T. cadre de santé à la DSSI et coordinatrice de la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé sur un Groupement Hospitalier Parisien.

Cette dernière me confiait par retour des équipes de soins que « *le cadre est absent, on ne le voit pas !* » et qu'il « *était important de ramener le cadre de santé dans cette démarche car aujourd'hui on les a éloigné du cœur du soin* ».

Qui plus est : « *On ne peut pas contrôler si on ne sait pas ce qui se fait au sein du service. Les équipes ont besoin de se sentir rassurer, de savoir qu'ils peuvent compter sur un encadrement. Car quand il a cette fonction d'évaluation et de contrôle de la qualité*

et de la sécurité des soins, cela lui permet d'avoir une légitimité vis à vis de l'équipe médicale et de pouvoir se positionner. C'est de sa responsabilité.

Si aujourd'hui on est pas dans cette démarche, on perd du sens dans ce que l'on fait ».

En conséquence, le cadre engagé envers les usagers de soins, est garant de la qualité des soins. Il exerce donc une fonction contrôle au quotidien et participe à la maîtrise des coûts dans un contexte économique contraint et une rationalisation de l'activité hospitalière.

Le management est un exercice difficile, il exige une grande habileté et un savoir faire qui ne s'improvise pas. Cela implique au cadre de santé d'avoir tout d'abord, une réflexion sur les pratiques, puis de pouvoir gérer les ressources humaines et matérielles en lien avec la charge de travail.

Mais par quel levier managérial va t-il pouvoir allier efficience avec d'une part qualité et sécurité des soins pour le patient et d'autre part bien être au travail, ainsi que le développement des compétences individuelles et collectives de l'équipe soignante ?

A la suite de cette réflexion qui n'est pas exhaustive, ma question de départ est la suivante :

Le management par la clinique peut-il être pour le cadre de santé de proximité un levier de l'efficience collective?

II. De l'exploration à la problématisation

L'explicitation du cadre socio-historique de ce travail de recherche, repose sur trois axes conceptuels issus de la question de départ : le cadre de santé, le management par la clinique et le levier de l'efficience collective.

1 L'éclairage conceptuel

Ce cadre de recherche théorique annule toute ambiguïté de sens pour le lecteur et précise ma pensée. De plus, il sert à guider ma démarche et à construire mon étude.

1.1 Le cadre de santé⁸

Son histoire, héritée des activités des religieuses dans les hôpitaux connaît depuis une trentaine d'année avec les évolutions médico-socio-économique et techniques de profond changement.

Notamment, avec la loi du 31 juillet 1991, qui « associe l'encadrement à la gestion des services. Le cadre n'est plus seulement dans une démarche de contrôle, mais devient acteur de la gestion de son service »⁹.

Ensuite, le décret 95-926 du 18/08/1995 crée le diplôme « cadre de santé » et définit la mission managériale. De là, la formation au sein des IFCS prépare les futurs cadres provenant de diverses filières (infirmière, médico-technique et rééducation) aux fonctions de gestion, de management, de formation en pédagogie.¹⁰

Enfin, avec l'instauration de la réforme en 2007, permettant de mutualiser les ressources, le cadre de santé est devenu acteur de la réorganisation hospitalière, dans la mise en place des pôles. Cette entité gestionnaire est renforcée, en 2009 avec le rapport de la mission cadres hospitaliers rendu par Chantal de Singly à la ministre de la santé de l'époque Roseline Bachelot, positionnant le cadre comme un « pilier de jonction interprofessionnelle » ayant son importance dans l'efficience de la gestion hospitalière.

Aujourd'hui, le référentiel d'activités du cadre de santé responsable de secteurs d'activités de soins, est défini par le Ministère des affaires sociales et de la santé¹¹

⁸ Voir annexe I : Rôle du cadre de santé « PODEM »

⁹ CHAUVANCY Marie-Claire. *Cadres de santé : une crise identitaire*. Décembre 2008, p 4. Disponible sur <http://www.carnetsdesante.fr/IMG/pdf_Cadres_de_sante.pdf> (consulté le 20/04/2016)

¹⁰ ABEL Paul Christophe. *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?*, Paris : Éditions De Boeck-Estem, 2014, p 21.

¹¹ Référentiel d'activités et de compétences du cadre de santé responsable de secteurs d'activités de soins, du Ministère des affaires sociales et de la santé – Direction Générale de l'Offre de Soins. p 6. Disponible < http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CdS/

comme étant : « le responsable de secteur d'activités de soins organise l'activité de soins et prestations associées, manage (ou encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Il met en œuvre les compétences décrites dans le référentiel ». « Les compétences s'appuient sur des capacités transverses mobilisées dans différentes situations et sur des ressources personnelles permettant de s'adapter, de développer des capacités relationnelles, de s'affirmer et de s'auto-évaluer ». ¹²

Le cadre de santé peut exercer en milieu hospitalier ou extrahospitalier, public ou privé, au sein d'une ou plusieurs unités fonctionnelles ou encore, dans le cadre d'une mission transversale.

Ensuite, Henri MINTZBERG, ingénieur et professeur de management, définit la fonction de cadre selon dix rôles ¹³ :

➤ Rôles interpersonnels

- **Comme symbole** : Le statut de cadre lié au diplôme, la nomination par l'institution et l'expertise dans son domaine, lui confère une légitimité. Ainsi, il représente l'unité au sein de diverses réunions institutionnelles. Il est également intégré dans plusieurs groupes de travail de l'institution.

- **Comme leader** : afin de fédérer l'équipe autour d'un but commun, son rôle est de créer les conditions propices au développement et à la pérennité de l'autonomie des agents. Il est responsable des affectations, de la formation. Force de proposition, il adopte dans un esprit d'équité et de respect une gestion par le travail en équipe.

- **Comme agent de liaison** : Le cadre de santé de proximité crée du lien, un réseau par le biais de relation. Il fait le lien entre l'équipe médicale, para médicale et le directoire. La collaboration et la coopération avec le chef de service et l'équipe médicale sont un point central de l'articulation du séjour du patient. Il collabore également avec ses pairs, dans le cadre de la gestion des ressources humaines et logistiques au sein de l'établissement.

➤ Rôles liés à l'information

- **Comme observateur actif** : Quotidiennement, il va à la rencontre de l'équipe soignante et se montre disponible pour s'entretenir avec les personnes qui le souhaitent. De ce fait, il cherche et reçoit une grande variété d'informations pour développer une compréhension approfondie de l'organisation et de son environnement. Par cette vision au plus près des

Cadres _ sante _ Ref _ activites _ et _ competences _ apres __ 18 _ 12 _ 2012 .pdf> (consulté le 15/03/2016)

¹² Ibid., p 16.

¹³ MINTZBERG H., 1973, Le manager au quotidien les 10 rôles du cadre, Etats-Unis : Editions Eyrolles, pp. 65-104 (deuxième édition mise à jour et complétée, dixième tirage 2014).

équipes, cela lui permet notamment d'être réactif dans l'anticipation et la gestion des dysfonctionnements.

- **Comme diffuseur** : Relais de la politique institutionnelle au sein de l'unité, il assure la propagation des informations auprès des agents par l'intermédiaire d'affiches et/ou de réunions d'équipe. Parfois, en cas de dysfonctionnement ou à titre informatif, il peut être sollicité par l'équipe, un patient et sa famille.

- **Comme porte-parole** : Véritable lien avec l'environnement, il communique à l'extérieur de l'unité et à différents niveaux de la hiérarchie des informations concernant l'organisation, les travaux de groupe...

➤ **Rôles décisionnels**

- **Comme entrepreneur** : Il élabore, réalise en collaboration avec l'ensemble de l'équipe soignante le projet paramédical du service. De plus, il organise l'activité de soins et des prestations associées. De même, il est force de propositions, il recherche des opportunités dans l'organisation et prend l'initiative de projets d'amélioration pour effectuer des changements.

- **Comme régulateur** : D'une part, après évaluation d'éventuels dysfonctionnements concernant la qualité et la sécurité des soins aux patients, il organise en partenariat avec les différents acteurs concernés des actions correctives (RMM/CREX¹⁴). D'autre part, il anticipe et gère les éventuels conflits, les dysfonctionnements lorsque l'organisation fait face à des perturbations importantes et inattendues.

- **Comme répartiteur** : Il participe à la gestion médico-économique au sein de son secteur d'activité (pôle, services, regroupements) dans un contexte médico-économique contraint, nécessitant une gestion efficiente au quotidien. Dès lors, le cadre de santé distribue les ressources humaines et matérielles en fonction des moyens, de la charge de travail et des projets, afin de garantir le bon fonctionnement de l'unité. Dès lors, il suit attentivement et fait le bilan des activités du service.

- **Comme négociateur** : Il favorise les échanges, les discussions avec les partenaires internes et externes. De ce fait, son rôle pédagogique l'aide à accompagner le changement et à gérer les conflits.

¹⁴ RMM : Revue mortalité/morbidité : réflexion, analyse pluri disciplinaire globale de la situation, suite à la survenue d'une situation porteuse de risque ou suite à un évènement indésirable associé aux soins.

CREX : Comité de Retour d'Expérience.

1.1.1 Du cadre de santé de proximité au manager en santé

« **Le cadre de santé de proximité** a pour fonction d'organiser et d'accompagner la relation singulière de soin au sein même des pratiques du quotidien ». ¹⁵ Pour ce faire, « *il centre son activité sur la coordination et la réarticulation des projets de soins individualisés* ». ¹⁶ De part sa fonction de veille et sa présence, il se positionne à proximité des patients et des professionnels de santé qu'il encadre.

L'évolution de la gestion hospitalière et les exigences managériales institutionnelles entraînent un éloignement entre ses valeurs identitaires professionnelles et ses fonctions exercées. C'est ainsi qu'a émergé l'appellation « **manager en santé** » issue de la gestion industrielle. Il s'agit pour le manager en santé de penser l'organisation managériale dans un système interrelationnel complexe et un système de santé économique contraint.

Dès lors, afin de préserver les valeurs humaines fondatrices donnant sens à son exercice, le cadre investit non seulement ses fonctions managériales mais également une mission d'encadrement. Pour illustrer ces propos, Jean-Marie Revillot¹⁷ évoque que « *dans une fonction managériale, le cadre de santé soutient les pratiques avec un souci constant d'opérationnalité et d'objectivité. Il se situe alors comme un technicien de la relation* ». ¹⁸

➤ Les différents modèles de management¹⁹

Comme nous l'avons vu précédemment, le cadre de santé de proximité occupe une place prépondérante dans l'organisation des soins et dans la gestion des ressources humaines.

Dès lors, le management peut être **participatif et situationnel**. Ainsi, il autonomise, responsabilise et développe les compétences individuelles et collectives des agents, permettant un fonctionnement efficient de l'unité même en son absence.

Le management présenté ci-dessus est associé au management **directif**, mais également **déléгатif** : il responsabilise ses collaborateurs à la prise d'initiatives et de décisions, notamment concernant l'organisation des soins. Même s'il garde sa fonction contrôle, il se montre disponible et répond aux sollicitations de ses collaborateurs.

¹⁵ HESBEEN W. Cadre de santé de proximité *Un métier au cœur du soin Penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, juin 2011, p. 95.

¹⁶ ABEL Paul Christophe. *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?*, Paris : Éditions De Boeck-Estem, 2014, p 95.

¹⁷ Jean-Marie Revillot est Infirmier psychiatrique, Maître de conférences (sciences de l'éducation), chargé de cours à l'université de Provence et formateur consultant au Grieps (Lyon) et responsable du domaine clinique.

¹⁸ REVILLOT J-M. *Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions du cadre de santé*. Dossier Soins cadres - n°76 - novembre 2010, p 24.

¹⁹ MAIMS 2015-2016. Les postures Managériales. Evolutions des compétences d'encadrement. 7/12/2016. P. Farnault, le 7/12/2015.

Enfin, le management peut être **explicatif** : le collaborateur ne sait pas faire où ne se sent pas assez expert, mais veut bien apprendre. Ici le professionnel est dans une position de faible autonomie. La mission du cadre sera de l'encourager à développer ses compétences pour qu'il puisse apprendre et devenir plus autonome et participatif.

Pour compléter cette définition sur les différentes postures managériales, Walter Hesbeen définit la fonction du manager ainsi : « *Œuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin* ». ²⁰

Ainsi, le cadre de proximité, dans son exercice managériale favorise une culture du « vivre ensemble ». Cette contribution à faire travailler ensemble des personnes nécessite pour le manager en santé d'une part de se positionner en son sein et d'autre part de bien connaître le processus de construction d'une équipe.

La partie qui suit va s'intéresser aux mécanismes de fonctionnement interne d'une équipe pluridisciplinaire.

1.1.2 L'équipe pluridisciplinaire

➤ La notion d'équipe

En vieux français, le terme d'équipe « *viendrait du mot ESQUIF qui désignait à l'origine un nombre de petits bateaux appartenant à un même batelier et tirés par des hommes ou des chevaux au bout d'un chemin de halage* ». ²¹

Cette définition illustre parfaitement ce concept. Dans un service de soins, l'équipe est un groupe de personnes travaillant à une même tâche et unissant leurs efforts dans un même dessein.

➤ Une équipe pluridisciplinaire et une action interdisciplinaire ²²

Selon le dictionnaire des soins infirmiers, l'équipe pluridisciplinaire est « *un groupe de personnes ayant des qualifications professionnelles diverses et complémentaires qui élaborent et mettent en œuvre un projet de soin commun* ». ²³

Si la pluridisciplinarité désigne un ensemble de spécificités variées. L'interdisciplinarité précise qu'il s'agit d'un mode de fonctionnement basé sur la complémentarité des acteurs éclairés par la complexité de l'humain et animés par le souci de traiter une problématique dans son ensemble. Tous les membres qui composent l'équipe sont acteurs du processus de prendre soins. Chaque acteur va apporter, par ses

²⁰ Ibid., p. 116.

²¹ MAGNON R. *Le service infirmier ces trente dernières années*, Paris : Editions Le Centurion, 1982, p 53.

²² Ressources pédagogiques ICRA. *Interdisciplinarité : Concepts-clefs*. 14 p. Disponible sur <http://comeingame.free.fr/animation/encadrants/equipes/ens_interdisciplinaire_icraedu.pdf> (consulté le 24/04/2016)

²³ *Dictionnaire des soins infirmiers*. Paris : Editions AMIEC, 1995 – p 66.

compétences, sa pierre à l'édifice. Cette équipe forme aussi un ensemble qui donne l'image d'une longue chaîne, composée de plusieurs maillons oeuvrant pour le bien-être de l'utilisateur et de son entourage.

➤ **Les limites de la pluridisciplinarité**

La pluridisciplinarité présente de multiples facettes. Elle exige et suppose une maturité professionnelle importante. Car elle dépend du savoir-être de chacun et ne prend sa valeur que dans l'association de ces savoirs.

Si la pluridisciplinarité enrichit les relations de chacun, elle peut aussi générer de l'instabilité par la multiplicité des interactions qu'elle suscite. Mais également par la remise en cause qu'elle suggère chez chacun d'entre nous, par les conflits qui ne peuvent pas être ignorés et à partir desquels on doit travailler.

Par ailleurs, cette instabilité peut entraîner une perte de confiance. « *Or la confiance nécessaire à la mise à nu de ses pratiques est difficile à construire dans un univers où la traçabilité de l'action individuelle, la responsabilité et l'évaluation personnelles prennent un poids dominant dans la reconnaissance et les régulations sociales* ». ²⁴ Dès lors, la confiance nécessite une attitude qui objective la réalité.

De surcroît, l'équipe pluridisciplinaire pour assurer aux patients des soins continus, se transmettent des informations par orales, mais également par écrit. Concernant la traçabilité de ces données, « *les soignants disent éprouver un sentiment d'absurdité dans le travail, lorsqu'il est orienté essentiellement vers la production de traces, au dépend de sa finalité* ». ²⁵ A ce sujet, certains soignants peuvent être embarrassés à utiliser des « outils de traçabilité », du fait de difficultés avec l'orthographe.

« *Dans cette tension entre une prescription idéale et des conditions de travail limitées, la plupart des soignants se mettent une carapace et se routinisent* ». ²⁶ Ce mécanisme de défense leur permet de faire le travail dit pénible mais parallèlement il peut créer un désinvestissement et de la résistance aux changements.

Enfin, comme autre limite à la pluridisciplinarité, Marie-Anne Dujarier, évoque le manque de reconnaissance sociale du travail des personnels soignants dit de « première ligne ». Elle précise que « pour pouvoir construire un espace de reconnaissance du travail, il faut que les personnes soient en situation de le connaître et soient légitimes pour le juger ». ²⁷

²⁴ DUJARIER Marie-Anne. L'idéal au travail, Paris : 1^{ère} édition Quadrige, avril 2012, p 166.

²⁵ Ibid., p 172.

²⁶ Ibid., p176.

²⁷ Ibid., p 257.

➤ Equipe et coordination

Selon Gilles Desserprit, Directeur de l'IFCS de l'AP-HP : « *le travail en équipe est la représentation de toutes les activités qui nécessitent une coordination entre les personnes constituant l'équipe* »²⁸. Qui plus est, comme nous l'avons vu précédemment, les nouvelles priorités de la stratégie nationale de santé pour moderniser notre système de santé tout en maintenant une prise en charge de qualité du patient, tente à développer le partage d'informations avec les différents acteurs de soins de l'hôpital, de l'ambulatoire, et en ville.

De ce fait, l'article 25 de la loi santé du 26 janvier 2016, redéfinit l'équipe de soins comme « *un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination* »²⁹.

Ce premier concept concernant le cadre de santé, cerne parfaitement l'évolution du métier. Ainsi dans son travail de recherche Sophie Reinhardt évoque clairement cette transition : « *D'un modèle d'encadrement autoritaire avec le surveillant à un modèle professionnel avec le cadre infirmier le nouveau modèle vers lequel tend aujourd'hui le cadre de santé est gestionnaire et managériale* »³⁰. « *Son autorité le conduit à donner des repères pour que les professionnels ne s'égarer pas [...] dans leur quête quotidienne de ce qui est ou pourrait être bien pour un sujet singulier* »³¹. Cette citation de Walter Hesbeen, permet de positionner le cadre de santé comme un guide, qui permet à l'équipe pluridisciplinaire de ne pas perdre de vue l'objectif du prendre soins d'une personne singulière. Ensuite, il poursuit, en spécifiant que ce positionnement le conduit « *également, à accompagner la réflexion en vue de contribuer à enrichir les regards et à élever l'ambition des professionnels pour leur pratique* »³².

Ainsi, cette pensée de l'auteur, fait le lien avec le concept suivant, qui s'intéresse au management par la clinique, ou comment le cadre de santé peut développer et

²⁸ DESSERPRIT G. *La définition du travail en équipe et de sa dynamique*. Soins Cadres – n°93 – février 2015, p 1.

²⁹ Loi n°2016-41 du 26.01.2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur < <https://www.legifrance.gouv.fr/le-projet-de-loi-de-santé> > (consulté le 24/04/2016)

³⁰ REINHARDT Sophie. *Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?* - Université Paris 8, Centre de Recherche Sociologiques et Politiques de Paris (CRESPPA) – Genre, Travail, Mobilités (GTM), p 1.

Disponible sur < <http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/MUTATION%20CADRE.pdf> > (consulté le 20 avril 2016)

³¹ HESBEEN W. *Cadre de santé de proximité Un métier au cœur du soin Penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, juin 2011, p. 104

³² Ibid., p.104

accompagner ce projet centré sur le cœur de métier de tous les professionnels de santé : la clinique.

1.2 Le management par la clinique

1.2.1 Définitions

➤ Le management

Le verbe anglais *manage* et le terme «management» viennent du mot français «ménager» signifiant l'action de bien régler, de bien disposer.³³

Puis, la revue Sciences Humaines dans son article « introduction : Le management aujourd'hui » définit le management comme l'« ensemble des techniques d'organisation et de gestion de l'entreprise pour conduire, piloter l'action des individus. Optimisation de l'usage des ressources humaines d'une organisation dans le cadre des objectifs visés ».³⁴

De plus, pour Serge ALECIAN et Dominique FOUCHER, dans leur ouvrage *le management dans le service public* : « le management est le métier qui consiste à conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance ».³⁵

Dans cette partie, du management par la clinique, outre les autres styles de management cités précédemment, celui privilégié pour fédérer l'équipe autour de cette « démarche clinique » sera le management participatif : « *Cherche à associer les salariés dans le processus de production par l'enrichissement des tâches, le travail en équipe, la décentralisation et la délégation* ».³⁶

➤ La Clinique

L'adjectif « clinique » vient du grec *klinikê*, repris en latin sous le terme *clinicus* : se dit de ce qui se fait près du lit des malades.³⁷

Ce modèle de management intègre la clinique, car dans ce cadre, elle devient un outil qui fédère une équipe autour d'un projet de soins et qui permet à chacun, de faire reconnaître sa valeur par le travail, ainsi que ce qu'il fait au quotidien pour le patient.

³³ *Dictionnaire de français*. Larousse. Disponible sur < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/levier/46883> > (consulté le 30/04/2016)

³⁴ *Introduction : Le management aujourd'hui*. Sciences Humaines, n° 219, octobre 2010, 62 p. Disponible sur <<http://medias.dunod.com/document/9782100578252/Feuilletage.pdf> > (consulté le 12/03/2016)

³⁵ ALECIAN Serge, FOUCHER Dominique. *Le management dans le service public*. Paris : Editions d'organisation, 2002. p10.

³⁶ MARTINET Alain-Charles, SILEM Ahmed. *Lexique de gestion et management*. Paris : Dunod, 2008, p 384.

³⁷ DANVERS Francis. *Autour des mots de la formation « Clinique »*. Université Charles-de-Gaulle-Lille 3, équipe PROFEOR-CIREL. Disponible sur <<http://www.docs-engine.com/pdf/1/lexamen-clinique-de-lintelligence.html#> > (consulté le 12/04/2016)

1.2.2 Le management par la clinique

Pour commencer, le concept de la gouvernance clinique prend ses racines, au cœur de la profonde réforme des services de santé du Royaume-Uni à la fin des années 1990.

Ainsi, Thérèse Psiuk en outre, Directrice de soins et experte à l'ANAP définit la gouvernance clinique comme : « *un espace situé entre le système de gestion et le système clinique d'une organisation. Où le cadre de santé en véritable chef de projet peut optimiser la gestion des soins et favoriser une interdisciplinarité* ». ³⁸

Puis, selon Isabelle Brault³⁹ : « *La gouvernance clinique se veut un lieu d'action collective, de mobilisation de relations et de savoirs entre les acteurs impliqués dans l'organisation et la dispensation des soins et des services de santé* ».

En revanche, « *il ne s'agira pas de concevoir une organisation théorique* » axée sur la clinique, « *mais une organisation utile pour l'action au quotidien* ». ⁴⁰

Dès lors, c'est pour l'institution, un projet porteur de sens en lien avec les différents projets et au cœur de la gouvernance clinique. Selon CESIFORM⁴¹ **manager par la clinique** : « *c'est recentrer les missions du cadre autour du soin et du développement des compétences cliniques des soignants pour l'amélioration continue de la qualité des prises en charges pluridisciplinaires des patients* » dans une logique de parcours de soins.

De telle sorte que, l'encadrement de proximité de part son implication à une place prépondérante pour coordonner les activités, dans « *une recherche de l'efficacité et de l'excellence à partir de processus clinique* ». De là, le rôle du cadre de santé, va être, à partir d'outils communs, de faire travailler ensemble l'équipe pluridisciplinaire, autour de situations de soins complexes.

Pour ce faire, manager par la clinique nécessite du cadre de santé qu'il manage par la connaissance (langage commun appuyé sur la compétence et la responsabilité) et qu'il déploie un *Leadership clinique*. ⁴²

C'est à dire qu'il sache AGIR (Articuler Gérer Impliquer Réguler) :

³⁸ PSIUK Thérèse. *L'évolution du management vers une gouvernance clinique pour les cadres de santé*. Techniques hospitalière - n° 752 - juillet-août 2015, p 3. Disponible sur < www.techniques-hospitalieres.fr > (consulté le 12/01/2016)

³⁹ Brault I, Roy DA, Denis JL. Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. Université de Montréal. Pratiques et organisation des soins 2008.

⁴⁰ BOURRET Paule. *Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Éditions Seli Arslan, 2011, p 84.

⁴¹ CESIFORM : Centre de formation et de conseil en Sciences infirmières.

⁴² Les cinq clés du management transversal. Les cahiers du DRH, n° 196, avril 2013 Disponible sur < <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/64840/les-cinq-cles-du-management-transversal.html>> (consulté le 30/04/2016)

- Agir en architecte,
- Agir en capitaine d'équipe,
- Agir en stratège,
- Agir en leader,
- Agir en communicant.

1.2.3 Le raisonnement clinique partagé : une démarche médico-soignante pour construire le chemin clinique⁴³

➤ Du parcours coordonné de soins au déploiement du chemin clinique

Le chemin clinique est une « *Méthode d'amélioration de la qualité des soins créé par Karen Zander en 1985. Le chemin clinique décrit pour une pathologie déterminée, tous les éléments du processus de prise en charge suivant le parcours du patient au sein de l'institution* ». ⁴⁴

Le chemin clinique sera développé tout d'abord au Québec en 1989. En France, ce sera l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)⁴⁵ qui en 2000, identifiera le chemin clinique comme « *un outil de planification quotidienne de la prise en charge des patients présentant une pathologie bien définie, lors de leur séjour dans un établissement de santé* ».

Puis en 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit le chemin clinique comme « *une méthode qui vise la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant la même pathologie ou la même situation de dépendance. Cette méthode repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des règles de bonnes pratiques en faisant appel à l'analyse de processus* ». ⁴⁶

Cette coordination des différents acteurs résulte d'un projet de soins collectif provenant d'un partage de raisonnements cliniques individuels ayant aboutit à un consensus d'équipe.

Selon l'ARS, la mise en œuvre de chemin clinique, constitue un outil d'évaluation clinique, permet la traçabilité et vise une recherche de « performance ». En cela, dans ce cadre l'efficience serait un indicateur de la performance.

« *La fluidité du parcours du patient est un élément déterminant de l'efficience et de la*

⁴³ Abstracts journée d'échanges professionnels AP-HP. *Management par la clinique au service du parcours patient*. Paris, mars 2016.

⁴⁴ DABRION Marlyne. *Raisonnement et démarche clinique infirmière. Enseignement et apprentissage*. Editions De Boeck Estem. Paris : 2011, p 200.

⁴⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, n'existe plus, elle est regroupée au sein de la HAS.

⁴⁶ www.has-sante.fr

qualité du service rendu »⁴⁷.

De surcroît, à la suite de la loi HPST de 2009, la loi santé portée par Marisol Touraine, promulgué le 26 janvier 2016, s'articule notamment vers la réorganisation autour des soins de proximité, inscrit dans un parcours de santé. Ainsi le patient sera au cœur du système de prise en charge.

➤ Préalables au chemin clinique

Avant tout, selon CESIFORM, « *il faut s'assurer du caractère **pluridisciplinaire** de la prise en charge, de l'existence de **recommandations professionnelles** (sociétés savantes conférences de consensus...), puis de la motivation et de la disponibilité des professionnels soignants, ainsi que de l'**adhésion** des professionnels médicaux à la démarche et de la présence d'**expertises** (« savoirs d'expériences », ressources au sein des équipes soignantes) »⁴⁸. Qui plus est, l'engagement des soignants dans cette démarche qualité les implique dans une « *voie d'évaluation et d'amélioration de leur pratiques* ».*

Enfin, la HAS pour assurer la traçabilité du chemin clinique met en avant l'importance du dossier patient. Elle le définit comme « *un outil commun de la pratique individuelle de chacun des acteurs de soins et il témoigne d'une démarche collective structurée et coordonnée dont le patient a bénéficié pour sa prise en charge. C'est la mémoire de l'itinéraire du patient dans le système de soins et le seul document qui en atteste* »⁴⁹.

Outre le fait que le dossier de soins reflète la prise en charge globale des problèmes du malade, il est un élément constitutif du dossier patient et il est une obligation réglementaire.⁵⁰ Il peut se présenter sous la forme d'un dossier papier ou informatisé.

« L'informatisation du dossier patient facilite l'utilisation et la diffusion des chemins cliniques dans les établissements de santé »⁵¹. Véritable plus value de sécurité, de continuité et de coordination des soins à l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, son déploiement informatisé est un enjeu pour mettre en œuvre et pérenniser le chemin clinique.

⁴⁷ ACKER D. BENSADON AC. LEGRAND P. MOUNIER C. *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*. Rapport, avril 2012, p 4.
Disponible sur <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>> (consulté le 13/01/2016)

⁴⁸ CESIFORM. *La méthodologie de construction des plans de soins types, des chemins cliniques et du parcours de soins*. APHP Action 3 formateur, p 9.

⁴⁹ Dossier patient - Amélioration de la Qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et Recommandations – Juin 2003 - www.has.sa.

⁵⁰ Article R.1112-2 et article R.4311-3 du Code de la Santé Publique.

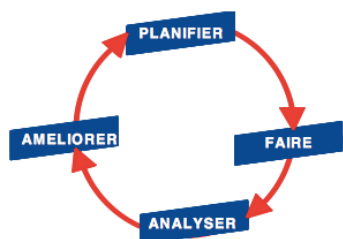
⁵¹ DABRION Marlyne. *Raisonnement et démarche clinique infirmière. Enseignement et apprentissage*. Editions De Boeck Estem. Paris : 2011, p 201.

➤ Méthode globale de construction d'un chemin clinique selon la HAS⁵²

Ce modèle, souvent appelé roue de DEMING ou roue de la qualité, comprend 4 étapes distinctes qui se succèdent indéfiniment : Planifier, Faire, Analyser, Améliorer.

En anglais Plan, Do, Check et Act, d'où le modèle PDCA.

Ces quatre étapes constituent la base d'une démarche qualité :



1. **Planifier (ou Programmer)** : c'est l'étape de définition de la démarche à mettre en œuvre, puis d'identification des professionnels et des structures impliquées et enfin, de programmation des étapes successives de l'étude ;
2. **Faire** : c'est l'étape de mise en œuvre du CC (de son intégration à la pratique) ;
3. **Analyser** : c'est l'étape où l'on mesure l'impact que le CC, mis en place à l'étape précédente, a sur la prise en charge des patients (efficacité ? utilité ?). La mesure porte également sur l'utilisation du CC. Cette analyse a, notamment, pour objectif d'identifier les raisons pour lesquelles il n'a pas été utilisé pour des patients présentant la pathologie ciblée ;
4. **Améliorer** : c'est une étape essentielle, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à réduire les écarts observés à l'étape précédente. C'est aussi l'étape qui permet d'actualiser régulièrement le CC.

➤ Les étapes spécifiques du chemin clinique⁵³

1. Choix et Définition du GHP :

Le titre et l'argumentation du choix du Groupe Homogène de Patients peut-être déterminé par l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale pour la fréquence dans le service de la pathologie ou au contraire pour la criticité (nouvelle pathologie ou peu fréquente).

2. Photographie générale

A l'aide d'un raisonnement clinique partagé de l'ensemble du groupe de travail et en

⁵² Une méthode d'amélioration de la qualité. Chemin Clinique. Disponible sur < <http://cfar.org/wp-content/uploads/2016/03/miseenplacecheminclinique.pdf> > (consulté le 30/04/2016)

⁵³ CESIFORM. *La méthodologie de construction des plans de soins types, des chemins cliniques et du parcours de soins*. APHP Action 3 formateur, p 1.

concertation avec l'équipe pluridisciplinaire, trois domaines cliniques sont identifiés. Permettant, ainsi de recenser les problèmes de santé réels ou potentiels présentés par le patient, à l'aide de cibles selon le modèle clinique tri-focal suivant⁵⁴ :

PATHOLOGIE Signes et symptômes	RISQUES ET COMPLICATIONS Réelles ou potentielles	REACTIONS HUMAINES Physiques et psychologiques
--	--	---

Le raisonnement clinique partagé :

Pour Lynn Casimiro et Manon Tremblay de l'université d'Ottawa⁵⁵ « *le raisonnement clinique est défini comme étant un processus cognitif ou métacognitif qui permet de prendre des décisions éclairées et qui guide l'exercice de la profession. Le terme cognitif fait référence au processus même, qui nous amène à prendre des décisions telles que poser un diagnostic* ».

C'est un outil de réflexion de toute l'équipe pluridisciplinaire autour de la problématique patient. Mais également un outil de management qui permet de fédérer toute l'équipe autour de la prise en charge patient.

Ainsi, chacun trouve sa place et donne du sens à sa pratique quotidienne.

3. **Validation** pluri-professionnelle si possible.

4. **Le plan de soins type**⁵⁶

Ou encore appelé projet de soin individualisé du patient. Il se construit à partir des GHP précédemment déterminés. Il utilise la méthodologie de la démarche clinique et du projet de soins en s'appuyant sur le raisonnement clinique partagé collectif.

Il permet un référentiel commun de connaissances qui donne du sens. Car il a pour but d'anticiper tout ce qui va arriver ou risque d'arriver au patient. Il tend à pallier aux problématiques.

L'élaboration du plan de soins type est de décliner chacune des cibles à l'aide de la démarche de soins : Données, Actions Résultats.

Il prend en compte :

- *Le contexte local et l'activité quotidienne*
- *Les connaissances et postures acquises par l'expérience confrontées*

⁵⁴ PSIUK Thérèse – Fiche technique n°3 – Revue Soins 2010.

⁵⁵ www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/raisonnement_clinique.pdf

⁵⁶ CESIFORM. *La méthodologie de construction des plans de soins types, des chemins cliniques et du parcours de soins*. APHP Action 3 formateur, p 16-17.

aux savoirs scientifiques

- *Les recommandations médicales du service*
- *Les moyens disponibles*

5. Validation pluri-professionnelle

Le cadre de santé et son équipe font une évaluation spécifique des interventions et des soins paramédicaux à réaliser.

L'évaluation du projet de soins a lieu sous la direction du médecin responsable de l'unité.

« C'est à partir d'un projet de soin que le partage éclairé des tâches et des rôles devient possible »⁵⁷.

6. Elaboration du chemin clinique à partir du plan de soins type

Il s'agira de lister les cibles à introduire dans le chemin clinique issues du plan de soins type.

Il existe différentes formes de chemins cliniques issus du plan de soins type⁵⁸: des diagrammes de soins (Gantt) ou des « check list » ou encore des listes d'actes chronologiques

Toutefois, si le patient présente des signes physiques et/ou psychologiques qui ne sont pas définis dans le plan de soins type (patient hors chemin clinique), le recours à l'utilisation des transmissions ciblées sera nécessaire.

7. Test et réajustement

Cette étape, permet de comparer la gestion prévisionnelle des soins avec la démarche d'amélioration continue de la qualité. Car, elle mesure les écarts entre « les attendus » du chemin clinique et le déroulement réel de la prise en soins du patient.

Cependant, grâce à une évaluation clinique régulière, cette prise en charge est personnalisée et individualisée par le réajustement quotidien des équipes soignantes.

De plus, « *l'impact de ces outils ne se limite pas aux résultats sur les soins mais recouvre les changements sur la posture des soignants dans la relation avec les patients et l'équipe concernant l'organisation des soins* ». ⁵⁹

⁵⁷ HESBEEN Walter. La réadaptation, du concept au soin. Paris : Editions LAMARRE, 1994, p 92.

⁵⁸

⁵⁹ PSIUK Thérèse. Plan de soins type et chemin clinique. Soins en fiches – n°776 – juin 2013, p 10.

➤ **Chemin clinique et guide de séjour :**

Issu de l'élaboration des plans de soins type et des chemins cliniques, cet outil rentre dans le cadre de la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé où les professionnels de santé sont tenus d'informer les patients sur leurs maladies et les modalités de leur prise en charge. Le guide de séjour permet d'instaurer une alliance thérapeutique et positionne le patient en tant qu'acteur de soins. « *Pour faciliter la communication, l'information doit être synthétique, pertinente et claire* ». ⁶⁰

➤ **Chemin clinique : outil de management pour le cadre de santé**

Le chemin clinique, est « *un véritable levier de management par la clinique* ». ⁶¹

En effet, cette démarche donne du sens à la fonction clinique du cadre de santé. Tout en étant gestionnaire de soins, elle le rapproche de son cœur de métier qui lui permet de prendre soin du soin.

D'une part, le cadre met en valeur le haut raisonnement clinique des professionnels et ceux qui sont en difficultés. Par exemple lors des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ou lors des entretiens d'évaluation annuelle.

D'autre part, l'inclusion de membres de l'équipe soignante dans le groupe de travail, ce qui permet de valoriser la pratique de chacun et une meilleure implication de l'agent.

Au fond, le chemin clinique favorise la communication avec l'équipe, il a un intérêt pour ce qu'elle fait, ce qui entraîne une meilleure crédibilité et une reconnaissance par l'équipe.

➤ **Qualité, Sécurité des soins et Chemin clinique** ⁶²

Les indicateurs portent sur des points précis de la prise en charge du patient à évaluer et sont présents dans les recommandations de l'HAS. Ils relèvent d'une action de soins paramédicaux à intégrer dans le chemin clinique :

- **Les indicateurs de préventions et de gestions des risques** : Dans le plan de soins type puis dans le chemin clinique tous les risques encourus par les patients sont identifiés : la surveillance des signes d'apparition des problèmes de santé correspond à réaliser la prévention et à gérer les risques.

- **Les indicateurs de traçabilités et de compétences** : Evaluation de la qualité du raisonnement clinique de chaque professionnel par des audits de la qualité des transmissions ciblées.

⁶⁰ Ibid., p 19.

⁶¹ PSIUK Thérèse, GOUBY Monique. Plans de soins types et chemins cliniques : 20 situations cliniques prévalentes. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013, p 12.

⁶² Voir Annexe II : Schéma sur les outils d'amélioration de la qualité des soins.

➤ Approche critique et limites du chemin clinique

Le chemin clinique permet dans la prise en soins du patient, d'avoir un langage pluridisciplinaire commun, mais Walter Hesbeen, dans son ouvrage « *Cadre de santé de proximité* ». *Un métier au cœur du soin* nuance ce propos, en expliquant que « ce n'est pas d'un langage commun dont a besoin une équipe pour œuvrer ensemble et s'orienter dans la même direction mais bien d'une compréhension commune de ce qui se dit lorsque l'on se parle ». ⁶³

Ensuite, si cette démarche processus améliore la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un GHP et qu'elle tend à améliorer la communication inter professionnelle ; elle nécessite néanmoins « *un fort leadership des directions médicales, de soins et un management de haut niveau capable d'impliquer les médecins dans la conception et la mise œuvre sur le terrain* ». ⁶⁴

En outre, Paul Christophe Abel, dans son ouvrage « *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?* » ⁶⁵ émet des réserves sur les bienfaits de la mise en œuvre du chemin clinique.

Il évoque que cet outil, part d'un « *déroulement idéalisé du soin sur des procédures prouvées* » et « *des résultats attendus* » mettant à distance le lien avec le patient. Ainsi « *le chemin clinique imposé sans nuance se transforme alors en machine à culpabiliser : dans les cas de non-conformités, l'échec peut induire un sentiment d'infériorité et d'incapacité dans les équipes fragilisées* ». Même si cela n'est pas obligatoirement lié à « *la qualité de leur investissement* ».

A ce sujet, Paule Bourret, dans son ouvrage « *Les cadres de santé à l'hôpital* » s'inquiète de « *l'évolution des hôpitaux vers la standardisation des trajectoires des malades* ». ⁶⁶

Car « *si la mise en flux tendu des malades a permis une diminution des durées de séjour [...] elle aboutit aussi parfois à des sorties de malades que ces derniers perçoivent comme prématurées* ». A cela, elle rajoute : « *le défi est de maintenir une fluidité des flux et d'éviter que les flux de malades ne deviennent des stocks* ». ⁶⁷ Par ces propos, l'auteur, interpelle le lecteur aux risques de déshumaniser les soins par cette démarche processus.

⁶³ HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité Un métier au cœur du soin Penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, juin 2011, p.49.

⁶⁴ Ibid., p.204

⁶⁵ ABEL Paul Christophe. *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?*, Paris : Éditions De Boeck-Estem, 2014, p 74.

⁶⁶ BOURRET Paule. « *Les cadres de santé à l'hôpital* ». Paris : Éditions Seli Arslan, 2006-2014, p 156.

⁶⁷ Ibid., p 158.

Enfin, tandis que l'article 51 de la loi HPST « *met l'accent sur l'efficience* »⁶⁸, les cadres de santé composent au quotidien, entre le prendre soins du soin, des équipes et une gestion économique contrainte.

L'étude de ce troisième concept à venir, permet d'identifier les liens entre le management par la clinique et les leviers de l'efficience collective.

1.3 Levier de l'efficience collective

1.3.1 Définitions

➤ **Levier**

« *Ce qui sert à soulever, à mouvoir, à surmonter quelques résistances* ».⁶⁹

➤ **L'efficience**

« *Capacité d'un individu ou d'un système de travail d'obtenir de bonnes performances dans un type de tâche donnée* ».⁷⁰

Ou plus précisément c'est le « *rapport entre les moyens de production employés et les résultats obtenus. Une combinaison de moyens est efficiente si les résultats sont obtenus avec une utilisation rationnelle des moyens* ».⁷¹

Aujourd'hui, le besoin d'efficience est double. D'une part, il est économique, afin de répondre au contexte de contrainte budgétaire. D'autre part, il est qualitatif, répondant à une exigence des usagers et à la certification des établissements.

Dans ce système qui a évolué vers une culture de la performance, les acteurs qui le composent, participent à son efficience.

➤ **Action collective**

Selon le lexique de sociologie, c'est un « *comportement collectif d'individus qui se mobilisent dans l'objectif d'atteindre des buts communs par des moyens plus ou moins institutionnalisés* ».⁷²

L'action collective est donc une mobilisation concertée. Elle n'est pas un effet émergent, et ne peut exister que dans l'interaction. « *Dans un sens plus large, certains sociologues*

⁶⁸ REVERDY Martine. *Le cadre de santé porteur du projet de soin individualisé au sein de l'équipe soignante*. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/le-cadre-de-sante-porteur-du>> (consulté le 30/04/2016)

⁶⁹ *Dictionnaire de français*. Larousse. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/levier/46883>> (consulté le 30/04/2016)

⁴⁰ *Dictionnaire de français*. Larousse. Disponible sur <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/levier/46883>> (consulté le 30/04/2016)

⁷¹ MARTINET Alain-Charles, SILEM Ahmed. *Lexique de gestion et management*. Paris : Dunod, 2008, p 246.

⁷² Lexique de sociologie 3^{ème} édition 2010, éditions DALLOZ, Paris, p 3.

considèrent l'ensemble des comportements collectifs comme relevant de l'analyse de l'action collective ». Roger Mucchielli, psycho-sociologue et psychopédagogue français, précise que « la base du collectif se construit dans l'acquisition par le groupe de valeurs et de normes communes ». ⁷³

Mais le défi est de faire réussir à adhérer une équipe pour mettre en œuvre le projet. Car « L'amélioration de la performance des services cliniques et médico-techniques passe par une mobilisation des acteurs sur le cœur de métier » « Dans ce contexte, permettre aux médecins et aux soignants de se recentrer sur les prises en charge des malades apparaît primordial ». ⁷⁴ Ainsi, encourager des groupes de travail à réfléchir autour du raisonnement clinique partagé et à construire un chemin clinique dans le but d'améliorer la qualité des soins, développe « confiance et respect au cours du temps ». ⁷⁵

En conséquence, le terme « levier de l'efficacité collective » dans le cadre de cette recherche désigne un processus dynamique et performant de collaboration interprofessionnelle.

La collaboration interprofessionnelle a pour objectif de coordonner les actions interdisciplinaires, afin de garantir « la cohérence, la continuité et la qualité des soins » ⁷⁶. « La pratique de collaboration est définie comme étant un processus interprofessionnel de communication et de prise de décisions qui permet aux compétences et aux aptitudes distinctes et partagées des prestataires de soins de santé d'influencer de façon synergique les soins prodigués aux patients ». ⁷⁷

1.3.2 La communication

« La communication vient du latin *communicare* (partager, participer, être en relation avec), issus des mots latins *cum* (avec, ensemble) et *munis* (qui remplit sa fonction, qui accomplit sa charge) ». ⁷⁸ Elle est centrée sur la relation à l'autre et elle a pour but de créer du lien entre les protagonistes.

⁷³ MUCCHIELLI R. *Le travail en équipe*. Paris : ESF éditeur. 2007.

⁷⁴ ACKER Dominique, Dr BENSADON Anne-Carole, LEGRAND Patrice, MOUNIER Céline. *Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants*. Rapport Inspection générale des affaires sociales, Avril 2012, 111 p. Disponible sur <www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../124000345.pdf> (consulté le 24/01/2016)

⁷⁵ STORDEUR S., D'HOORE W. *Attractivité et qualité des soins – 3 défis, une réponse*. Paris : Éditions Lamarre, 2009, p102.

⁷⁶ Ibid., p 93.

⁷⁷ Ibid., p.98

⁷⁸ *Les mots de la formation et de l'encadrement en fiches*. Revues soins cadres, n°83, août 2012, p 52.

La communication autour du raisonnement clinique partagé, permet de donner du sens à l'action collective du prendre soins. Pour ce faire, le cadre de santé a "un rôle prépondérant en matière de communication car il est au carrefour de l'information ».⁷⁹

Il doit être à l'écoute des besoins, des difficultés de l'équipe et être assertif.

Si la communication est adaptée et efficace, elle peut être un levier de développement de la compétence collective.

1.3.3 Développement des compétences

Selon Cécile Dejoux, Professeur des Universités, « la compétence nécessite des points-clés pour exister. Elle est un savoir-agir, prend son sens dans l'action et est dynamique car requiert un apprentissage permanent ».⁸⁰

Ensuite, selon Guy Le Boterf, expert de la gestion et du développement des compétences et des parcours de professionnalisation, « le savoir-agir est favorisé par la formation, l'entraînement, le partage de pratiques professionnelles et la connaissance de leurs propres ressources par les individus et par les ressources environnementales partagées ».⁸¹

De surcroît, Guy Le Boterf ajoute que « si être compétent doit toujours être défini en termes d'action (savoir faire, savoir agir, savoir réagir), cette définition est toujours relative à l'organisation du travail qui a la fois la sollicite et la rend possible ».⁸²

1.3.4 Conduite du changement

« La conduite du changement est un ensemble de méthodes et de techniques qui permettent de mesurer la capacité d'un système à changer, à dimensionner les leviers de communication, de formation et d'accompagnement individuel et collectif, et à proposer des outils de mesure de l'adhésion et de la participation. La conduite du changement vise donc à traiter tous les points de changement susceptibles de bloquer ou de retarder un projet (réorganisation, fusion interne, restructuration, modernisation du système d'organisation...), à travers une analyse des risques liés au changement (résistances, absence d'adhésion, non-acceptation, incompréhension, malentendus, faible implication, conflits de valeurs ou d'intérêts) et la mise en place d'une démarche ouvrant la voie à des solutions consensuelles, acceptées par la grande majorité des acteurs de l'organisation»⁸³.

⁷⁹ La place et le rôle du cadre de santé dans l'unité de soins. Disponible sur <infirmiers.com> (consulté le 30/03/2016).

⁸⁰ DEJOUX C. Gestion des compétences et GPEC. Paris : Éditions Dunod, 2008.

⁸¹ LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives agir et réussir avec compétences. Paris : Éditions Eyrolles, 2010, p 95.

⁸² Ibid., p 65.

⁸³ MEIER Olivier. DICO du manager. Paris : Dunod, 2009, p 34.

En somme, un processus de changement, doit être conçu en prenant en compte l'aspect « humain et social ». Pour ce faire, le cadre de santé doit communiquer, impliquer (en écoutant les réticences, les propositions au sein de groupe de travail) et négocier.

L'équipe adoptera le changement que si celui-ci est justifié et non imposé. De même s'il est cohérent et non précipité.

L'accompagnement aux changements est un processus dynamique. Toutefois, c'est un exercice délicat qui ne peut être ni improvisé, ni s'effectuer sans motivation de la part de ceux qui accompagnent ce changement.

1.3.5 Motivation et management

Dans cet extrait Catherine Hontebeyrie-Soulie⁸⁴, Directrice d'hôpital, définit la motivation comme « *le résultat d'un processus dynamique qui rend possible l'atteinte d'objectif clairement identifié* ».

Néanmoins cette motivation ne peut exister que si le manager lui même s'engage dans une démarche motivationnelle, en adoptant une communication efficace adaptée.

Cependant ce procédé demande au manager une bonne connaissance de Soi, ainsi que de l'institution et ses besoins.

Tout d'abord, l'auteur s'interroge sur les moyens qui permettent au cadre de santé de faire vivre la motivation au sein de son équipe.

Ensuite, l'auteur développe les grands principes du "management participatif" et ceux du "management par les talents".

Le premier permet d'une part de créer un sentiment de responsabilisation, d'autonomie et surtout de reconnaissance chez les collaborateurs. Et d'autre part, il facilite un comportement productif, grâce à l'implication de chacun dans un environnement bienveillant. Mais cela nécessite de la part du manager de savoir déléguer et donc de faire confiance.

Le second met en avant les capacités pédagogiques du cadre, qui permettent par le biais de formation de faire progresser les collaborateurs personnellement. Mais également pour qu'ils puissent mutualiser leurs connaissances. Et réinvestir leurs nouvelles compétences au sein de l'institution.

Le processus motivationnel est un cercle vertueux. Il incombe au manager de développer ses compétences pour favoriser et entretenir sa propre motivation, afin d'être en mesure de motiver ses équipes.

Dans ce sens, le paragraphe qui suit et qui finalise le cadre conceptuel est centré sur le Tutorat. En effet, l'accompagnement et la motivation de l'équipe à la mise en œuvre

⁸⁴ HONTEBEYRIE-SOULIE Catherine. Managers : comment favoriser et entretenir votre motivation pour mieux motiver vos équipes. Santé RH. n°47 février 2013, pp. 13-18.

de cette démarche médico-soignante, nécessite de la part du cadre de santé, qu'il mobilise et développe sa compétence pédagogique.

1.3.6 Le tutorat

➤ Références théoriques

L'étymologie⁸⁵ de tutorat est issue du latin, *tueor, eri, tuitus sum* qui signifie : avoir sous les yeux, veiller sur, prendre soin de ... et administrer.

A l'origine la notion de « tutorat » était centrée sur la protection. Dès lors, au fil des siècles elle s'est enrichie, pour aboutir au concept pédagogique qu'elle constitue aujourd'hui dans le champ professionnel, ainsi J.M. Barbier le définit comme « l'ensemble des activités mises en œuvre par des professionnels en situation de travail, en vue de contribuer à la production ou à la transformation de compétences professionnelles ».⁸⁶

De surcroît, selon le dictionnaire du Petit Robert 1995, deux définitions se révèlent en rapport avec notre thématique :

La première définit le tutorat comme une « Tige, armature de bois ou de métal fixée dans le sol pour soutenir ou redresser des plantes ». Et la seconde précise que c'est un « enseignant qui suit, assiste et conseille particulièrement un élève ou un groupe d'élèves ». Dans cette recherche, l'enseignant est le cadre de santé et l'élève, les professionnels de santé.

Ces nouvelles références, mettent le terme « tuteur » en lien avec la notion de guide, afin que le tuteur puisse accompagner la personne tutorée tout au long de son apprentissage.

Dans ce cadre, le tutorat a trois principales fonctions⁸⁷ :

- **Une fonction pédagogique** : permet en situation d'apprentissage le développement des compétences de l'apprenant. Elle nécessite également des « tâches d'évaluation » préalablement définies.
- **Une fonction de socialisation** : « générateur de lien social », le tuteur établit une relation de confiance avec le tutoré en lui transmettant des savoirs relationnels, dans le but de faciliter son intégration au sein de l'équipe du service.
- **Une fonction de management et d'encadrement** : Le tuteur planifie, organise l'intégration et le suivi des tutorés. De plus, il coordonne les différents acteurs participant à l'apprentissage.

⁸⁵ www.ifpvps.fr/IMG/pdf/Encadrement_professionnel.pdf (consulté le 28/02/2016)

⁸⁶ Barbier J.M. Tutorat et fonction tutorale : quelques entrées d'analyse. Recherche et formation, 1996 ; 22 : 7-19.

⁸⁷ T. Bastide. Tutorat des nouveaux professionnels infirmiers dans les services d'urgence. Chapitre 103. Urgences 2012, 15 p. Disponible sur <http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Tutorat_des_nouveaux_professionnels_infirmiers_dans_les_services_d_urgence.pdf> (consulté le 06/02/2016)

Le tutorat est un processus formalisé, facilitateur de l'apprentissage, inscrit dans une démarche relationnelle empathique. Il permet de mettre en lien un professionnel expérimenté et volontaire, véritable personne ressource avec une personne ou un groupe limité d'apprenants. Le tuteur, accompagnateur, guide le développement des capacités ou des compétences de chacun sur le chemin de la professionnalisation.

Enfin, c'est une prise en charge respectueuse, individualisée et personnalisée qui utilise les ressources et les compétences de l'autre, renforçant ainsi l'estime de soi et préservant l'autonomie du tuteur.

➤ Les différentes formes de tutorat

L'accompagnement à la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé, nécessite aux cadres de santé et aux soignants formés, de tutorer les personnes qui n'ont pas eu la formation.

Cet accompagnement fait référence aux quatre formes de tutorat en lien avec la typologie de Goodlad & Hirst (1989)⁸⁸ :

- « **Surrogate teaching** » : délégation des responsabilités à des professionnels ayant acquis une certaine expérience dans cette démarche. De plus, il implique selon Barnier (2001) le « **tutorat solidaire, entre pair** ». Véritable partage expérientiel par l'utilisation d'un langage commun, permettant le développement individuel et collectif.
- « **Proctoring** » : tutorat individualisé.
- « **Co-tutoring** » : appelé aussi « tutorat tuteuré ». Barnier (2001) parle « d'effect-tuteur dans une logique transactionnelle du tutorat ». Dans ce cas selon la situation et le degré d'autonomie de l'apprenant il peut devenir à son tour le tuteur de la personne qui initialement était son tuteur.
- « **Teacherless groups** » : le tuteur avant de s'absenter laisse des consignes de travail au groupe. Dès lors, les apprenants sont autonomes lors de groupes de discussion. Ce tutorat est en lien avec la théorie d'apprentissage du socio constructivisme. Cette autonomie contrôlée, permet au groupe de se réguler et de s'autonomiser, afin de construire leurs savoirs.

⁸⁸ RALPHSON Pierre. Le rôle du Tutorat dans l'enseignement en ligne. Le cas de la Licence en ligne de sciences de l'éducation. Institut d'enseignement à distance de l'université Paris VIII. Disponible sur <http://www.memoireonline.com/03/08/996/m_role-tutorat-enseignement-en-ligne-licence-sciences-education-paris-VIII11.html>(consulté le 27.01.2016)

➤ Les étapes de mise en œuvre d'une relation tutorale⁸⁹

Tout d'abord, à la première réunion d'intégration de la mise en œuvre du projet « chemin clinique », le cadre de santé va :

- présenter le projet,
- rappeler les objectifs,
- collecter les informations,
- aider à créer une dynamique de groupe.

Puis, le tuteur **accompagne**, afin de :

- faciliter la mise en relation entre savoirs, savoir-faire, comportements
- diagnostiquer les difficultés et problèmes rencontrés et aider l'alternant à la résoudre (problèmes professionnels, sociaux, familiaux, personnels)

Ensuite, il **forme** les professionnels au raisonnement clinique partagé, à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de soins type et du chemin clinique associé.

Pour cela, le cadre de santé :

- diagnostique les acquis en situation de travail,
- organise les situations de travail apprenantes,
- facilite l'acquisition des compétences,
- facilite l'intégration de la démarche processus.

Enfin, il **évalue** l'acquisition des compétences professionnelles en :

- diagnostiquant les acquis, les difficultés,
- appréciant l'atteinte des objectifs,
- prévoyant et en conduisant des entretiens de suivi et d'évaluation.

Au terme de ce cadre conceptuel présenté sous l'angle théorique et soucieuse de l'approfondir, il m'a semblé judicieux dans la construction de ma problématique, de compléter ces définitions et de les illustrer à travers deux entretiens exploratoires auprès de deux personnes impliquées dans leur domaine respectif au déploiement du management par la clinique en France.

⁸⁹ Cafoc Lyon. Rôle, place et problématique du tutorat dans les formations alternées professionnalisantes. JN. Avril 2009 <<http://www.geracfas.com/uploads/pdf/NOSENZO%20TUTORAT.Pdf>> (consulté le 27.01.2016).

2 Les entretiens exploratoires

Je vous présenterai en premier lieu, l'entretien téléphonique de Mme N cadre de santé formatrice dans un centre de formation et de conseil en Sciences infirmières, puis celui de Mme A, cadre de santé de proximité d'un centre hospitalier de Province.

La structure de formation où travaille Mme N propose (suite à une demande institutionnelle), aux cadres de santé accompagnés des équipes soignantes une formation action sur la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé dans leur service, afin qu'ils puissent construire ensemble un plan de soins type, complété d'un chemin clinique pour un GHP. Ainsi, elle les accompagne dans un processus réflexif d'analyse de pratiques. A la fin de notre entretien téléphonique, Mme N me propose de me mettre en relation avec Mme A, qu'elle a formé dans ce cadre en 2013 et qu'elle continue à suivre puisque Mme A est devenue une personne ressource pour les autres services de son établissement. Elle est cadre de santé diplômée depuis 3 ans, dans les unités d'urologie et de néphrologie (service où elle a travaillé plus de dix ans en qualité d'IDE).

Après avoir été formée au model Tri focal, elle a mis en place le raisonnement clinique partagé dans ses services. Le projet a été présenté fin 2013 à l'équipe projet. Les travaux de groupe ont débuté début 2014 et il a fallu deux bonnes années pour qu'ils soient mis en place.

➤ Entretien téléphonique avec Madame N le 21 Janvier 2016⁹⁰

En premier lieu, à la question de la définition du management par la clinique, Madame N reprend précisément celle définie dans le cadre conceptuel par *Thérèse Psiuk* :

« C'est une démarche qui vise à améliorer la prise en charge des patients dans une logique de parcours de soins. Elle développe l'interdisciplinarité et les compétences cliniques des soignants ». Dès lors, deux objectifs sont recherchés : l'efficience et l'excellence à partir de processus clinique ».

En revanche, elle complète notre recherche, en spécifiant que *« Le management par la clinique peut se faire sans passer par le raisonnement clinique partagé impliquant les outils suivants : le plan de soins type ou le chemin clinique ».*

Mais concrètement, comment est-il mis en œuvre ?

A cette question, Madame N évoque le fait que *« Le management par la clinique est mis en place au sein d'unité d'hospitalisation depuis plus de dix ans sur l'ensemble du*

⁹⁰ Annexe III : Entretien téléphonique avec Madame N du 21 Janvier 2016 : Cadre de santé formatrice.

territoire et l'APHP commence tout juste. Le management par la clinique est transversal, car le cadre de santé en véritable chef de projet accompagne par des ateliers pratiques, également d'autres équipes des unités au sein d'autres pôles de l'hôpital ».

« Le cadre de santé est un gestionnaire de soins, il a un regard d'expert. En cela le management par la clinique repositionne le cadre dans les soins. Il n'y a pas que la proximité, mais il s'intéresse au sens du mot soin et à la qualité des soins ».

« De plus, le management par la clinique, fait appel à la gestion des ressources humaines. Il permet aux acteurs de soins de s'auto évaluer, à travers l'analyse de leurs pratiques dans la construction d'un plan de soins type pour un groupe homogène de patient. Le plan de soins type va permettre de créer un chemin clinique. Véritable planification des soins personnalisables en lien avec un problème de santé réel ou potentiel, il va favoriser une coordination des soins efficiente. C'est à dire : une logique de soins à la bonne personne et au bon moment ».

Néanmoins, « il n'est une aide que si le cadre de santé est formé au raisonnement clinique ». L'accompagnement de l'équipe soignante au raisonnement clinique partagé par le cadre de santé, est dans le but de créer un plan de soins type pour un groupe homogène de patients, inscrit dans un chemin clinique pour redonner aux équipes une bouffée d'oxygène ».

« L'équipe soignante est au quotidien dans le faire, dans le prescrit, pouvant même oublier le sens de l'action de soins ».

« Fédérer l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire autour de la création de plan de soins type, permet de repenser le prendre soins. Chacun partage ses savoirs, son savoir être et son savoir faire ». « Amener l'équipe pluridisciplinaire élargie à réfléchir et à travailler ensemble autour du patient, permet de transformer une énergie négative en une énergie positive ».

Par ailleurs, elle précise également que « le management par la clinique suppose au cadre de santé de la pédagogie et de trouver un juste milieu dans l'échéancier de la mise en place du projet :

- pas trop long au risque de lasser et décourager l'équipe*
- pas trop rapidement non plus, pour éviter que le projet soit vécu comme imposé.*

Il devra accompagner l'équipe dans le changement de l'organisation de travail, afin de faire face à l'apparition de résistances aux changements ».

Enfin, Madame N, par expérience nous explique qu' « il faut environ 1 an de consensus à l'équipe projet pour construire un plan de soins type, le mettre en place et faire adhérer l'ensemble de l'équipe. Afin que tout à chacun, il se l'approprie ».

➤ Entretien téléphonique avec Madame A le 28 Janvier 2016 ⁹¹

La définition du raisonnement clinique partagé, de Madame A rejoint celle exposée dans le cadre conceptuel : *« souvent implicite, influencé par des expériences personnelles, le raisonnement clinique partagé permet à une équipe d'avoir la même grille de lecture des situations rencontrées et un consensus sur les actions à mettre en œuvre. C'est une nouvelle façon de réécrire les protocoles de soins, de questionner les pratiques »*.

On retrouve cette précision, dans sa définition du plan de soins type. Pour elle *« c'est un des outils qui permet ce raisonnement clinique partagé, il est travaillé en équipe, il regroupe pour une prise en charge donnée et précise l'identification des problèmes, des risques, des actions à mettre en œuvre, il est un référentiel qualité à la fois issu des savoirs des professionnels et des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes »*.

En ce qui concerne le management par la clinique, elle le définit comme un *« Fil rouge qui permet de guider la plupart des actions de management. Il permet de replacer la prise en charge du patient au centre de toutes nos actions dans les différents domaines : formation, gestion du matériel, effectifs, qualité, gestion des risques, organisation du travail »*.

De ce fait, pour Madame A, le management par la clinique est aujourd'hui *« un levier très efficace qui redonne le sens des actions aux agents dans un contexte très changeant et peu rassurant »*.

En outre, son *« expérience professionnelle »*, sa *« connaissance plus large des moyens à disposition »*, sa *« capacité à mener ce projet »*, sa *« position d'interface »*, ses *« missions de responsable de la qualité des soins et de la bonne utilisation des moyens »* lui donnent une légitimité à accompagner les équipes dans cette démarche clinique.

De plus les compétences cadre qu'elle mobilise pour accompagner ses pairs à la mise en œuvre du projet reprennent celles évoquées dans le cadre conceptuel sur le manager en santé :

- *La gestion de projet*
- *L'animation d'équipe, cadre pédagogique : « il faut être patient, c'est un travail de fond : labourage »*
- *La communication : la façon de communiquer, de transmettre les messages ne s'improvise pas.*

⁹¹ Voir Annexe IV : Entretien téléphonique avec Madame A du 28 Janvier 2016 : Cadre de santé Urologie - Néphrologie.

- Identifier les niveaux de blocage, trouver une explication sont des leviers dans l'accompagnement aux changements. Cela permet une meilleure compréhension des équipes à la démarche et une meilleure adhésion.

- Le leadership : fédérer une équipe pluridisciplinaire autour d'un projet (recherche de consensus sur les pratiques). De plus, une fois que le projet est mise en place, il faut le faire vivre et perdurer au quotidien ».

Toutefois, à la question du management d'une équipe au raisonnement clinique partagé si elle n'est pas formée au préalable, elle répond : *Le raisonnement clinique est intégré aux dispositifs de formation initiale (AS et IDE en tout cas), le modèle tri focal c'est autre chose et nécessite une formation en interne pour les professionnels en poste. Cependant concernant les étudiants infirmiers, le model tri focal se développe dans les IFSI.*

Le raisonnement clinique partagé nécessite de la part des soignants :

- *Des compétences cliniques : capacités à évaluer une situation.*

- *Performance clinique : capacités à intégrer les éléments dans sa pratique.*

En dernier lieu, à la question : En quoi le management par la clinique peut redonner de la proximité à la notion de gestion et de soin pour le cadre de santé ?

Elle conclue, en précisant que cela « *Nécessite une présence et du temps près de l'équipe, écouter, observer les organisations, les freins, réajuster et tout le temps, la proximité est un élément incontournable pour la bonne réussite du projet* ».

« *Il n'y a pas de management par la clinique si il n'y a pas de proximité* ».

3 La problématisation

Les recherches sur le management par la clinique, à travers les lectures sur les différents concepts et les entretiens exploratoires exposés précédemment enrichissent la recherche et amènent de nouvelles réflexions.

3.1 La question de recherche

Au début de ce travail de recherche, la question de départ interrogeait **la capacité du management par la clinique à être pour le cadre de santé un levier de l'efficacité collective?**

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, le cadre de santé impulse une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en soins des usagers, en créant un environnement de travail dans lequel les acteurs vont pouvoir prodiguer des soins adaptés aux patients.

Si cette démarche clinique tend à cette amélioration de la prise en charge des patients dans une logique de parcours de soins, en développant l'interdisciplinarité et les compétences cliniques des soignants, les recherches exploratoires et notamment les entretiens démontrent toute la complexité de sa mise en œuvre.

Si bien, que l'on peut se demander :

- quelle est la place du cadre dans cette nouvelle directive ?
- l'accompagnement des équipes soignantes au raisonnement clinique partagé est-il aujourd'hui un outil de management pour le cadre de santé?
- et comment peut-il accompagner une équipe soignante, la responsabiliser et l'autonomiser dans ce processus ?

En particulier, lorsque Mme A stipule que : *«la proximité est un élément incontournable pour la bonne réussite du projet»*. Concrètement, aujourd'hui, le cadre de santé a-t-il le temps et les moyens pour garantir cette proximité ?

Où est ce que le management par la clinique, lui permet au contraire de concilier l'entité gestion de celle du soin ?

Alors, concrètement comment le cadre de santé peut-il accompagner le changement pour atteindre une organisation de soins efficiente au bénéfice de la prise en charge clinique du patient ?

Cependant, il ne doit pas être aisé de faire conscientiser une équipe soignante au raisonnement clinique partagé, sachant que cette compétence est censée être acquise.

Dès lors, qu'est ce qui change ?

Puis que Mme N nous précise que le management par la clinique *« peut se faire sans passer par le raisonnement clinique partagé impliquant les outils du plan de soins type ou du chemin clinique »*.

Vouloir faire travailler l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire sur un même document, en utilisant un langage commun serait ce une nouvelle idée ?

En conséquence, je me demande, qu'elle est la plus value de la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé ?

Ces nouveaux questionnements, m'amènent à poser la question de recherche suivante :

Pour garantir une prise en soins efficiente du patient, comment le cadre de santé peut-il accompagner les équipes de soins dans la mise en œuvre d'un raisonnement clinique partagé ?

A l'issue de cette problématique deux hypothèses se révèlent :

3.2 Les hypothèses

- 1) Si le cadre de santé de proximité fédère l'équipe soignante **à la mise en œuvre d'un raisonnement clinique partagé**, alors il induira du **sens** et de la **cohésion** au sein de l'équipe développant ainsi **les compétences individuelles et collectives**.

- 2) "Si le cadre de santé de proximité fédère l'équipe soignante **par la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé**, alors il contribue à l'**efficience de la prise en charge du patient dans une logique de parcours de soins** ».

III. L'enquête de terrain

1 La méthodologie de l'enquête

Dans cette partie, je présenterai, la méthodologie adoptée pour l'enquête de terrain. Je commencerai dans un premier temps par justifier le choix de l'outil de recherche, mais également le choix de la population étudiée et les lieux d'enquête.

Ensuite, je décrirai l'élaboration de l'outil qui a guidé ma recherche, puis, le déroulement de ces entretiens auprès des six cadres de santé.

Enfin, j'exposerai les ressources et apports de l'enquête, ainsi que ses difficultés et ses limites.

1.1 Le choix de l'outil

Afin de mener mon enquête, j'ai choisi d'effectuer des entretiens semi-directifs, aidés d'un guide d'entretien, comprenant des questions ouvertes en lien avec la question de recherche et les hypothèses formulées .

Ce guide⁹² élaboré à l'issue de mon questionnement, repose sur les thématiques suivantes :

- **Le management par la clinique**
- **La mise en œuvre du chemin clinique**

Ainsi, les personnes « entretenues » ont pu s'exprimer librement tout en me fournissant « *des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés* ».⁹³

Par ailleurs, il donne aussi la possibilité de contenir les réponses en réorientant si besoin, l'échange sur les axes de la recherche.

1.2 La population étudiée et les lieux d'enquête

La population ciblée dans cette étude est le cadre de santé de proximité⁹⁴ exerçant dans une unité de soins où le déploiement d'une démarche processus autour du parcours de soins du patient est effective.

⁹² Voir Annexe V : Grille d'entretien semi-directif auprès des cadres de santé de six cadres de santé.

⁹³ QUIVY R - CAMPENHOUDT Van, *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2011, p 194.

⁹⁴ Afin de préserver l'anonymat des cadres de santé impliqués dans ce travail de recherche, j'ai choisi de les nommer « **C** » tout au long de l'étude, suivi du numéro de l'entretien. Exemple pour le premier entretien, le cadre de santé s'appellera : « **C1** » etc...

La population enquêtée est composée de **cinq femmes cadres de santé** et d'**un homme cadre de santé**. Ils sont tous issus de la filière infirmière, toutefois C5 a un diplôme d'IDE de puéricultrice.

Ensuite, la moyenne d'âge de l'échantillon présenté est de **45 ans ½**, la plus jeune est C2, âgée de 34 ans et la plus âgée, C4 a 57 ans.

La moyenne d'ancienneté du diplôme cadre de santé est de **10 ans**, la plus récente est C2 avec 3 ans de diplôme et celle qui a le plus d'ancienneté est C1, avec 19 ans de diplôme. Elles exercent toutes les deux dans le même établissement A.

La moyenne de l'ancienneté dans le service des cadres de santé est de 4 ans ½.

La cadre de santé C3 a le plus d'ancienneté dans son service, avec plus de 10 ans et la cadre de santé C2 a pris ses fonctions dans le service depuis seulement 6 mois.

Ensuite, les services représentés sont assez bien équilibrés, puisque qu'il y a deux services d'orthopédie (C1 et C4), deux services de médecine (C2 et C3) et deux services de réanimations (C5 et C6).

Cependant la capacité d'accueil des patients diffère entre les services :

- Le service d'orthopédie de C1 a une capacité de 22 lits, tandis que C4 pour le même type de prise en charge a une capacité de 40 lits.
- Le service de neurologie de C2 a une capacité de 20 lits, tandis que le service de médecine interne et immunologie clinique de C3 en possède 14.
- Le service de réanimation, soins intensifs néonatalogie et médecine néonatale de C5 a une activité conséquente de 42 lits, à l'inverse de C6 qui a une capacité de 15 lits en réanimation chirurgie-cardiaque adulte.

Il est à noter que la dotation en personnels soignants et d'encadrement est proportionnelle à la capacité d'accueil des services et à la charge de travail liée à la spécificité du service. Par exemple les services qui ont une plus grande capacité d'accueil, possèdent un encadrement plus conséquent. Comme le service de C5 où ils sont 3 cadres de santé pour 42 berceaux et pour C4, ils sont 2 cadres de santé pour 40 lits.

Néanmoins, pour C5, qui a une capacité d'accueil importante, proportionnellement à C6, sa dotation en ETP IDE diffère d'environ 2,5 postes IDE en moins que C6. De même que pour la dotation en auxiliaires de soins, puisque proportionnellement C6 a 9 ETP en plus que C5.

Les lieux d'enquête ont été choisis en fonction de leur implication dans le management par la clinique et la mise en œuvre d'un raisonnement clinique partagé permettant l'élaboration d'un plan de soins type (pour un GHP), puis d'un chemin clinique jusqu'à la création d'un guide de séjour.

Afin, d'avoir une vision plus objective et actualisée de cette démarche médico-soignante, j'ai souhaité effectuer les six entretiens dans différents établissements de Paris, de la Région Parisienne et de Province (Centre-Ouest et Sud-Ouest de la France). Sauf, **C1** et **C2** qui exerce dans le même centre hospitalier. J'ai fait ce choix car **C2** bénéficie de l'informatisation du dossier de soins dans son service et pour le service de **C1**, ce déploiement est encore en projet. J'ai donc trouvé intéressant d'étudier ces deux approches, car nous le verrons par la suite, cette différence dans l'utilisation de l'outil du dossier de soin impacte directement la mise en œuvre du chemin clinique.

Les entretiens : **C1**, **C2**, **C4** et **C6** ont eu lieu dans le bureau du cadre de santé interviewé au sein de leur service respectif. Mais les deux autres entretiens se sont effectués par téléphone. Concernant le cadre **C3**, une distance de 600 Km nous séparait et pour le cadre **C5**, sa charge de travail était telle qu'il n'a pu se faire qu'un soir tard de son bureau où elle était de garde.

Il est à noter, qu'au sein de chaque établissement où a eu lieu l'enquête (qu'il soit public ou privé), le déploiement de cette démarche inclus dans un processus d'informatisation est une politique institutionnelle.

1.3 La réalisation des entretiens

1.3.1 Préambule

Après avoir demandé un accord par mail aux Directeurs des soins et aux Cadres de Pôle des établissements sollicités, ces derniers m'ont dirigé vers des cadres de santé intéressés par ma recherche et impliqués dans le management par la clinique.

Dans un premier temps, je les ai contacté par mail, puis un entretien téléphonique était convenu avec chacun d'entre eux pour déterminer une date et une heure de rendez-vous.

1.3.2 Déroulé des entretiens

Puis, comme le préconise Alain BLANCHET et Anne GOTMAN dans leur ouvrage sur « *L'enquête et ses méthodes. L'entretien* » : « *tout entretien de recherche débute par une consigne inaugurale ; celle-ci doit être claire, non contradictoire avec le contrat initial* »⁹⁵, avant chaque début d'entretien qu'il soit en présence de l'interviewé ou par téléphone, je leur ai énoncé le « protocole ». Ce dernier, comprend une présentation du thème de la recherche et le déroulé de l'entretien, soit une durée d'entretien approximative de 30 à 45 minutes.

⁹⁵ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, sociologie 128, 2007, 2eme édition, p 78.

Afin d'obtenir des réponses au plus proche de la réalité de la pratique du cadre de santé, je me suis appuyée sur l'ouvrage de la sociologue Romy SAUVAYRE qui précise la posture nécessaire à un enquêteur afin d'obtenir le recueil d'un discours fiable.

L'auteur évoque, la notion de « *neutralité bienveillante* »⁹⁶, elle ajoute que « *la confiance de l'enquête progresse à mesure qu'il [l'interviewé] ne lit aucun jugement sur votre visage : il se livre alors plus volontiers, sans freins et sans crainte. Vous obtenez ainsi un discours plus complet et plus fiable* »⁹⁷. Au cours des six entretiens, j'ai su maintenir une posture de neutralité bienveillante en étant en particulier attentive, à ma communication non verbale concernant les quatre entretiens qui ont eu lieu en présence des cadres de santé interviewés.

1.4 Les ressources et apports de l'enquête

Les ressources et apports de cette enquête sont véritablement les acteurs qui y ont participé directement comme les six cadres de santé interviewés ou indirectement comme les Directeurs des soins, les cadres paramédicaux de pôle et tous les acteurs experts qui ont mobilisé leurs réseaux pour m'obtenir des contacts de qualités et qui m'ont accompagnée et guidée dans la réflexion de ma recherche.

En parallèle, les enseignements de l'IFCS de l'École Supérieure Montsouris, ainsi que ceux de la Fac de l'UPEC de Créteil m'ont été précieux dans l'élaboration du cadre conceptuel et de la méthodologie de l'enquête et de son analyse.

1.5 Les difficultés rencontrées et les limites de l'enquête

1.5.1 Les difficultés

Tout d'abord, mes difficultés ont été rédactionnelles. J'ai pris conscience en élaborant le guide d'entretien que ma recherche était complexe. Il me fallait de la rigueur dans la formulation et l'agencement des questions, pour ne pas « perdre » mon interlocuteur et également rester dans les deux axes de ma recherche à savoir le management par la clinique et le processus de mise en œuvre d'un chemin clinique.

Malgré toutes mes précautions, je me rends compte à la lecture des entretiens retranscrit de mes erreurs de « débutant chercheur ».

En effet, il y a des questions qui auraient pu être mutualisées. Comme par exemple les questions 9, 12 et 13 où les mêmes réponses se retrouvent. Elles traitent toutes les trois

⁹⁶ SAVAYRE Romy. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris : Dunod, 2013, p 61.

⁹⁷. Ibid p 61.

de l'évaluation, de l'impact de la mise en œuvre de cette démarche médico-soignante à différents niveaux.

Mais également au niveau chronologique, j'aurais dû poser les questions 10 et 11 sur les méthodes d'utilisation du plan de soins type à partir du raisonnement clinique partagé et sur la coopération avant la question 9 sur la mesure de l'outil. A ce jour cela me semble plus judicieux. Néanmoins, pendant les entretiens, j'étais si concentrée sur les échanges avec les cadres interrogés que cela ne m'a pas gêné dans la fluidité des questions posées.

Puis concernant le choix des lieux d'enquête :

- Dans un contexte de certification, de réorganisation de services et de veille concernant l'anticipation d'éventuel « attentat », six établissements de la Région Parisienne et de Province n'ont pas donné suite à mes demandes d'entretiens.

Soit certains ont refusé directement d'accéder à ma demande en m'expliquant leurs contraintes ou soit je n'ai jamais eu de retour à mes sollicitations par courriel.

- Par ailleurs, même après avoir (il me semblait) bien expliqué ma démarche portant sur l'accompagnement par le cadre de santé de la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé aux directeurs des ressources humaines ; certains m'ont orienté vers des cadres de santé en formation au raisonnement clinique partagé et qui étaient plus dans une démarche de réflexion du projet avec les équipes. Dès lors, ils n'étaient en mesure de répondre à l'ensemble de mes questions.

1.5.2 Les limites

D'abord, ma première limite a été d'identifier des lieux d'enquête qui avaient déjà mis en place des chemins cliniques.

Ensuite, comme nous l'avons vu précédemment dans les difficultés, ces refus ne m'ont pas permis de découvrir suffisamment de services précurseurs dans le management par la clinique et d'avoir ainsi, un recul suffisant dans l'utilisation au quotidien des outils cliniques informatisés et du guide de séjours.

En dernier lieu, la majorité des cadres paramédicaux de pôle (lieux d'enquête B, C, D et E) qui m'ont dans un premier temps accueillis et orienté vers les cadres de santé m'ont proposée un entretien, car ils souhaitaient participer à l'enquête. Il était délicat de refuser, mais, comme mes objectifs étaient axés sur la pratique du cadre de santé de proximité à accompagner la mise en œuvre de cette démarche, j'ai poliment décliné leur demande en leur expliquant l'intérêt de ma recherche. Néanmoins, les apports durant ces échanges ont été constructifs pour l'élaboration du cadre conceptuel et pour développer mon réseau professionnel.

Au terme de cette méthodologie d'enquête, cette étude ne représente qu'un échantillon très limité des cadres de santé pratiquant un management par la clinique par le raisonnement clinique partagé. Et donc, à ce titre, les résultats obtenus que je vais vous présenter dans la partie qui suit, peuvent être discutés et l'enquête n'est pas exhaustive.

2 Résultats de l'enquête

Tout d'abord, après l'écoute des entretiens, j'ai retranscrit les verbatimes des six entretiens des cadres de santé. A leurs lectures, j'ai pu mettre en évidence quatre sous thèmes à chacune des thématiques⁹⁸ choisis en lien avec les hypothèses précédemment posées à l'issue de ma question de recherche.

Ensuite, pour faciliter mon analyse, j'ai synthétisé et retranscrits de façon chronologique et par thème en lien avec les questions posées, le verbatim de chacun dans des tableaux récapitulatifs.⁹⁹

Enfin, la question n°1 et 2 correspond au talon identitaire des six cadres de santé interrogés présenté ci-dessus dans la partie 1.2 « La population étudiée et les lieux d'enquête ».

2.1 Le management par la clinique

2.1.1 La fonction gestion et la fonction clinique du cadre de santé

Ce premier sous-thème concerne la question n°3 où comment le cadre de santé concilie sa fonction gestion et sa fonction clinique ?

Les réponses des six cadres de santé démontrent un intérêt certain pour leur fonction clinique et essaye de la concilier à leur fonction gestion.

En effet, C3 évoque « qu'elle fait comme elle peut ! », elle s'organise « *gestion très tôt le matin avant que tout commence* » et participe à la visite des médecins 2 à 3 fois par semaine (C3), tout comme C4 aux réunions cliniques. Ainsi, elles maintiennent une veille sur la prise en soins des patients. Ou encore C6, qui précise que pour lui sa fonction gestion et clinique sont indissociables et aidé par sa collègue faisant fonction, il les alterne selon les situations rencontrées au quotidien.

On peut également noter un sentiment de frustration quand la fonction gestion prend le pas sur la clinique. C3 dit : « ça me plaît moins ! » ou bien C4 évoque le

⁹⁸ Voir Annexe VI : Grille d'analyse thématique

⁹⁹ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête

« sentiment d'être plus devant l'ordinateur qu'auprès des soignants ». Ce ressenti traduit une entité clinique prégnante chez tous les cadres interrogés :

- C1 : « **la fonction clinique du cadre de santé est essentielle pour l'utilisateur et l'équipe pluridisciplinaire** ». « **Réflexion clinique importante dans la gestion du quotidien** ». « **Cœur de métier. Cadre de santé est responsable de la qualité** ».
- C2 : évoque que même si « **on devient cadre par ce qu'on a des aptitudes à la gestion** »... « **On reste soignant parce que cela fait partie de notre « être » propre** ».

Elle ajoute « **Je prends soins de mes équipes, je prends soins de mes patients** ».

- C3 et C4 : elles mettent en avant leur entité clinique quand elles participent aux suivis et à la prise en charge des patients.
- C5 : « **La fonction gestion plus les missions transversales m'occupent bien plus de temps que je le voudrais et la fonction clinique j'y consacre pas suffisamment de temps** ».
- C6 : « **Le raisonnement clinique est le fondement, ça fait parti de ma pratique** ».

2.1.2 La légitimité

Ce deuxième sous-thème concerne la question n°4. Elle traite de la reconnaissance d'une légitimité du cadre de santé par l'équipe soignante à la mise en œuvre du chemin clinique.

Avant tout, l'ensemble des cadres verbalisent une implication dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un ou de plusieurs chemins cliniques dans leurs unités ou sur les regroupements de services (comme pour C6, en mission transversale sur son pôle). Ce qui leur confère une reconnaissance et une légitimité de la part des équipes médicales, paramédicales, mais également de leurs pairs et de leurs institutions.

- C1 : Mieux **reconnu par l'équipe** : « **on s'intéresse à ce que fait l'équipe, meilleure crédibilité** ». La légitimité s'obtient en travaillant pour acquérir les savoirs, s'adapter au service.
- C2 : **Le chemin clinique est une affaire pluridisciplinaire ou tout à chacun à son rôle à jouer. Le cadre à toute sa place dans cette prise en charge pluridisciplinaire et il a toute sa légitimité.**
- C3 : « **Ma légitimité : elle est que j'ai toujours accompagné cette démarche** ».
- C4 : A élaboré son premier chemin clinique en 2013.
- C5 : « **Un cadre de santé est un soignant** ».

- C6 : Il est chef de projet au sein du pôle et il accompagne les équipes à sa mise en œuvre. Dès lors il est reconnu comme formateur et référent méthodologique de la démarche clinique.

Ensuite, concernant la question n°5 traite des facteurs favorisant cette légitimité, ils s'accordent à mettre en avant leurs expertises du domaine de la clinique par leurs expériences professionnelles de soignants.

Si C5 « **ne voit pas bien comment un cadre médico technique ou autres cadres hors paramédical par exemple peut encadrer une telle démarche nécessitant une perception et une connaissance de la clinique et des particularités de la prise en charge assez fine** ». A l'inverse C6, pense que « **La personne n'ayant pas d'expertise dans le domaine du GHM servira à renforcer le côté « naïf » et apportera un regard nouveau sur les pratiques, les remettra en cause** ».

Enfin, les autres facteurs favorisant cette légitimité sont pour :

- C1 : La **motivation** du cadre de santé, sa **conviction de l'intérêt** de cette démarche et **la connaissance** qu'il en a, ainsi que du « **rôle à jouer** ».
- C2 : La **rigueur** et être **fédérateur**.
- C6 : De par son parcours, il a une bonne **connaissance des personnes** qui composent l'équipe et il est **une personne ressource** auprès des équipes où le projet est déployé.

2.1.3 L'expertise

La question n°6, traite des qualités que le cadre de santé doit posséder pour accompagner les équipes de soins dans cette démarche.

Afin d'accompagner les équipes de soins dans cette démarche, les réponses des cadres de santé prennent en compte :

Les qualités relationnelles :

- C1, C2, C6 et C3 sont unanimes sur la **qualité de l'écoute**, C1 rajoute la **disponibilité**.
- C1, C6 évoquent la maîtrise de la **communication**, C3 propose un **soutien** et C4 évoque la **force de persuasion** et la façon de **positiver** ce changement.
- C1, C4 parlent de **patience**, C4 rajoute la notion de **constance** et C3 de **persévérance**.
- C1 et C5 avance la **motivation** : motiver l'équipe sur le long terme (C5) et identifier les personnes les plus motivées (C1).
- Pour C2 et C3, il s'agit de **savoir se remettre en question**, réévaluer

Les qualités organisationnelles pour C1 et d'**adaptabilité** pour C4.

Enfin pour C5, elle met en avant l'**expertise** comme qualité dans cette situation managériale.

A l'issu de ces résultats, j'observe que les propos des cadres de santé sont axés sur les qualités relationnelles, ensuite sont évoquées les qualités d'auto évaluation et organisationnelles. Enfin, l'expertise n'est évoquée qu'une fois par C5, cadre de santé puéricultrice.

2.1.4 Le positionnement du cadre de santé

La question n°7, cherche à comprendre dans la mise en œuvre du chemin clinique, quelle position le cadre de santé occupe dans son environnement ?

Tout d'abord C3, C4 et C6 ont répondu de façon globale. Si C3 et C6 occupent une **place centrale**, de « **pivot** » (pour C4), C6 qu'en à lui par sa mission transversale « **sert de fil conducteur** » :

- Ils **travaillent en collaboration avec l'équipe médicale** et **coordonnent** les différents acteurs.
- C3 se dit **facilitatrice**, **accompagne** et **en soutien** pour l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.
- C4, parle d'une **relation de confiance** et de **reconnaissance** de sa fonction par l'ensemble des acteurs.

Ensuite C1 et C2 travaillant dans le même hôpital, leur positionnement vis à vis de :

- L'institution : est en **lien avec le projet de l'établissement**. C1 est **reconnue comme responsable de la démarche** et C2, explique qu'elle fait le **relais** et les tiens **informer** de la situation.
- L'équipe médicale : C1 a elle aussi une **place centrale** et C2 se positionne plus comme un « **pédagogue** ».
- L'équipe paramédicale : C1 se décrit comme « **un cadre de santé soignant au cœur de la vie du service** » et C2 maintien sa posture de **pédagogue**.

Pour finir, le Cadre C5 évoque des difficultés à mobiliser l'équipe médicale, qui intervient plus de façon ponctuelle. Elle évoque le fait qu'il est « difficile de changer la logique médicale ». Cependant le **chef de clinique valorise la démarche** en la **validant**. Cependant, concernant l'institution et l'équipe paramédicale, elle a une position de **référente** : son service est précurseur dans la mise en œuvre du chemin clinique. Ainsi elle **anime le groupe de travail** et **accompagne son déploiement**.

2.2 La mise en œuvre du chemin clinique

2.2.1 Le raisonnement clinique partagé et la pratique professionnelle

La question n°8 s'intéresse aux ressources et aux freins existants à la mise en œuvre du chemin clinique.

Les ressources répertoriées lors de sa mise en œuvre sont :

- A **100% des réponses la formation action** (coaching et suivi des équipes à la mise en place de toute la démarche processus.
- Pour C1, C2, C3, C4 et C6, ils mettent en avant la **politique institutionnelle**.
- C1, C3 et C6 évoquent les **personnes ressources** (motivation des soignants, cadres supérieurs, médecins « moteurs »).

Les freins identifiés à sa mise en œuvre sont :

- Pour C1, C2, C4, C5 et C6, le frein majeur est **l'absence de l'outil informatique**. Outre le **problème de la traçabilité** (C4), sans cet outil, il est difficile de mettre en place le chemin clinique. De plus C2, met en avant l'importance pour mener à terme le projet de l'investir dès son élaboration.
- C4 et C5, parlent de la **résistance au changement**. Il est difficile de faire changer les habitudes de travail et C2 complète avec le **manque d'investissement** par rapport à l'équipe médicale et au service.
- Le **manque de légitimité des cadres de santé** est abordé par le cadre C1 et C6 : par **manque de formation**, les cadres ont des difficultés à asseoir leur légitimité.
- C3 rajoute comme freins : le **manque de temps et de ressources** (gestion des ressources humaines et absentéisme), ainsi qu'un **GHM mal ciblé** au départ de l'élaboration du chemin clinique.

Cette question permet d'identifier, un nombre de **freins plus importants proportionnellement aux ressources citées**. Ce constat, met en avant **la complexité de la mise en œuvre du chemin clinique**. Notamment, lorsqu'il y a un manque de ressources humaines et techniques, comme par exemple l'absence de l'outil informatique. D'ailleurs autant la formation est une ressource pour l'ensemble des cadres interrogés, autant il peut être préjudiciable s'il y a une carence dans ce domaine. Pour finir, **la volonté institutionnelle et l'implication des personnes ressources sont prépondérantes pour garantir la viabilité de la démarche**.

2.2.2 La mesure de l'outil

La question n°9 tente d'analyser les bénéfices du chemin clinique depuis sa mise en place au sein des services des cadres de santé interviewés et cela à différents niveaux.

Concernant :

Les patients :

- C2, C6 et C5 ne peuvent répondre à cette question pour le moment, par **manque de recul** sur la mise en place du chemin clinique ou difficulté pour C5 de **traduire en cible des réactions humaines pour personnalisé et individualisé la prise en charge**. Néanmoins, C5 émet **l'hypothèse d'une diminution d'un risque d'erreur**.
- C1 et C3 évoque une **continuité de la prise en charge** et C1 rajoute **l'autonomisation des patients pour la sortie** (guide de séjour). Puis C1, C4 parle de **qualité des soins** et C4 complètent avec la **sécurité**.

L'équipe pluridisciplinaire :

- Tous les cadres s'accordent sur **l'amélioration des pratiques**. C'est à dire selon C1, C2, C3, C4, C5 : ils ont observé une **uniformisation des pratiques**. De là C6 dit que « *par les échanges professionnels, ça apporte une valorisation des pratiques* », C5 explique que ça « donne du **sens** à ce qu'elles font » et C1 met en avant **l'enrichissement des pratiques**.
- Pour C4, C5 et C6 la mise en œuvre du chemin clinique permet d'**améliorer la traçabilité** (par l'intermédiaire des transmissions ciblées) et de **la communication** précise C5.

L'institution :

- Pour C1, C2, C3, C5 et C6 le chemin clinique donne une **bonne image** de l'institution (publication, intervention dans des congrès).
- En revanche C3, C4 et C6 mettent en évidence **l'efficience** (économie et certification).

Le cadre de santé:

- Chaque cadre de santé évoque le chemin clinique comme un **outil de management** qui permet d'une part, « **de remobiliser l'équipe autour de la compréhension de leurs actes** » dicit C5, rejoint par C1, C2, C3 et d'autre part, **renforce la démarche qualité et sécurité des soins** pour C2, C3 et C5.

- De plus, le chemin clinique **fédère** l'équipe autour d'un **projet commun** pour C4. Ensuite, selon C3, il **développe des compétences individuelle et collective de l'équipe** et il sert **d'outil d'évaluation des pratiques professionnelles** (C1, C3, C5).
- En revanche, C6 explique que pour lui « **ce n'est pas un problème s'il n'est pas déployé** », car il utilise la méthodologie du raisonnement clinique partagé comme « **levier** » managérial.

2.2.3 La visibilité du travail et outil partagé

Cette partie de l'enquête traite de la mise en œuvre du plan de soins type au quotidien par les soignants :

La question n°10 s'intéresse à son utilisation dans la pratique soignante.

Au vu des résultats de l'ensemble des cadres de santé interrogés, son utilisation dépend de plusieurs facteurs :

- **La fréquence de prise en charge des GHP** choisi : C3 et C5 ont opté en équipe pour des GHP peu fréquent, mais leur prise en charge est très spécifique et complexe. Dès lors son utilisation par les soignants est limitée, mais pour C5, il est mis à la disposition des soignants et nouveaux diplômés ou stagiaire d'un classeur qui récapitule toute la démarche du processus clinique.
- Puis pour les services qui n'ont **pas encore l'outil informatique** , comme C1 et C4, ils verbalisent la **difficulté des soignants à tracer les soins** .
Par ailleurs, il est précisé par C2 et C3, tout **l'intérêt justement de l'outil informatique pour garantir une traçabilité** dans la continuité des soins, car s'il y a un oubli dans la validation de l'acte en lui même, le soin n'est pas validé (C2 et C3). Cependant que le plan de soins type soit informatisé (C2 et C3) ou non (C6), les cadres de santé ont le souci de ne **pas standardiser la prise en charge** du patient et de **l'adapter selon la symptomatologie présentée par le patient** .
- De surcroît, pour C2, C5 et C6, ils précisent qu'à présent, plan de soins type ou non, le « **raisonnement clinique est appliqué par l'équipe soignante au quotidien bien au delà de cette démarche** ».

La question n°11 interroge le lien entre le plan de soins type et la coopération avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

A l'issue des résultats relevés chez l'ensemble des cadres de santé, la mise en œuvre d'un plan de soins type, comme tous les outils a ses limites (C1 et C6).

Mais il « **objective** » la **coopération interprofessionnelle** . C'est pour les six cadres de santé, un **outil commun partagé** : C6 dit : « **tout le monde à sa pierre à**

amener ». C1 rajoute qu'il y a une « **meilleure prise en compte par les autres partenaires de leur métier** ».

De plus, si **l'informatisation de l'outil permet à l'équipe une accessibilité aux informations** et donc une meilleure visibilité par l'ensemble des acteurs de soins « outil de la pluridisciplinarité dicit C2, rejoint par C3.

C4, tempère, en mettant en avant que **l'outil papier** utilisé (diagramme de soins adapté à un acte chirurgical) est aussi **un outil commun à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire garantissant au patient une prise en charge efficiente**.

Ensuite C5 précise que « **la collaboration existe dans le travail quotidien et qu'elle dépasse ce travail autour du raisonnement clinique, car l'ensemble de l'équipe se retrouve autour du diagramme de soins de la surveillance de l'enfant** ».

La question n°12 permet d'identifier les répercussions du raisonnement clinique partagé sur les pratiques soignantes.

Au regard des propos recueillis, selon cinq cadres de santé les répercussions du raisonnement clinique partagé sur les pratiques soignantes sont majoritairement positives.

- C1 et C6 : évoquent une « **valorisation des pratiques soignantes** », **une amélioration de la prise en charge du patient et la personnalisation des soins et une évaluation des pratiques** ».
- En parallèle, C5 et C6 sont unanime pour dire que le raisonnement par la clinique « **redynamise les pratiques soignantes** ». C3 complète avec la notion « **d'une uniformisation des pratiques soignantes** » et C4 rajoute qu'il « **donne du sens dans l'explication de la prise en charge des patients et que c'est un gain de temps pour les soignants** ».
- Toutefois, C2 en faisant référence à son précédent service où le raisonnement clinique partagé avait été en « **quelque sorte imposer à toute une équipe. Mais pour la neurologie, entre la création d'un nouveau service et la mise en œuvre d'un chemin clinique c'est difficulté de faire la part des choses** ». Cependant le fait que le chemin clinique soit informatisé, le raisonnement clinique est **intégré aux pratiques** ».

Concernant les **critères de qualité**, ils n'ont **pas encore assez de recul**. Mais en revanche, le chemin clinique issu de l'élaboration d'un raisonnement clinique partagé permet « **d'objectiver la charge de travail et de l'argumenter** ».

- Enfin, C5 et C6 témoignent d'une amélioration de la qualité des transmissions ciblées (meilleure formulation) et C5, insiste sur le développement des compétences individuelles et collectives, qui permet la transmission des savoirs.

2.2.4 La reconnaissance

Enfin, la question n°13, aborde la reconnaissance du travail de l'équipe soignante et en quoi le raisonnement clinique partagé peut-il en être un levier ?

Cette dernière question révèle à l'unanimité que le raisonnement clinique partagé est bien un levier de la reconnaissance du travail de l'équipe soignante et selon les cadres de santé interviewés, ce qui explique cette « manifestation » de reconnaissance c'est :

- Pour C1, C2 et C5 le raisonnement clinique partager est un levier de reconnaissance d'une part de la « **spécificité du métier de chaque acteur** » (pour ceux qui ont participé à sa mise en œuvre) et d'autre part, ils rejoignent les propos de C4, quand elles disent que la « **reconnaissance vient du service par rapport à l'investissement fourni des acteurs qui l'ont mis en œuvre initialement** ». C2 et C3 étayent ces propos par le fait que c'est une « **prise en charge globale dans une dynamique d'échange pluridisciplinaire** » (dixit C2) qui créer de la reconnaissance.
- Puis, selon C5, le raisonnement clinique est valorisé quand il se **partage lors des présentations du projet en séminaires**. Ainsi, comme le précise C6, « **il sert également de référence théorique sur la méthodologie (référentiel qualité) et de référence pratique sur la manière dont il a été déployé** ».

Pour conclure cette enquête, la question n°14 ouvre sur les remarques ou sur des compléments d'informations que les cadres de santé ont souhaité apporter.

Cinq autres cadres de santé ont permis d'étayer les réponses données précédemment, en donnant des préconisations à la pérennisation du chemin clinique.

- C1 rappelle, la nécessité d'un encadrement de proximité « *Pour faire vivre cette démarche au quotidien, il faut être présent et cela prend du temps* ». Elle conseille sur le fait d'être vigilant (pas de retour en arrière).
 - C2 et C3 mettent en avant l'importance de garder une trace écrite du travail des équipes effectué à la mise en place de cette démarche de processus clinique, pour valoriser leurs travaux, éviter la frustration et au final qu'elles se démotivent. Dans ce sens C3 va plus loin dans son raisonnement. D'une part, elle évoque la mise en place d'un guide de séjour et d'autre part, elle aimerait dans « **l'idéal réunir toute l'équipe en même temps autour de cette démarche** ».
- Enfin, rejoignant la conduite de changement, C3 préconise « **d'identifier les bons moments pour que l'équipe soit capable d'entendre certaines choses** ».

- C5, se positionne par rapport au management par la clinique. Elle explique notamment que « **ce projet n'est pas si nouveau que ça et que du raisonnement clinique on en faisait avant avec les équipes** ». A présent, « **il faut entrainer le raisonnement clinique de l'ensemble de l'équipe au delà de l'outil du plan de soins type** ». Mais « **Attention à ne pas standardiser de la prise en charge. Arriver à comprendre ce pour quoi on fait les choses** ».
- C6 propose une synthèse des idées échangées tout au long de l'entretien et précise la place des acteurs à l'initiative de cette démarche clinique comme des personnes relais de cette dynamique : *Comment tous ensemble on a une **synergie au service du patient ?***
En effet « **le but c'est d'avoir une équipe experte et non des agents experts qui travaillent dans leur coin** ».
C6 conclut son discours en ouvrant sa réflexion sur la place du patient dans le chemin clinique. Il précise ainsi sa pensée : « **ce qui serait pertinent, c'est d'arrêter de mettre le patient au centre de la démarche mais plutôt l'associer à cette démarche** ».
- Le cadre de santé C4 n'avait pas de remarque à ajouter.

Après avoir présenté les résultats obtenus au moyen des entretiens auprès des six cadres de santé, il s'agit, à présent de croiser ces différentes données pour faire évoluer la réflexion et tenter par la suite, de répondre à la question de recherche au travers des hypothèses correspondantes.

3 Analyse croisée des entretiens

La présentation de l'analyse croisée permet de mettre en évidence des variables contenues dans les réponses à différentes questions qui reliées ensemble vont permettre de répondre aux hypothèses de recherche.

Ainsi, je vais mettre en lien les réponses des cadres en rapport avec les hypothèses de recherche 1 et 2.

➤ Analyse croisée des réponses en lien avec l'hypothèse 1

Si le cadre de santé de proximité fédère l'équipe soignante à la mise en œuvre d'un raisonnement clinique partagé, alors il induira du sens et de la cohésion au sein de l'équipe développant ainsi les compétences individuelles et collectives.

- Le cadre de santé de proximité fédère l'équipe soignante

L'échantillon de la population enquêtée est constitué de cadres de santé tous issus de la filière infirmière dont C5 spécialisée dans la puériculture en font des cadres « experts » de la clinique.

Cette caractéristique a son importance tout au long de cette étude pour expliquer leur positionnement et leur implication dans le déploiement de chemin clinique au sein de leur service et/ou pour le cadre C6 au niveau du pôle.

D'ailleurs pour étayer ce propos, C5, rejoint par C1, C2, C3 et C4 à la question 6¹⁰⁰ évoque que pour accompagner les équipes de soins au raisonnement clinique partagé, il faut avoir « une expertise sur la spécialité ».

Cependant C6, nuance cette affirmation à la question n°5¹⁰¹, « *ce n'est pas un problème, mais plutôt une ressource pour l'ensemble de l'équipe* ». Effectivement, si les cadres de santé médico-technique n'ont pas l'expertise clinique comme les cadres de santé infirmiers, C6 voit plus leur rôle « *d'animateur, de méthodologiste et de l'organisation* ». Delà, il les positionne comme des managers en santé. On peut supposer que cette vision « élargie » est vécue, grâce à sa mission transversale, lorsqu'il côtoie d'autres services encadrés par des cadres de santé provenant de différentes filières.

De plus, outre la motivation et l'investissement des cadres de santé dans leur fonction clinique, leur expérience d'encadrement comprise entre 3 à 19 ans¹⁰², leur attribue une compétence managériale à accompagner cette démarche clinique.

De plus, à la question n°7¹⁰³, les propos de tous les cadres de santé mettent en évidence un positionnement stratégique dans la mise en œuvre du chemin clinique,

¹⁰⁰ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q6, p 8.

¹⁰¹ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q5, p 7.

¹⁰² Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q1, p, 1.

comme par exemple C1 qui évoque avoir par rapport à l'équipe médicale « *une place centrale* ». Leur positionnement est majoritairement central et pédagogique, ce qui leur confère une reconnaissance et une légitimité au regard de l'équipe pluridisciplinaire et de l'institution. Pour finir à la question n°5, « *être fédérateur* » pour C2 est un des facteurs favorisant une reconnaissance de légitimité.¹⁰⁴ Mais aussi à la question n°9¹⁰⁵, la mise en œuvre d'un chemin clinique pour C1 et C4 leur permet de « *fédérer l'équipe autour d'un projet commun* ». Cependant, C1 à la question n°14¹⁰⁶ précise que fédérer l'équipe soignante autour du raisonnement clinique partagé nécessite « *d'être présent, cela prend du temps* ».

- **Le cadre de santé induit du sens et de la cohésion au sein de l'équipe**

Cette analyse, révèle des similitudes dans les réponses n° 9 et 12 des cadres de santé. En effet, leurs réponses concernant la question n°9, sur les apports du chemin clinique sont les suivantes : pendant la construction, C1 évoque qu'il y a une « *identification des bonnes pratiques, qui rendent du sens à ce que l'on fait* ». De plus, avec C2 et C3 cela créer « une uniformisation des pratiques professionnelles ». Et C2 complète en expliquant que ça aboutit à une « *cohérence de la prise en soin* ».

En parallèle, on retrouve les mêmes réponses à la question n°12¹⁰⁷, qui s'interroge sur l'impact du raisonnement clinique partagé sur les pratiques soignantes. Ainsi C3 explique que ça « *redynamise, donne du sens dans l'explication de la prise en charge* ». Ensuite C4 complète ces propos « donner du sens, avoir des pratiques communes et la cohésion d'équipe ».

De surcroît, les réponses aux questions n°13 et 14 permettent d'étayer cette hypothèse :

A la question n°13¹⁰⁸, C2 explique que la reconnaissance participe également à une « *prise en charge globale dans une dynamique d'échange pluridisciplinaire* ».

Puis, C6 à cette même question rajoute « *Avec cet outil on arrive à un référentiel qualité qui nous est demandé par notre institution* ». « *Il met en valeur les actions de tout le monde. C'est également le travail du groupe initial et l'animation qui est un levier de valorisation* ».

Enfin, C6 à la question n°14 verbalise comme commentaires complémentaires, en lien avec le raisonnement clinique partagé « *qu'il remet un sens au raisonnement, il remet au*

¹⁰³ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q7, p. 9.

¹⁰⁴ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q4, p 4 - 6.

¹⁰⁵ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q9, C1 : p 13 et C4 : p14.

¹⁰⁶ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q14, p 20.

¹⁰⁷ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q12, p 17.

¹⁰⁸ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q13, p 19.

centre les bonnes pratiques. Le sens c'est l'ensemble de la démarche du raisonnement clinique partagé, comment le chemin clinique a été construit. Comment les nouveaux acteurs vont retrouver le sens initial. C'est le rôle des acteurs de cette démarche qui seront la mémoire, faire le relais de cette dynamique ».

- **Le raisonnement clinique partagé permet de développer des compétences individuelles et collectives**

Les réponses des cadres de santé en lien avec les questions n° 9¹⁰⁹, 12¹¹⁰ et 14¹¹¹ ont permis de démontrer l'intérêt du raisonnement clinique partagé dans le développement des compétences individuelles et collectives.

Tout d'abord, à la question n°9, C3, évoque bien « *un développement des compétences individuelles et collectives de l'équipe* », complété par C2 qui met en avant « la réflexion sur les pratiques remet forcément en question la qualité, la sécurité, les bonnes pratiques, la dignité... ». Pour illustrer son propos elle donne un exemple extrait de sa pratique où lorsqu'elle a « *fédéré une équipe AS qui se mettait un peu de côté et elle leurs à fait comprendre qu'elles avaient une expertise de ce qu'elles faisaient tous les jours cela nécessitait de le mettre par écrit et que c'était à valoriser* ».

De plus C6, toujours à la même question, dit également qu'« *une amélioration des transmissions ciblées, mais également une amélioration de la communication interprofessionnelle et donc une amélioration de la prise en charge du patient* ».

Puis à la question n°12, il complète ses réponses en précisant que les pratiques de travail en équipe ont évolué, entraînant « *une valorisation des savoirs et des pratiques soignantes associées à une transmission des savoirs, une objectivité de ce qu'il y a à faire et une évaluation des pratiques* ».

A la question n°12, également C5 argumente que « *la mise en œuvre d'un plan de soins type permet de booster la capacité des soignants à analyser leurs pratiques professionnelles, dès lors les transmissions ciblées sont mieux formulées* ».

En conclusion, C6 à la question n°14, verbalise qu'il y a une « *équipe experte et non des agents experts qui travaillent dans leur coin. Comment tous ensemble on a une synergie au service du patient* ».

¹⁰⁹ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q9, C2 : p 13 et C3 : p14.

¹¹⁰ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q12, p 18.

¹¹¹ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q14, p 20.

➤ Analyse croisée des réponses en lien avec l'hypothèse 2

Si le cadre de santé de proximité fédère l'équipe soignante par la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé, alors il contribue à l'efficacité de la prise en charge du patient dans une logique de parcours de soins.

- Le cadre de santé contribue à l'efficacité de la prise en charge d'un patient

A la question n°3¹¹² qui cherche à mieux cerner comment le cadre concilie sa fonction gestion et sa fonction clinique, C2 explique « *On est infirmier c'est un métier, on est soignant c'est une entité donc on ne perd pas ce côté soignant quand on change de métier. Je prends soins de mes équipes, je prends soins de mes patients* ».

Dès lors, C4 répond à la question n°11 qui s'intéresse à l'utilisation de l'outil du plan de soins type par l'équipe soignante pour coopérer en interdisciplinarité : « qu'un outil commun entraîne une prise en charge efficace du patient ».

Puis, C1 à la question n°12 qui évoque que le raisonnement clinique partagé a un impact sur les pratiques soignantes, car il permet d'améliorer « *la qualité de la prise en charge du patient et la personnalisation des soins* ».

En revanche, à la question n°10 concernant l'utilisation de l'outil du plan de soins type à partir du raisonnement clinique partagé par les soignants, même si C2, explique que l'outil informatique étant adapté, il n'y a pas de formatage possible (grâce à une réflexion selon la macro cible à l'entrée en lien avec la symptomatologie présentée par le patient).

C6, reste vigilant et préconise malgré que, le plan de soins type soit « un référentiel qualité, il faut avoir la préoccupation de ne pas standardiser les prises en charge : les patients ce ne sont pas juste des GHM ». Conjointement, C5 à la question n°14, évoque la même réserve : « *Il faut entraîner le raisonnement clinique de l'ensemble de l'équipe au delà de l'outil du plan de soins type : Attention à ne pas standardiser de la prise en charge. Arriver à comprendre ce pour quoi on fait les choses* ».

Pour finir, C6 à la question n°14 met en évidence une nouvelle piste de réflexion, en interrogeant la place du patient dans sa prise en soins : « *ce qui serait pertinent, c'est d'arrêter de mettre le patient au centre de la démarche mais plutôt l'associer à cette démarche* ».

¹¹² Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q3, p 3.

- **Le raisonnement clinique partagé s'inscrit dans une logique de parcours de soin**

Pour commencer, C1 à la question n°12¹¹³ valorise le raisonnement par la clinique partagé car il impacte la « *qualité de la prise en charge du patient et la personnalisation des soins* ». Seulement, comme le précise C3 et C5 à la question n°10¹¹⁴, « la mise en place d'un plan de soins type n'est pas quotidienne et elle dépend du GHM choisi ». En revanche, C5 à la suite réajuste ses propos en disant que « le raisonnement clinique est appliqué au quotidien bien au delà de cette démarche ».

Ensuite, si, C3 et C1 répondent à la question n°9¹¹⁵, que le chemin clinique apporte une « continuité de la prise en charge » depuis sa mise en oeuvre. Et que C1, complète sa réponse par : une « autonomisation des patients pour la sortie et une assurance de la qualité. » C2 qui travaille dans le même hôpital, évoque qu'elle manque de recul pour répondre à cette question, en effet, elle a intégré le service de neurologie que depuis 6 mois. Dès lors, à la question n°8, elle déplore « *un manque d'investissement de l'équipe médicale par manque d'intérêt et de visibilité sur leur rôle à jouer* ». Elle poursuit en expliquant que « *travailler sur un chemin clinique qui est déjà fait, lorsqu'un nouveau cadre arrive, s'il n'y a pas du tout de suivi, au niveau de l'élaboration c'est compliquée de suivre* ».

A l'inverse de C2, C4 est en poste depuis 4 ans ½ dans ce service d'orthopédie. Le chemin clinique a été instauré avec la politique de mutualisation des services en 2013¹¹⁶. Par ailleurs c'est un projet institutionnel qui a été porté par les cadres, « *les médecins ont dû s'adapter* ». Depuis, le chemin clinique (diagramme de soins) facilite les transmissions « Tout est écrit : mise en confiance » et la prise en charge des patients sur les autres services de l'institution. « *Dès l'arrivée du patient. Ça remplace le dossier de soins. Il y a tous les éléments de la prise en charge jusqu'à la sortie du patient* ».

Néanmoins à la question n°10¹¹⁷, sur l'utilisation de cet outil par l'équipe soignante elle évoque un « *problème de traçabilité : tout n'est pas parfait* ». Mais, à la question n°9, elle valorise le chemin clinique, car il y a une « *facilité pour les médecins à la lecture de différents paramètres de ce qu'ils veulent retrouver* ».

Enfin, au regard des résultats de la question n°8¹¹⁸ l'un des freins majeur identifié pour que le raisonnement clinique ne s'inscrive pas dans un parcours de soins, selon

¹¹³ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q12, C1 : p 16

¹¹⁴ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q10, C3 : p 17 - C5 : 18.

¹¹⁵ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q9, C1 : p 13 et C3 : p 14.

¹¹⁶ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q4, C4 : p 6.

¹¹⁷ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q10, C4 p 17.

¹¹⁸ Voir Annexe VII : Résultat de l'enquête, Q8, de C1 à C3 : p 11 et de C4 à C6 :12

C6 c'est l'absence de déploiement de l'informatisation de la démarche : « *Sans l'outil informatique, la question de la pérennité de l'outil se pose* ».

4 Synthèse de l'analyse

➤ Réponse à l'hypothèse 1 :

Tout au long de cette étude, le rôle de leader¹¹⁹ du cadre de santé apparaît clairement comme fil conducteur de cette analyse. En effet, le raisonnement clinique partagé, nécessite pour son déploiement que le cadre de santé « *fédère l'équipe autour d'un but commun, créant des conditions propices au développement et à la pérennité de l'autonomie des agents* ».

De plus, C3 et C4 ont selon le rôle lié à l'information décrit par Henri Mintzberg¹²⁰ un rôle d'observatrices actives, ainsi « *elles se positionnent à proximité des patients et des professionnels de santé qu'elles encadrent* »¹²¹.

Qui plus est, pour fédérer l'équipe autour d'outils communs, cela nécessite du cadre de santé qu'il manage par la connaissance et qu'il déploie un « leadership clinique ». L'étude démontre que les cadres interrogés savent AGIR.¹²²

Par ailleurs, concernant la légitimité du cadre de santé à accompagner le raisonnement clinique partagé, l'entretien exploratoire de Madame A rejoint l'ensemble des cadres de santé interrogés sur le sujet. Outre, son « *expérience professionnelle* », sa « *connaissance plus large des moyens à disposition* », sa « *capacité à mener ce projet* », sa « *position d'interface* », ses « *missions de responsable de la qualité des soins et de la bonne utilisation des moyens* » lui donnent une légitimité à accompagner les équipes dans cette démarche clinique. D'ailleurs, Madame A stipule dans la partie entretien exploratoire que « le management par la clinique est un levier très efficace qui redonne le sens des actions aux agents dans un contexte très changeant et peu rassurant ».

En ce sens, C5 fait référence au raisonnement clinique comme fondement de sa pratique. La définition de ce « *processus cognitif ou métacognitif* » décrit dans la partie conceptuelle stipule que c'est « *un outil de réflexion de toute l'équipe pluridisciplinaire* ».

¹¹⁹ Cf. Voir cadre conceptuel : « *le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* » de Henri Mintzberg p 10.

¹²⁰ Les 10 rôles du cadre d'Henri Mintzberg, p.10.

¹²¹ Cf. Cadre conceptuel : 1.1.1 Du cadre de santé de proximité au manager en santé, p. 12.

¹²² Cf. Voir cadre conceptuel 1.2.2 Le management par la clinique. p 18.

autour de la problématique patient. Mais également un outil de management qui permet de fédérer toute l'équipe autour de la prise en charge patient »¹²³.

Dès lors, ce serait pendant la construction, qu'il y aurait une identification des bonnes pratiques, entraînant une uniformisation des pratiques professionnelles aboutissant à une cohérence de la prise en soin et à un développement des compétences individuelles et collectives, notamment en ce qui concerne la transmission écrite.

Ce constat, fait le lien avec la définition de Guy Le Boterf qui stipule « *qu'être compétent doit toujours être défini en termes d'action* ». ¹²⁴ Ce processus d'apprentissage « action » de cette démarche clinique, dans « une dynamique d'échange pluridisciplinaire » dicit C2, donne véritablement du sens.

Cependant C6, par sa pratique du raisonnement clinique partagé en mission transversale évoque qu'effectivement « *qu'il remet un sens au raisonnement, il remet au centre les bonnes pratiques* ». Mais « *Le sens c'est l'ensemble de la démarche du raisonnement clinique partagé, comment le chemin clinique a été construit ? Comment les nouveaux acteurs vont retrouver le sens initial ? C'est le rôle des acteurs de cette démarche qui seront la mémoire, faire le relais de cette dynamique ?* ».

Au terme de cette analyse on se rend compte qu'au delà du cadre de santé fédérateur du déploiement de cette démarche clinique et porteur de sens, « chacun va apporter sa pierre à l'édifice ». Ainsi, l'hypothèse 1 n'est que partiellement confirmée.

➤ Réponse à l'hypothèse 2 :

Si cette analyse, a permis de mettre en évidence que lorsque le cadre de santé de proximité fédérait l'équipe soignante à la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé, il contribuait à l'efficacité de la prise en charge du patient dans une logique de parcours de soins. Elle a révélé également des freins à sa mise en œuvre et à sa pérennisation.

Il est à noter, également un manque de recul chez certains cadres de santé, d'une part, comme C2 pour mesurer l'impact de la mise en pratique de cette démarche clinique. Et d'autre part, lorsque son utilisation n'est pas quotidienne, il s'agit de le faire vivre au delà de cette démarche ».

Qui plus est, même s'il a été identifié par les cadres de santé que la mise en place d'outil commun entraîne une prise en charge efficace du patient ; notamment en améliorant la qualité de sa prise en charge et la personnalisation des soins, dans une

¹²³ Cf. Cadre conceptuel : 1.2.3 Le raisonnement clinique partagé : une démarche médico-soignante pour construire le chemin clinique, p 21.

¹²⁴ Cf. Cadre conceptuel : 1.3.3 Développement des compétences, p.27

démarche de certification¹²⁵. Certains cadres de santé sont vigilants comme C5 et C6 à ne pas standardiser les prises en charge. Dès lors, C5 évoque l'importance d'entraîner le raisonnement clinique de l'ensemble de l'équipe au delà de l'outil du plan de soins type, pour préserver la compréhension de ce qui se fait en pratique.

En dernier lieu, l'absence de l'outil informatique ou un déploiement de l'outil informatisé non adapté peut outre des problèmes majeurs de traçabilité (C4), remettre en question la mise place du chemin clinique.

A l'issu de cette analyse et des arguments présentés, l'hypothèse 2 ne peut être qu'en partie validée.

➤ Réponse à la question de recherche :

A présent, au terme de ce travail d'analyse, la réponse à la question de recherche est la suivante :

Le cadre de santé pour garantir une prise en soins efficiente du patient, peut accompagner les équipes de soins dans la mise en oeuvre d'un raisonnement clinique partagé en manageant par la clinique.

Comme il est défini dans le cadre conceptuel manager par la clinique¹²⁶ : *« c'est recentrer les missions du cadre autour du soin et du développement des compétences cliniques des soignants pour l'amélioration continue de la qualité des prises en charges pluridisciplinaires des patients »* dans une logique de parcours de soins.

Pour étayer cette définition, Mme N¹²⁷ présente le cadre de santé actuel comme *« un gestionnaire de soins, il a un regard d'expert. En cela le management par la clinique repositionne le cadre dans les soins. Il n'y a pas que la proximité, mais il s'intéresse au sens du mot soin et à la qualité des soins »*.

Dès lors, au travers des entretiens auprès des cadres de santé, il a été identifié que l'encadrement de proximité, de part son implication dans l'institution a une place prépondérante pour coordonner les activités, dans *« une recherche de l'efficience et de l'excellence à partir de processus clinique »*¹²⁸.

Ainsi, la question n° 3 illustre la réalité du cadre de santé de proximité aujourd'hui qui allie fonction managériale et missions d'encadrement. On peut observer comme Jean-

¹²⁵ Cf. Cadre conceptuel : 1.2.3 Le raisonnement clinique partagé : une démarche médico-soignante pour construire le chemin clinique, p 23.

¹²⁶ CESIFORM : Centre de formation et de conseil en Sciences infirmières.

¹²⁷ Cf. Voir l'entretien exploratoire de Madame N, p 32.

¹²⁸ Cf. Voir l'entretien exploratoire de Madame N, p 32.

Marie Revillot¹²⁹ le soulignait « *dans une fonction managériale, le cadre de santé soutient les pratiques avec un souci constant d'opérationnalité et d'objectivité. Il se situe alors comme un technicien de la relation* ». ¹³⁰

Pour ce faire, les propos des cadres de santé interrogés ont rejoint le cadre conceptuel de cette étude :

Porté par une gouvernance clinique et une politique institutionnelle, ils ont mis en oeuvre (après avoir été préalablement formé, lors d'une formation action) des outils communs qui parlent le même langage, compréhensible par tous, afin de faire travailler ensemble l'équipe pluridisciplinaire, autour de situations de soins complexes. Mais comme le rappel C6 : l'objectif est d'avoir une « *équipe experte et non des agents experts qui travaillent dans leur coin et comment tous ensemble on a une synergie au service du patient ?* ».

Par ailleurs, il est à souligner, selon Madame N, dans l'entretien exploratoire que le « *management par la clinique peut se faire sans passer par le raisonnement clinique partagé impliquant les outils suivants : plan de soins type et chemin clinique* » ¹³¹

Ainsi, manager par la clinique a nécessité au cadre de santé qu'il manage par la connaissance (langage commun appuyé sur la compétence et la responsabilité) et qu'il déploie un *Leadership clinique*. ¹³²

Enfin, l'analyse a démontré toute la complexité de la mise en oeuvre d'un raisonnement clinique partagé et surtout de sa viabilité dans le temps.

Afin d'éviter les écueils, les cadres de santé mettent en place, un management de proximité :

- En accompagnant le changement : « *Il est difficile de faire changer les habitudes de travail* ».
- En faisant vivre le projet quotidiennement par l'intermédiaire entre autre de « *classeur* » qui reprend la genèse du raisonnement clinique partagé ou en faisant participer l'équipe projet à des séminaires pour valoriser tout le travail de la démarche clinique d'un point de vu théorique mais également pratique.
- En étant vigilant à ne pas standardiser les prises en charge.

Je conclurai cette réponse à la question de recherche par les propos de Madame A lors de l'entretien exploratoire : cette démarche clinique « *nécessite de la part du cadre de santé, une présence et du temps près de l'équipe, écouter, observer les organisations, les*

¹²⁹ Cf. Cadre conceptuel : 1.1.1 Du cadre de santé de proximité au manager en santé, p. 12.

¹³⁰ REVILLOT J-M. *Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions du cadre de santé*. Dossier Soins cadres - n°76 - novembre 2010, p 24.

¹³¹ Cf. Voir entretien exploratoire Madame N, p 32.

¹³² Les cinq clés du management transversal. Les cahiers du DRH, n° 196, avril 2013 Disponible sur < <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/64840/les-cinq-cles-du-management-transversal.html>> (consulté le 30/04/2016)

freins, réajuster tout le temps, la proximité est un élément incontournable pour la bonne réussite du projet ».

En conséquence : « Il n'y a pas de management par la clinique si il n'y a pas de proximité ».

Conclusion

Ce travail de recherche m'a permis de découvrir d'une part la méthodologie de la recherche en sciences sociales et d'autre part, comment les professionnels de santé investissaient le raisonnement clinique partagé pour donner collectivement du sens à leurs pratiques de soins dans un souci d'amélioration de la prise en charge du patient ?

A travers cette étude, même si le management par la clinique à ses limites. Il permet de repositionner l'usager de soins au cœur de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale. Il ouvre vers une coopération interprofessionnelle qui s'oriente vers un partage, une ouverture permettant l'initiative et le maintien d'un climat social serein. Mais également cela lui permet de se réconcilier avec l'aspect très gestionnaire de son travail (logique de production//logique de sens).

Demain, cadre de santé, je désire m'engager dans cet espace, m'approprier une posture au service de l'équipe soignante et des usagers de santé au sein d'une dynamique institutionnelle.

Au cours d'une journée consacrée au « management par la clinique au service du parcours patient » organisée par l'AP-HP le 24 mars 2016, Thérèse Psiuk mettait en avant que la pérennité de la mise en œuvre de chemin clinique dépendait entre autre de l'implication de l'ensemble des acteurs à faire vivre le projet au quotidien ; Mais également de l'implication de l'institution à instituer une traçabilité informatique.

De plus, il a été précisé que dans une politique de certification et de compte qualité, la finalité de cette démarche clinique devait être le patient et non une évaluation à un instant « t » d'une qualité de soins. En effet, le travail est mené dans une dynamique de qualité des soins inscrits dans le parcours de soins.

Dans ce même courant de pensées, une représentante des usagers a préconisé qu'il serait judicieux d'impliquer le patient dans ce processus de prise en charge clinique.

Cette intervention rejoint les propos de C6 à la question n°14 qui lui aussi s'interroge sur la place du patient dans sa prise en soins : *« ce qui serait pertinent, c'est d'arrêter de mettre le patient au centre de la démarche mais plutôt l'associer à cette démarche »*. Dès lors cette réflexion sur la place de l'usager dans l'élaboration de cette démarche m'interpelle et me questionne sur :

- Comment amener les usagers à donner leur avis ?
- Quelle place donne-t-on au patient dans l'élaboration de ces chemins cliniques et à quel moment ?

Bibliographie

+ Les ouvrages :

- ABEL Paul Christophe. *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?*, Paris : Éditions De Boeck-Estem, 2014, 111 p.
- ALECIAN Serge, FOUCHER Dominique. *Le management dans le service public*. Paris : Editions d'organisation, 2002. 446 p.
- BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, sociologie 128, 2007, 2eme édition, 123 p.
- BOURRET Paule. « *Les cadres de santé à l'hôpital* ». Paris : Éditions Seli Arslan, 2006-2014, 286 p.
- BOURRET Paule. *Prendre soin du travail, un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Éditions Seli Arslan, 2011, p 84.177 p.
- DEJOURS Christophe. *Travail, usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris : Bayard, 1995, 298 p.
- DABRION Marlyne. *Raisonnement et démarche clinique infirmière. Enseignement et apprentissage*. Editions De Boeck Estem. Paris : 2011, 369 p.
- DEJOUX C. *Gestion des compétences et GPEC*. Paris : Éditions Dunod, 2008, 128 p.
- DUJARIER Marie-Anne. *L'idéal au travail*, Paris : 1^{ère} édition Quadrige, avril 2012, 291 p.
- HESBEEN Walter. *Cadre de santé de proximité Un métier au cœur du soin Penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, 155 p.
- HESBEEN Walter. *La réadaptation, du concept au soin*. Paris : Editions LAMARRE, 1994, 208 p.
- LE BOTERF G. *Construire les compétences individuelles et collectives agir et réussir avec compétences*. Paris : Éditions Eyrolles, 2010, 285 p.
- MAGNON R. *Le service infirmier ces trente dernières années*, Paris : Editions Le Centurion, 1982, 391 p.
- MARTINET Alain-Charles, SILEM Ahmed. *Lexique de gestion et management*. Paris : Dunod, 2008, 640 p.
- MINTZBERG H., 1973, *Le manager au quotidien les 10 rôles du cadre*, Etats-Unis, Editions Eyrolles, pp. 65-104 (deuxième édition mise à jour et complétée, dixième tirage 2014).
- MISPELBLUM BEYER, Frederik. *Encadrer, un métier impossible ?* Paris : 2^{ème} édition Armand Colin, 2010, 298 p.
- PSIUK Thérèse, GOUBY Monique. *Plans de soins types et chemins cliniques : 20 situations cliniques prévalentes*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013, 372 p.

- QUIVY R - CAMPENHOUDT Van, *Manuel de recherches en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2011, 259 p.
- ROTHIER BAUDZER Eliane. *Entre cure et care : les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison : éditions Lamarre, 2012, 294 p.
- SAUVAYRE Romy. *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Paris : Dunod, 2013, 138 p.
- STORDEUR S., D'HOORE W. *Attractivité et qualité des soins – 3 défis, une réponse*. Paris : Éditions Lamarre, 2009, 243 p.
- VIGAND, Philippe. *Putain de silence*. Paris : A. Carrière, 1997, 220 p.

Les revues :

- DESSERPRIT G. *La définition du travail en équipe et de sa dynamique*. Soins Cadres – n°93 – février 2015. 12 p.
- PSIUK Thérèse – Fiche technique n°3 – Revue Soins 2010.
- PSIUK Thérèse. Plan de soins type et chemin clinique. Soins en fiches – n°776 – juin 2013, 20 p.
- RONGICONI Jean-Pierre. *Le cadre de santé de proximité et la dimension clinique*. Soins cadres : savoirs et pratiques – n°70 – mai 2009. pp. 46-50.
- REVILLOT J-M. *Les paradoxes entre management et encadrement dans les fonctions du cadre de santé*. Dossier Soins cadres - n°76 - novembre 2010, pp. 24-26.

Les textes réglementaires :

- Loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991.
- Loi n°2016-41 du 26.01.2016 de modernisation de notre système de santé.
- Article R.1112-2 et article R.4311-3 du Code de la Santé Publique, concernant le dossier patient.

Autres :

- Abstracts journée d'échanges professionnels AP-HP. *Management par la clinique au service du parcours patient*. Paris, mars 2016, 27 p.
- *Dictionnaire des soins infirmiers*. Paris : Editions AMIEC, 1995 – p 66.
- *Les mots de la formation et de l'encadrement en fiches*. Revues soins cadres, n°83, août 2012, p 52.
- Lexique de sociologie 3^{ème} édition 2010, éditions DALLOZ, Paris, 425 p.
- MEIER Olivier. *DICO du manager*. Paris : Dunod, 2009, 240 p.

✚ Support de cours Master 1. *Économie et gestion de la santé*. UPEC :

- MAIMS 2015-2016. Les postures Managériales. Evolutions des compétences d'encadrement. 7/12/2016. P. Farnault, le 7/12/2015.

✚ Support de cours CESIFORM

- CESIFORM. *La méthodologie de construction des plans de soins types, des chemins cliniques et du parcours de soins*. APHP Action 3 formateur, 56 p.

✚ Webographie :

➤ Articles

- ACKER Dominique, Dr BENSADON Anne-Carole, LEGRAND Patrice, MOUNIER Céline. *Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants*. Rapport Inspection générale des affaires sociales, Avril 2012, 111 p.

Disponible sur < www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports.../124000345.pdf> (consulté le 24/01/2016)

- BRAULT I, ROY DA, DENIS JL. *Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé*. Université de Montréal. Pratiques et organisation des soins. Volume 39 n°3 juillet-septembre 2008, pp. 167-173. Disponible sur < <http://hdl.handle.net/1866/9641>> (consulté le 12/03/2016)

- CHAUVANCY Marie-Claire. *Cadres de santé : une crise identitaire*. Décembre 2008, 10 p. Disponible sur < http://www.carnetsdesante.fr/IMG/pdf_Cadres_de_sante_.pdf> (consulté le 20/04/2016)

- DANVERS Francis. *Autour des mots de la formation « Clinique »*. Université Charles-de-Gaulle-Lille 3, équipe PROFEOR-CIREL. Disponible sur <<http://www.docs-engine.com/pdf/1/lexamen-clinique-de-lintelligence.html#>> (consulté le 12/04/2016)

- *Introduction : Le management aujourd'hui*. Sciences Humaines, n° 219, octobre 2010. 62 p. Disponible sur <<http://medias.dunod.com/document/9782100578252/Feuilletage.pdf>> (consulté le 12/03/2016)

- *La place et le rôle du cadre de santé dans l'unité de soins*. Les cahiers du DRH, n° 196, avril 2013. Disponible sur <infirmiers.com> (consulté le 30/03/2016)

- *Les cinq clés du management transversal*. Disponible sur < <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/64840/les-cinq-cles-du-management-transversal.html>> (consulté le 30/04/2016)

- PSIUK Thérèse. *L'évolution du management vers une gouvernance clinique pour les cadres de santé*. n° 752 juillet-août 2015, 3 p. Disponible sur < www.techniques-hospitalieres.fr. > (consulté le 12/01/2016)
- REINHARDT Sophie. *Cadre de santé : de la surveillante au manager gestionnaire. De nouvelles compétences pour une nouvelle fonction ?*. Université Paris 8, Centre de Recherche Sociologiques et Politiques de Paris (CRESPPA) – Genre, Travail, Mobilités (GTM), 10 p. Disponible sur <<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/CADRE%20SANTE/MUTATION%20CADRE.pdf>> (consulté le 20 avril 2016)
- REVERDY Martine. *Le cadre de santé porteur du projet de soin individualisé au sein de l'équipe soignante*. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com>> (consulté le 30/04/2016)
- Une méthode d'amélioration de la qualité. Chemin Clinique. Disponible sur < <http://cfar.org/wp-content/uploads/2016/03/miseenplacecheminclinique.pdf>> (consulté le 30/04/2016).

➤ **Autres :**

- *Dictionnaire de français*. Larousse. Disponible sur < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/levier/46883>> (consulté le 30/04/2016)
- Dossier patient - Amélioration de la Qualité de la tenue et du contenu. Règlementation et Recommandations – Juin 2003 - www.has.sa
- Référentiel d'activités et de compétences du cadre de santé responsable de secteurs d'activités de soin, du Ministère des affaires sociales et de la santé – Direction Générale de l'Offre de Soins. Disponible < http://www.smepsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CdS/Cadres_sante_Ref_activites_et_compences_apres__18_12_2012.pdf> (consulté le 15/03/2016)

➤ **Portails, sites ressources**

- TOURAINE Marisol. *La loi de santé* sur <<http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>> (consulté le 26/03/2016).
- Ressources pédagogiques ICRA. *Interdisciplinarité : Concepts-clefs*. 189 p. Disponible sur <<http://comeingame.free.fr>> (consulté le 24/04/2016)
- *Fiche pédagogique HPST : Coopération entre professionnels de santé*. Disponible sur <social-sante.gouv.fr> (consulté le 24/04/2016).
- COUDRAY Marie-Ange. Biographie. Disponible sur <<http://www.deboecksuperieur.com/auteurs/102340/marie-ange-coudray.html>> (consulté le 30/04/2016).

Table des annexes

Annexe I : Rôle du cadre de santé « PODEM »

Annexe II : Schéma sur les outils d'amélioration de la qualité des soins

Annexe III : Entretien téléphonique avec Madame N du 21 Janvier 2016 : Cadre de santé formatrice

Annexe IV : Entretien téléphonique avec Madame A du 28 Janvier 2016 : Cadre de santé Urologie - Néphrologie

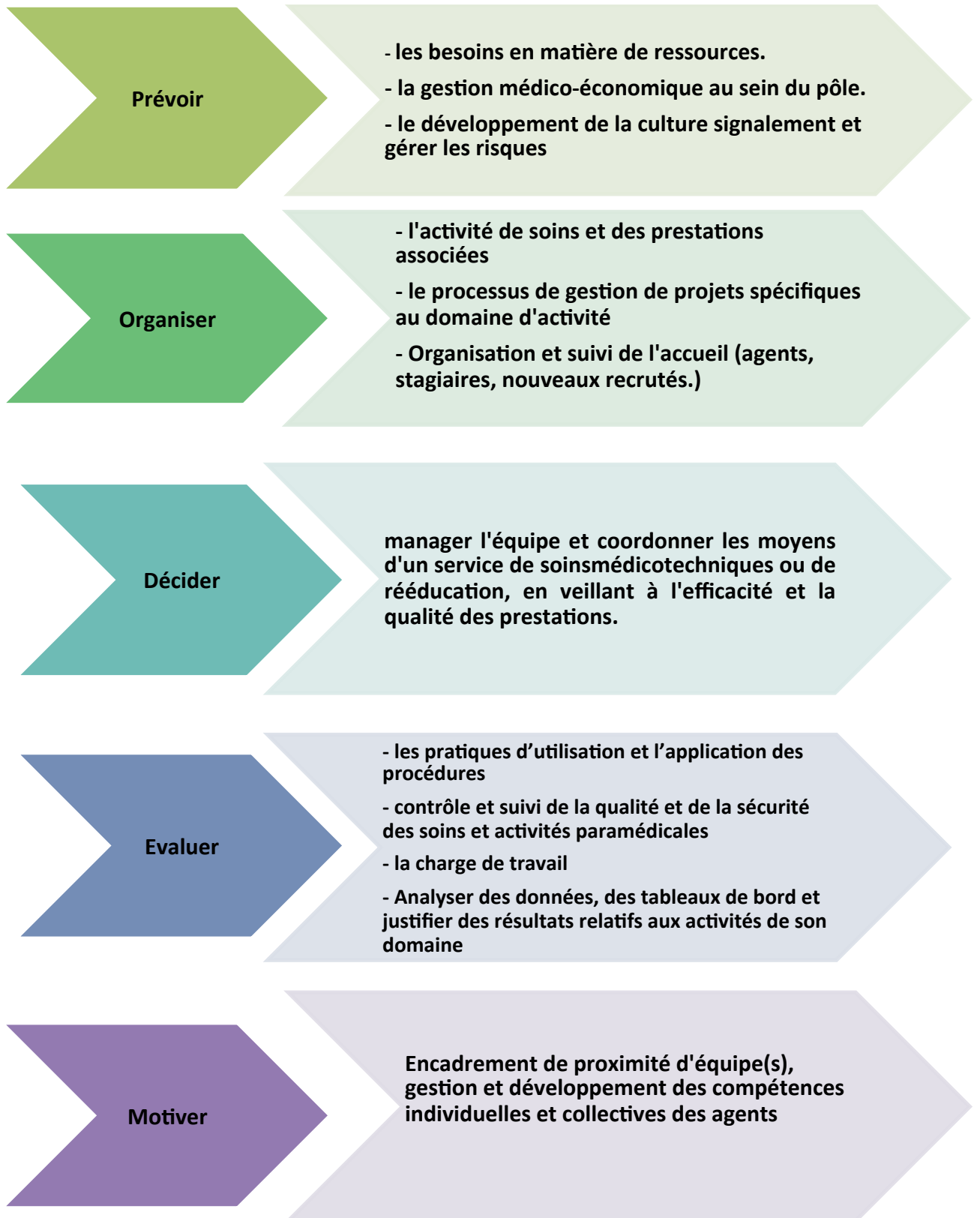
Annexe V : Grille d'entretien semi-directif effectué auprès de six cadres de santé.

Annexe VI : Grille d'analyse thématique

Annexe VII : Talons identitaires des cadres de santé interrogés

Annexe VIII : Grille d'entretien semi-directif effectué auprès de six cadres de santé.

✚ Annexe I : Rôle du cadre de santé « PODEM »





¹³³ PSIUK Thérèse, GOUBY Monique. Plans de soins types et chemins cliniques : 20 situations cliniques prévalentes. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013, p 10.

Annexe III : Entretien téléphonique avec Madame N du 21 Janvier 2016 : Cadre de santé formatrice.

Entretien téléphonique avec Madame N du 21 Janvier 2016 Cadre de santé formatrice

Le management par la clinique

1) De quoi parle-t-on ?

« Le management par la clinique est un concept développé en autre par Thérèse Psiuk. Cette dernière le définit comme « une démarche qui vise à améliorer la prise en charge des patients dans une logique de parcours de soins. Elle développe l'interdisciplinarité et les compétences clinique des soignants ». Dès lors, deux objectifs sont recherchés : « l'efficacité et l'excellence » à partir de processus clinique ».

« Le management par la clinique peut se faire sans passer par le raisonnement clinique partagé impliquant les outils suivants : le plan de soins type ou le chemin clinique ».

2) D'où ça vient ?

« Le management par la clinique est inspiré par la gouvernance clinique ».

« Le concept de la gouvernance clinique est au cœur de la profonde réforme des services de santé du Royaume-Uni à la fin des années 1990¹³⁴ ».

Selon Madame N, on commence à parler de la gouvernance clinique en France à partir des années 2000.

3) Comment c'est utilisé ?

« Le management par la clinique est mis en place au sein d'unité d'hospitalisation de puis plus de 10 ans sur l'ensemble du territoire et l'APHP commence tout juste ».

« Le management par la clinique est transversal, car le cadre de santé en véritable chef de projet accompagne par des ateliers pratiques, également d'autres équipes des unités au sein d'autres pôles de l'hôpital ».

« Le cadre de santé est un gestionnaire de soins, il a un regard d'expert. En cela le management par la clinique repositionne le cadre dans les soins. Il n'y a pas que la proximité, mais il s'intéresse au sens du mot soin et à la qualité des soins ».

¹³⁴ L'évolution du management vers une gouvernance clinique pour les cadres de santé – Thérèse Psiuk – www.techniques-hospitalieres.fr/juillet-août 2015.752

« De plus, le management par la clinique, fait appel à la gestion des ressources humaines. Il permet aux acteurs de soins de s'auto évaluer, à travers l'analyse de leur pratiques dans la construction d'un plan de soins type pour un groupe homogène de patient. Le plan de soins type va permettre de créer un chemin clinique. Véritable planification des soins personnalisable en lien avec un problème de santé réels ou potentiel, il va favoriser une coordination des soins efficiente. C'est à dire : une logique de soins à la bonne personne et au bon moment ».

4) En quoi le management par la clinique est il une aide pour le cadre de santé ?

« Il est une aide que si le cadre de santé est formé au raisonnement clinique ».

« L'accompagnement de l'équipe soignante au raisonnement clinique partagé par le cadre de santé, dans le but de créer un plan de soins type pour un groupe homogène de patient, inscrit dans un chemin clinique redonne aux équipes une bouffée d'oxygène ».

« L'équipe soignante est au quotidien dans le faire, dans le prescrit, pouvant même oublier le sens de l'action de soins ».

« Fédérer l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire autour de la création de plan de soins type, permet de repenser le prendre soins. Chacun partage ses savoirs, son savoir être et son savoir faire ». « Amener l'équipe pluridisciplinaire élargie à réfléchir et à travailler ensemble autour du patient, permet de transformer une énergie négative en une énergie positive ».

« Néanmoins, manager par la clinique suppose au cadre de santé de «la pédagogie et de trouver un juste milieu dans l'échéancier de la mise en place du projet :

- *pas trop long au risque de lasser et décourager l'équipe*
- *pas trop rapidement non plus, pour éviter que le projet soit vécu comme imposé ».*

« Il devra accompagner l'équipe dans le changement de l'organisation de travail, afin de faire face à l'apparition de résistances aux changements ».

Enfin, Madame N, précise par expérience qu' « il faut environ 1 an de consensus à l'équipe projet pour construire un plan de soins type, le mettre en place et faire adhérer l'ensemble de l'équipe. Afin que tout à chacun se l'approprie ».

Annexe IV : Entretien téléphonique avec Madame A du 28 Janvier 2016 : Cadre de santé Urologie - Néphrologie.

**Entretien téléphonique avec Madame A du 28 Janvier 2016
Cadre de santé Service d'urologie - néphrologie**

<p>Accompagnement des cadres à la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé au sein des unités de soins</p>

1) Que signifie pour vous « raisonnement clinique partagé » ?

« Le raisonnement clinique est souvent implicite, influencé par des expériences personnelles, le raisonnement clinique partagé permet à une équipe d'avoir la même « grille de lecture » des situations rencontrées et un consensus sur les actions à mettre en œuvre ».

« C'est une nouvelle façon de réécrire les protocoles de soins, de questionner les pratiques ».

2) Que signifie pour vous « plan de soins type » ?

« Le plan de soins type est un des outils qui permet ce raisonnement clinique partagé, il est travaillé en équipe, il regroupe pour une prise en charge donnée et précise l'identification des problèmes, des risques, des actions à mettre en œuvre, il est un référentiel qualité à la fois issu des savoirs des professionnels et des recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes ».

3) Comment définiriez vous le « management par la clinique » ?

« Fil rouge, qui permet de guider la plupart des actions de management. Il permet de replacer la prise en charge du patient au centre de toutes nos actions dans les différents domaines : formation, gestion du matériel, effectifs, qualité, gestion des risques, organisation du travail »

4) Le management par la clinique est-il aujourd'hui un outil de management pour le cadre de santé?

- Si oui pourquoi ?

« Les prises en charge deviennent plus complexes : patients polypathologiques, situations sociales, population âgée, en même temps que les durées de séjour raccourcissent, les équipes se spécialisent, les interlocuteurs se multiplient ».

« C'est un levier très efficace qui redonne le sens des actions aux agents dans un contexte très changeant et peu rassurant ».

5) Quelle légitimité a le cadre de santé pour accompagner l'équipe au raisonnement clinique partagé ?

« Mon expérience professionnelle, ma connaissance plus large des moyens à disposition, ma capacité à mener ce projet, ma position d'« interface », mes missions de responsable de la qualité des soins et de la bonne utilisation des moyens ».

6) Quelles sont les missions du cadre de santé dans l'accompagnement de la mise en place du plan de soins type ?

- *« Présentation du projet »* (équipe médicale et paramédicale)
- *« Faire un planning et le suivre »*
- *« Organisation des réunions »*
- *« Suivi de la méthodologie »*
- *« Mise en œuvre »* (accompagnement au changement)
- *« Rendre des comptes »*
- *« Evaluation »*

7) Quels sont les moyens aujourd'hui dont dispose le cadre de santé pour accompagner son équipe au raisonnement clinique ?

« Organisation de staffs, suivi des écrits, groupes de travail, présence aux transmissions orales, GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences) ».

8) Comment peut on manager une équipe au raisonnement clinique partagé si elle n'est pas formée au préalable ?

« Le raisonnement clinique est intégré aux dispositifs de formation initiale (AS et IDE en tout cas), le modèle tri focal c'est autre choses et nécessite une formation en interne pour les professionnels en poste. Cependant concernant les étudiants infirmiers, le model tri focal se développe dans les IFSI ».

« Le raisonnement clinique partagé nécessite de la part des soignants :

- *Des compétences cliniques : capacités à évaluer une situation*
- *Des Performance cliniques : capacités à intégrer les éléments dans sa pratique »*

9) Quelles compétences cadre avez vous mobilisé pour accompagner les cadres à mettre en œuvre ce projet ?

- « *Gestion de projet* »
- « *Animation d'équipe : cadre pédagogique : il faut être patient, c'est un travail de fond : labourage* ».
- « *Communication : la façon de communiquer, de transmettre les messages ne s'improvise pas* ».

« *Identifier les niveaux de blocage, trouver une explication sont des leviers dans l'accompagnement aux changements. Cela permet une meilleure compréhension des équipes à la démarche et une meilleure adhésion* ».

« *Leadership : fédérer une équipe pluridisciplinaire autour d'un projet (recherche de consensus sur les pratiques). De plus, une fois que le projet est mise en place, il faut le faire vivre et perdurer au quotidien* ».

10) En quoi le management par la clinique peut redonner de la proximité à la notion de gestion et de soin pour le cadre de santé ?

« *Cela nécessite une présence et du temps près de l'équipe, écouter, observer les organisations, les freins, réajuster tout le temps, la proximité est un élément incontournable pour la bonne réussite du projet* ».

« *Il n'y a pas de management par la clinique si il n'y a pas de proximité* ».

11) Quelles sont les ressources dont dispose le cadre de santé à la mise en oeuvre de cette démarche d'accompagnement ?

- « *Formation selon les institutions* »
- « *Direction des soins/ direction de la qualité* »
- « *Equipes médicales* »
- « *Service informatique* »

12) Quelles sont les limites (freins) que le cadre rencontre lors de la mise en œuvre de cette démarche ?

- « *Manque de temps* »
- « *Résistance des agents à écrire* »
- « *L'informatique* »

✚ Annexe V : Grille d'entretien semi-directif effectué auprès de 6 cadres de santé.

Service :

Lieu de l'entretien :

Durée de l'entretien :

Protocole : « Bonjour, je m'appelle Maggy Rassinier. Je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure de Montsouris à Créteil. Afin de réaliser mon mémoire de fin d'étude, je souhaite recueillir votre témoignage d'une part sur le management par la clinique et d'autre part concernant la mise en œuvre du chemin clinique au sein de votre service.

La durée de l'entretien est de 30 à 45 minutes.

De plus, pour être exhaustive, lors de la retranscription de cet entretien, je souhaiterais vous enregistrer si vous le permettez ?

Vos propos seront anonymisés et ne pourront être exploités que dans le cadre de mon travail écrit ».

Présentation du thème : Le management par la clinique ou l'accompagnement de l'équipe par le cadre de santé à la mise en œuvre d'un chemin clinique pour un GHP.

Présentation des cadres interviewés et lieux d'exercice

Q1 : Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

Prénom :

Age :

Sexe :

Métier d'origine :

Date du diplôme :

Date du diplôme Cadre de Santé :

Ancienneté dans le service :

Q2 : Pouvez-vous me décrire le service dans lequel vous travaillez ?

Thème 1 : Le management par la clinique

✚ Fonction gestion et fonction clinique du cadre de santé

Q3 : Comment conciliez vous la fonction gestion et la fonction clinique en tant que cadre de santé?

✚ La légitimité du cadre de santé :

Q4 : Dans votre pratique quotidienne, comment en tant que cadre de santé les équipes de soins vous reconnaissent une légitimité pour les accompagner dans la mise en œuvre du chemin clinique d'un GHP dans l'unité ?

Q5 : Quelles sont les facteurs favorisant cette reconnaissance de légitimité auprès des équipes soignantes à les accompagner à cette mise en œuvre ?

Si cadre de santé de proximité (hors filière infirmière)

Selon vous un cadre de santé qui n'est pas issue de la filière infirmière peut il faire du management par la clinique auprès de l'équipe ?

✚ L'expertise du cadre de santé :

Q6 : Selon vous quelles sont les qualités que le cadre de santé doit posséder pour accompagner les équipes de soins ?

✚ Le positionnement du cadre de santé

Q7 : Actuellement dans la mise en œuvre du chemin clinique, quelle position occupez-vous en lien avec?

- l'équipe médicale :
- la hiérarchie :
- l'équipe paramédicale ?

Thème 2 : La mise en oeuvre du chemin clinique

✚ Le raisonnement clinique partagé et la pratique professionnelle :

Q8 : Quelles sont les ressources et les freins à la mise en œuvre du chemin clinique ?

✚ La mesure de l'outil

Q9 : Selon vous qu'est ce que le chemin clinique apporte depuis sa mise en œuvre dans votre unité ?

- aux patients ?
- à l'équipe pluridisciplinaire ?
- à vous même ?
- à l'institution ?

✚ La visibilité du travail et l'outil partagé

Q10 : Décrivez moi, comment les soignants utilisent-ils l'outil du plan de soins type à partir du raisonnement clinique partagé ?

Q11 : Comment l'équipe soignante utilise-t-elle l'outil du plan de soins type pour coopérer en interdisciplinarité?

Q12 : Selon vous, quels impacts ont eu le raisonnement clinique partagé sur les pratiques soignantes ?

✚ La reconnaissance

Q13 : En quoi le raisonnement clinique partagé peut-il être un levier de reconnaissance du travail de l'équipe soignante ?

Q14 : Avez-vous des remarques à ajouter ou des points que vous souhaiteriez ajouter ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

✚ Annexe VI : Grille d'analyse thématique

		LES THEMES	
		THEME 1 : LE MANAGEMENT PAR LA CLINIQUE	THEME 2 : LA MISE EN ŒUVRE DU CHEMIN CLINIQUE
Les sous-thèmes	La fonction gestion et la fonction clinique du cadre de santé	Le raisonnement clinique partagé et la pratique professionnelle	
	La légitimité	La mesure de l'outil	
	L'expertise	La visibilité du travail et l'outil partagé	
	Le positionnement du cadre de santé	La reconnaissance	

✚ **Annexe VII : Résultats de l'enquête**

Q 1 : Talons identitaires des cadres de santé interrogés

Cadres de santé	Lieux d'enquête	Sexe	Age	Métier d'origine	Diplôme Cadre de santé	Services	Ancienneté dans le service
C1	A : CH Province	F	49 ans	IDE	19 ans	Chirurgie orthopédique et de rhumatologie	4 ans 1/2
C2		F	34 ans	IDE	3 ans	Neurologie	6 mois
C3	B : CHU Province	F	49 ans	IDE	11 ans	Médecine interne et Immunologie clinique	10 ans
C4	C : Hôpital privé non lucratif Paris	F	57 ans	IDE	11 ans	Chirurgie orthopédie	4 ans 1/2
C5	D : CHU Paris	F	47 ans	IDE puéricultrice	12 ans	Réanimation et Soins intensifs néonatalogie	4 ans
C6	E : GHU RP	H	37 ans	IDE	4 ans	Réanimation chirurgie cardiaque	4 ans

Q 2 : Description du service

Cadre de santé	Extraits d'entretiens
C1	Service d' orthopédie et rhumatologie d'une capacité 22 lits : 3 chirurgiens et 3 médecins rhumatologues, avec une activité opératoire importante : entre 10 à 12 entrée/jour + soins externes de consultation. 2 IDE matin + 2 IDE après midi et 1 IDE de nuit / AS (? Non évoqué dans l'entretien)
C2	Service de neurologie , en HDJ infectieux , en neurophysiologie et en diabétologie de semaine donc j'ai plusieurs services. d'une capacité de 20 lits dont : 4 lits de soins intensifs pour la filière AVC plus particulièrement et 16 lits de soins continus, il y a 4 neurologues, et puis une équipe de 14 infirmières et 14 aides-soignants, 1 ergothérapeute à mi-temps, 1 assistante sociale à temps-pleins et 1 diététicienne à 30%, 1 neuropsychologue à mi-temps, 1 neuropsychologue.
C3	Service de médecine interne et immunologie clinique d'une capacité de 14 lits : 14 lits d'hospitalisation conventionnelle. Avec 6 IDE et 7 AS.
C4	Service orthopédique programmé d'une capacité de 40 lits : 4 IDE, 3 AS ½ AS et 3 kiné. (travail en trinôme), chirurgien orthopédique et 2 cadres de santé.
C5	Service de réanimation, soins intensifs néonatalogie et médecine néonatale (site de type III) d'une capacité de 42 lits : 12 lits de réanimation, 18 lits de soins intensifs, 12 lits de médecine néonatale. 3 cadres de santé (elles s'organisent pour gérer l'ensemble du service de 8H à 20h : répartition des différentes missions cadre) – 80 IDE dont 1/3 puéricultrices et 25 auxiliaires de puériculture et médecins, psychologues sur l'ensemble des 3 services.
C6	Services de réanimation chirurgie-cardiaque d'une capacité de 15 lits : 2 cadres (dont un cadre faisant fonction), 31 IDE et 23 AS, médecins réanimateurs, kinésithérapeutes, diététicienne...

Thème 1 : Le management par la clinique

Q 3 : Comment conciliez vous votre fonction gestion et votre fonction clinique en tant que cadre de santé ?

	Cadre de santé	Extraits d'entretiens
La fonction gestion et la fonction clinique du cadre de santé	C1	« La gestion n'est qu'une partie de la fonction. La fonction clinique est essentielle. Le rôle d'information est essentiel pour les usagers et leur entourage pour répondre à leurs besoins, mais également pour l'équipe médicale et paramédicale. Réflexion clinique importante dans la gestion du quotidien. Cœur de métier. Cadre de santé est responsable de la qualité ».
	C2	« Je pense qu'on devient cadre par ce qu'on a des aptitudes à la gestion et qu'on a une appétence à cette gestion mais qu'on reste soignant parce que cela fait parti de notre « être » propre . On est infirmier c'est un métier, on est soignant c'est une entité donc on ne perd pas ce côté soignant quand on change de métier. Je prends soins de mes équipes, je prends soins de mes patients ».
	C3	« Comme je peux ! je suis 2 à 3 fois par semaine la visite des médecins par semaine. Gestion très tôt le matin avant que tout commence . « Il y a des semaines où je ne touche pas terre et là je suis dans mon bureau et là ça me plaît moins ! »
	C4	« J'assiste au staff tous les lundi soir , c'est ma façon d' appréhender ce qu'il va arriver et de repérer les patients qui peuvent poser problème et organise toutes les sorties en centre de rééducation ».
	C5	- « La fonction gestion plus les missions transversales m'occupent bien plus de temps que je le voudrais et la fonction clinique j'y consacre pas suffisamment de temps ». - « La grande idée de cette gouvernance c'est de ramener le cadre de santé à sa fonction clinique » - Frustration : « sentiment d'être plus devant l'ordinateur qu'auprès des soignants ».
	C6	- « Ca dépend des journées... Indissociée en tant que manager, j'ai des priorités et des objectifs dans mon organisation de tous les jours » - Management situationnel : « Si situation plus soignante : gestion clinique... » - Travail en binôme avec l'autre cadre : alterne en fonction des sollicitations, des missions. - « Le raisonnement clinique est le fondement, ça fait parti de ma pratique »

Q4 : Dans votre pratique quotidienne, comment en tant que cadre de santé les équipes de soins vous reconnaissent une légitimité pour les accompagner dans la mise en œuvre du chemin clinique d'un GHP dans l'unité ?

Q5 : Quelles sont les facteurs favorisant cette reconnaissance de légitimité auprès des équipes soignantes à les accompagner à cette mise en œuvre ?

	Cadre de santé	Reconnaissance d'une légitimité par l'équipe de soins	Les facteurs favorisants
La légitimité	C1	<ul style="list-style-type: none"> - « Je suis très impliquée dans la mise en œuvre de cette démarche ». - Le choix du GHP en équipe est porteur/parlant pour les agents. Ici : le chemin clinique porte sur la fracture du col du fémur. Chemin clinique validé en février 2015 et débuter en Mars 2015. - Mieux reconnu par l'équipe : « on s'intéresse à ce que fait l'équipe, meilleure crédibilité ». - La légitimité s'obtient en travaillant pour acquérir les savoirs, s'adapter au service. « Si pas il n'y a pas de cadre le projet ne peut pas vivre ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Expérience professionnelle dans ce domaine en qualité d'infirmière. - « Mais la motivation du cadre à mettre en œuvre ce projet est un atout tout aussi grand ». - « La connaissance que l'on a de la démarche et de son rôle à jouer et en parallèle des besoins du patient ». - Etre convaincu par l'intérêt. - Savoir également se faire aider des experts du service pluri professionnel.
	C2	<ul style="list-style-type: none"> - « Le chemin clinique est une affaire pluridisciplinaire ou tout à chacun à son rôle à jouer. Le cadre à toute sa place dans cette prise en charge pluridisciplinaire et il a toute sa légitimité ». - Ensuite il y a le côté gestion d'équipe : légitimité devient administrative garant de la qualité des soins. - Responsable de la mise en œuvre et du suivi du chemin clinique sur l'AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'expérience clinique, - La rigueur, - Être fédérateur.

Suite des Q4 et Q5

	Cadre de santé	Reconnaissance d'une légitimité par l'équipe de soins	Les facteurs favorisants
La légitimité	C3	<ul style="list-style-type: none"> - Elle fait partie du groupe « expert » pour mettre en place le logiciel informatique sur les transmissions ciblées et prescriptions depuis le début. Mise en place sur le CHU du modèle tri focal petit à petit (début 2013). - Elle valide ou non les demandes des services au fur et à mesure du déploiement des transmissions ciblées. <p>« <i>Ma légitimité : elle est que j'ai toujours accompagné cette démarche</i> ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement sur l'élaboration et mise en œuvre d'un plan de soins types sur patient de + de 45 ans en cure immunoglobuline polyvalente intraveineuse avec une neuropathie des membres inférieurs (en 2013), puis élaboration du chemin clinique informatisé et mis en place fin 2014. - Projet d'un autre chemin clinique autour des patients de chimiothérapie et souhaite intégrer une AS. 	L'expérience IDE : bonnes connaissances de la clinique et de la pratique soignante, reconnues par l'équipe.

Suite des Q4 et Q5

	Cadre de santé	Reconnaissance d'une légitimité par l'équipe de soins	Les facteurs favorisants
La légitimité	C4	Elaboration d'un Chemin clinique dans son unité avec les IDE en 2013, avec la décision de mutualiser certains lits sur les séjours de courte durée au sein des autres services de l'établissement (pendant 1 an). Sinon, ce sont des parcours de soins (déterminée sur une DMS et une pathologie) pour des séjours de + de 48 heures (date de sortie prévue avec relais SSR)	Expérience de 20 ans d'IDE en réanimation, et grande expérience en chirurgie qui me donne une légitimité. J'ai un savoir que je peux transmettre et qui me permet de corriger certaines situations.
	C5	<ul style="list-style-type: none"> - Définition d'un GHP en équipe pluridisciplinaire non pas pour sa récurrence mais pour sa particularité : « prise en charge d'un enfant à 36 semaines du terme dans le cas d'une anoxie périnatale avec mise en place d'un protocole d'hypothermie » - Puis accompagnement à la mise en œuvre d'un plan de soins type : « La pérennité du chemin clinique ne pourra être envisagée qu'au moment du déploiement du dossier de soins informatisé ». 	<ul style="list-style-type: none"> - « Un cadre de santé est un soignant, l'expérience professionnelle est un atout. Parce que le vocabulaire m'est commun, exemple quand on me parle de la prise en charge d'un prématuré ». - « Exercer le même métier à la base que les personnes que l'on encadre facilite cette légitimité ». - « Je ne vois pas bien comment un cadre médico technique ou autres cadres hors paramédical par exemple peut encadrer une telle démarche nécessitant une perception et une connaissance de la clinique et des particularités de la prise en charge assez fine ».

Suite des Q4 et Q5

	Cadre de santé	Reconnaissance d'une légitimité par l'équipe de soins	Les facteurs favorisants
La légitimité	C6	<p>Actuellement en mission transversale au sein du pôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il travaille en tant que chef de projet sur l'ensemble du pôle. - Il accompagne les équipes du pôle (Cadre de santé, équipe paramédicale et médicale). - Formateur et référent méthodologique. <p><i>« Ce n'est pas à moi que reviens la mise en œuvre de ce projet là ». « Mon rôle à moi est d'être chef de projet et de le mener à terme. C'est à dire le déploiement et d'arriver à l'atteinte de l'objectif : arrêt d'action d'un plan de soins type et d'un chemin clinique ».</i></p> <p><i>« Et pour cela il faut animer un groupe et former des personnes au raisonnement clinique partagé ».</i></p> <p>Concernant la réanimation médicale mise en place d'un plan de soins type sur la prise en charge de patients atteints d'une pneumonie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'expérience professionnelle en qualité d'IDE en réanimation médicale, ancien référent en soins, puis faisant fonction dans cette spécialité. - Il connaît 80% de l'équipe. - La formation action : formateur relais Personne ressource pour les équipes qui déploient le projet. - La personne n'ayant pas d'expertise dans le domaine du GHM servira à renforcer le côté « naïf » et apportera un regard nouveau sur les pratiques, les remettra en cause. <i>« Ce n'est pas un problème, mais plutôt une ressource pour l'ensemble de l'équipe. Plus un rôle d'animateur, de méthodologiste et de l'organisation : faire avancer le projet. Comment avance-t-on ? Quels sont les leviers ? »</i>

Q6 : Selon vous quelles sont les qualités que le cadre de santé doit posséder pour accompagner les équipes de soins dans cette démarche ?

	Cadre de santé	Extraits d'entretiens
L'expertise	C1	<ul style="list-style-type: none"> - Motiver : Il faut identifier les personnes les plus motivées, sensibles au raisonnement clinique partagé. - L'écoute, l'analyse, l'esprit critique, communiquer, être disponible - Des qualités organisationnelles - La patience
	C2	<ul style="list-style-type: none"> - L'écoute - Savoir se remettre en question
	C3	<ul style="list-style-type: none"> - A l'écoute pour être là et proposer un soutien - Savoir se remettre en question, réévaluer - La persévérance
	C4	<ul style="list-style-type: none"> - La force de persuasion - La patience - Positiver ce changement et de la constance dans l'accompagnement, il faut déjà y croire et même si c'est un projet institutionnel - L'adaptabilité
	C5	<ul style="list-style-type: none"> - De l'endurance pour accompagner et motiver l'équipe sur du long terme - Une expertise sur la spécialité
	C6	<p>Maitriser la communication :</p> <p><i>« Comme dans tout projet de conduite de changement : avoir une communication adaptée en fonction des situations, des individus et savoir écouter les questions, des difficultés exprimées. Il faut traduire, expliquer, convaincre, bien relayer l'information, transmettre ».</i></p>

Q7 : actuellement dans la mise en œuvre du chemin clinique, quelle positionnement occupez-vous en lien avec :

	Cadre de santé	l'équipe médicale	la hiérarchie	l'équipe paramédicale
Le positionnement du cadre de santé	C1	<ul style="list-style-type: none"> - Place centrale, service pilote. - Rendre des comptes au Professeur du service. 	<ul style="list-style-type: none"> - Politique institutionnelle. - Je suis reconnue comme responsable de la démarche, je fais le lien pour uniformiser les pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ce projet concerne les 2 équipes (ortho/rhumato) donc elles n'ont pas les mêmes pratiques. - Au quotidien je suis un cadre de santé soignant au cœur de la vie du service. - Evaluation/contrôle : faire travailler au quotidien sur une version papier.
	C2	<ul style="list-style-type: none"> - Pédagogue : les convaincre qu'ils appartiennent à ce chemin clinique, à ce changement de prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relai, « les tenir informer de ce qu'il se fait, où on en est, quels sont les freins, les ressources, ce qui avance » - Porte-parole d'une équipe au niveau de l'administration. « <i>Souvent c'est le cadre qui présente le travail effectué, ce qui est un peu dommage, j'aimerais bien plutôt que ce soit les équipes qui portent ce travail ».</i> « <i>Souvent c'est difficile à organiser en terme de temps, de mobiliser quelqu'un pour présenter au niveau de la direction du travail effectué</i> ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Pédagogue : les amener à coopérer et à leurs démontrer que finalement on rentre sur une expertise paramédicale mais qui est vraiment complémentaire de la leur et qu'en terme de prise en charge des patients on sera plus cohérent. - Leur permettre de s'exprimer, que chacun aussi y trouve sa place, se sente concerné. - Organisation pour trouver des temps d'échanges, programmer des formations, programmer du temps tout en gardant le personnel nécessaire dans le service.

Suite de la Q 7

Le positionnement du cadre de santé	Cadre de santé	l'équipe médicale	la hiérarchie	l'équipe paramédicale
	C3	<ul style="list-style-type: none"> - Place centrale « je suis là pour coordonner les différents acteurs » « facilitatrice » - « Je suis là en soutien, en accompagnatrice » - Travail avec le Chef de service. 		
	C4	<ul style="list-style-type: none"> - Articulation/pivot entre eux et l'équipe paramédicale. « Je suis reconnue ». - Relation de confiance et de reconnaissance de ma fonction. - Projet institutionnel porter par les cadres, « les médecins ont dû s'adapter ». - Validation du chemin clinique final par les médecins. 		
	C5	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe médicale intervient plus de façon ponctuel, pour compléter la démarche d'un point de vu médical. - Mais valorisation du chef de clinique par la validation des travaux. - Difficulté à les mobiliser pour travailler dessus : faute de temps et les médecins ont un raisonnement par appareil et non par cible. - Difficulté de changer la logique médicale. 	<p>Projet institutionnel et de façon plus large projet AP-HP. Service précurseur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Animatrice du groupe de travail et accompagne sa mise en œuvre dans le service : - Mobiliser dès décembre 2014. Début d'un groupe de travail avec en parallèle une réflexion sur les transmissions ciblées avec la reformulation des cibles. Puis le groupe de travail c'est étoffé avec la psychologue soit environ une dizaine de personnes : Elaboration d'un 1^{er} chemin clinique mais qui sur papier ne peut pas voir le jour.
	C6	<p>Responsable du projet. Je sers de fil conducteur. Je m'appuie sur la fiche projet, j'évalue et réajuste régulièrement : « je sollicite le reporting »</p> <p>GHM : la pneumonie (choix des médecins) objectivé auprès du DIM.</p>		

Thème 2 : La mise en oeuvre du chemin clinique

Q8 : Quelles sont les ressources et les freins à la mise en œuvre du chemin clinique

	Cadre de santé	Les ressources	Les freins
Le raisonnement clinique partagé et la pratique professionnelle	C1	<ul style="list-style-type: none"> - La formation action et son accompagnement tout au long de sa mise en œuvre. Ainsi que la responsable du copil sur l'institution qui renforce le suivi. - Les agents motivés et impliqués dans la mise en œuvre de la démarche. - L'institution. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'outil informatique. - Le manque de formation des agents. Les cadres de certains services n'ont pas perçu l'enjeu de ce que ça allait être. « <i>Les cadres envoient leurs agents, mais eux ne sont pas formés : difficulté alors à asseoir le projet</i> ».
	C2	<ul style="list-style-type: none"> - Volonté institutionnelle. - Formation action plutôt porteuse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'outil informatique (ce qui n'est pas le cas dans ce service). - Un manque de constance dans les différentes étapes peut démotiver l'équipe. - « <i>Difficile de faire avancer tout un service</i> ». - « <i>Travailler sur un chemin clinique qui n'est pas fait pour un cadre qui arrive, s'il n'y a pas du tout de suivi, au niveau de l'élaboration c'est compliquée de suivre</i> ». - Manque d'investissement de l'équipe médicale par manque d'intérêt et de visibilité sur leur rôle à jouer.
	C3	<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion au sein du pôle. - Formation plus pour construire le projet. - IDE volontaires. - Accompagnement de la coordinatrice du copil au sein de l'unité. - Diététicienne au sein du pôle formée et participe au raisonnement clinique partagé. - Pas d'obstacle avec la hiérarchie. - Cadre supérieur de santé (coordinatrice du copil démarche clinique) est une personne ressource. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le temps (dégager du temps de formation et de travail) et les ressources. - Projet finalement trop ciblé pour l'utiliser en grand nombre et donc pour ne pas perdre ce travail difficile retravailler sur le GHM sur tous les patients en cure d'immunoglobuline. - La gestion des ressources humaines : absentéisme des agents par rapport à la charge de travail importante en ce moment.

Suite de la Q 8

	Cadre de santé	Les ressources	Les freins
Le raisonnement clinique partagé et la pratique professionnelle	C4	<ul style="list-style-type: none"> - Coaching de 2 ans (2012-2014) dans l'accompagnement du changement à toute l'équipe de cadres, volonté de l'institution. - Ce qui a permis de fédérer tout l'encadrement à ce projet de mutualisation. - Création d'un dossier de soins et de séjour unique à tout l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problème de traçabilité par manque de temps et de l'outil informatique. - Difficulté pour les soignants au début de s'approprier l'outil : « pour elle outil pas facilitant au départ d'avoir juste un feuillet pas rassurant car habituer au dossier de soins ».
	C5	<p style="text-align: center;">La formation (sur une quinzaine de jour) action et son accompagnement tout au long de sa mise en œuvre sur la forme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Pas simple au départ de comprendre ce que l'on attendait de nous ». « Mettre des tas de mots nouveaux sur des mots que l'on connaissait déjà ; Un plan de soins type c'est une démarche de soins. Les problèmes sont des cibles que l'on classe selon le modèle tri focal ». - « Travailler avec de l'humain, c'est compliqué de faire tout rentrer dans les cases ». - « Le chemin clinique n'a pas pu se déployer faute d'outil informatique ».
	C6	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne connaissance de l'environnement, des agents et de la dynamique d'équipe (culture de travail en groupe) : Cadre supérieur et lui même était initialement du secteur. - Les médecins moteurs : « Ils avaient envie de travailler sur le GHP : atteint de pneumonie ». - Projet porté par l'institution, la direction des soins: Hôpital site pilote - Avoir suivi cette formation action. « Dès le début on était dans la recherche et la création ». 	<p>« De ce fait sans le vouloir la cadre du secteur qui elle n'a pas eu la formation initiale, c'est retrouvée en difficulté avec l'équipe. Prise de conscience de l'importance de donner et asseoir la légitimité du cadre ».</p> <p>« Sans l'outil informatique, la question de la pérennité de l'outil se pose ».</p>

Q9 : Selon vous qu'est ce que le chemin clinique apporte depuis sa mise en œuvre dans votre unité ?

	Cadre de santé	aux patients	l'équipe pluridisciplinaire	à l'institution	à vous même
La mesure de l'outil	C1	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomisation des patients pour la sortie. - Continuité de la prise en charge. - Assurance de la qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uniformisation des pratiques. « on avance tous de la même manière ». - Prise en charge efficiente du patient. - Travail de recherche qui enrichit l'équipe. - Fédérateur de travail sur un même projet. - Rapprochement des équipes. - Meilleure intégration pour les étudiants IDE, les élèves AS ainsi que pour les nouveaux agents. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne image de l'institution. - Si la prise en charge du patient est efficiente, la démarche rentre dans la certification. - Intérêt économique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Détermine les connaissances des agents. Repérer les carences. - Pendant la construction : identifier les bonnes pratiques, rendre du sens à ce que l'on fait.
	C2	<ul style="list-style-type: none"> - AVC ischémique, on n'a pas d'avant et d'après, on ne peut pas savoir, avant, nous n'avions pas de soins intensifs donc c'est nouveau. - « <i>On ne pas dire avant on faisait d'une autre façon et maintenant on fait d'une autre</i> ». « Sur le reste des services, j'espère qu'il y aura un impact sur la DMS mais pour l'instant, <i>il y en a trop peu qui sont mis en route pour qu'on puisse avoir ce recule-là</i> ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de recul en neuro mais expérience d'un chemin clinique en SSR : fédérer une équipe AS qui se mettait un peu de côté et à leur faire comprendre qu'elle avait une expertise, que ce qu'elle faisait tous les jours cela nécessitait qu'on le met par écrit et que c'était à valoriser. - Uniformisation des pratiques professionnelles. - Cohérence de la prise en soin. - Aide pour les nouveaux arrivants dans le service puisqu'ils ont quand même un référentiel de prise en charge qui est un très bon guide dont le patient en tire tout le bénéfice, « <i>il n'y a pas d'oubli</i> ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche infirmière. - Publication. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'homogénéité des prises en soin et la cohérence de la prise en soin : mesurer la cohérence du travail effectué. - Réflexion sur les pratiques qui forcément remet en question la qualité, la sécurité, les bonnes pratiques, la dignité...

Suite de la Q 9

	Cadre de santé	aux patients	l'équipe pluridisciplinaire	à l'institution	à vous même
La mesure de l'outil	C3	Continuité de la prise en charge.	<ul style="list-style-type: none"> - Uniformisation des pratiques. - Augmente la qualité de la prise en charge. - Enrichissement des pratiques. - Émulation : les agents faisant parti du projet ont trouvé un intérêt, « <i>portent la bonne parole au sein de l'équipe</i> ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne image de l'institution, groupe expert de la démarche reconnu et intervention dans des congrès. - Si la prise en charge du patient est efficiente, la démarche rentre dans la certification. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une réflexion. - Une démarche qualité et sécurité des soins. - Un développement des compétences individuelles et collectives de l'équipe. - Evaluation des pratiques professionnelles.
	C4	Sécurité et qualité des soins.	<ul style="list-style-type: none"> - Chemin clinique (outil) facilite la prise en soins sur les autres services et de transmission. « <i>Tout est écrit</i> » « <i>Sans avoir forcément la connaissance de la spécialité et donc une mise en confiance</i> ». - « Facilité pour les médecins à la lecture de différents paramètres ce qu'ils veulent retrouver ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Mutualiser les services dans une démarche qualité. - Efficience. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fédérer l'équipe autour d'un projet commun. - « C'est facilitant ». - Mesure la qualité des soins.

Suite de la Q 9

	Cadre de santé	aux patients	l'équipe pluridisciplinaire	à l'institution	à vous même
La mesure de l'outil	C5	<ul style="list-style-type: none"> - Ne voit pas de bénéfice pour l'instant, mais en espère à terme avec l'informatisation de l'outil. - Difficile de traduire en cible des réactions humaines pour personnaliser et individualiser la prise en charge. 	<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de travail de construction. - L'amélioration des transmissions ciblées. - Pour les nouveaux agents : document aidant qui détaille la prise en charge. - Projet d'un 2^{ème} plan de soins type sur la prise en charge du prématuré de 28 à 32 semaines. - Amélioration de la traçabilité. - Donne du sens à ce qu'elles font - Uniformisation des pratiques. 	<p>Bonne image de l'établissement : projet ambitieux pour l'institution.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Éléments de management qui permettent de remobiliser l'équipe autour de la compréhension de leurs actes</i> ». - Sécurité et qualité des soins. - Evaluation des pratiques professionnelles.
	C6	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de recul pour l'instant. - Mais hypothèse d'une diminution du risque d'erreur : du fait de l'amélioration de la communication et des pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration des transmissions ciblées. - Amélioration de la communication interprofessionnelle. - Amélioration de la prise en charge du patient. - Modification des outils pour assurer la traçabilité. - Valorisation des pratiques par les échanges professionnels. - Mise à l'honneur du haut raisonnement clinique des agents. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne image de l'institution, groupe expert de la démarche reconnu et intervention dans des congrès. - Si la prise en charge du patient est efficace, la démarche rentre dans la certification. 	<ul style="list-style-type: none"> - Découverte d'un nouveau mode de raisonnement Fédérateur. « <i>Plus sensible à la communication inter professionnelle et aux écrits des agents que j'utilise après comme levier</i> ». - Un rôle de communiquant aux autres services, même hors GH, aux IFCS. « <i>Mais ce qui m'intéresse avant tout, c'est toutes les étapes avant et comment je l'anime au jour le jour et le chemin clinique n'est qu'un outil. Peu importe l'outil</i> ». « <i>Ce n'est pas un problème que l'outil ne soit pas déployé car c'est quelque chose que j'utilise tous les jours dans ma pratique de manager</i> ».

Q10 : décrivez-moi, comment les soignants utilisent l'outil du plan de soins type à partir du raisonnement clinique partagé ?

Q11 : Comment l'équipe soignante utilise-t-elle l'outil du plan de soins type pour coopérer en interdisciplinarité ?

Q12 : Selon vous, quels impacts ont eu le raisonnement clinique partagé sur les pratiques soignantes ?

	Cadre de santé	Utilisation du plan de soins type	Coopération	Raisonnement clinique et pratiques soignantes
La visibilité du travail et outil partagé	C1	<p>Difficulté au quotidien pour tracer faute d'outil informatique.</p> <p>Mais prise en soins balisés de J1 à J10.</p>	<p>- « Il faut composer avec l'activité, la disponibilité des soignants, des médecins. Ce n'est pas toujours simple ».</p> <p>- Mais meilleure prise en compte par les autres partenaires de leur métier.</p> <p>Coopération entre les soignants et la diététicienne : prise en charge proposée et réfléchiée en équipe.</p> <p>Le plan de soins type objective l'intervention des différents acteurs.</p>	<p>- Valorisation des pratiques soignantes : « pas prestataires de soins ».</p> <p>- Sur la qualité de la prise en charge du patient et la personnalisation des soins.</p> <p>- Evaluation des pratiques.</p>
	C2	<p>- Au niveau de l'informatisation, le plan de soins type est intégré à la planification. « c'est-à-dire quand on ouvre une cible dans les transmissions ciblées cela agrmente automatiquement la planification des soins ».</p> <p>- Intégration du chemin clinique par le biais des transmissions spécifiques au service.</p> <p>- Outil commun de traçabilité et de pré programmation des examens.</p> <p>- Non pas de formatage, car outil adapté. Réflexion selon la macro cible à l'entrée selon la symptomatologie présentée par le patient.</p>	<p>- Le chemin clinique est visible par tous les acteurs de santé du service intervenant dans la prise en charge du patient.</p> <p>« C'est un outil de la pluridisciplinarité ».</p>	<p>- Soins de suite : réorganisation et formalisation des pratiques « imposer en quelque sorte » à toute une équipe.</p> <p>- « Mais pour la neurologie, entre la création d'un nouveau service et la mise en œuvre d'un chemin clinique c'est difficile de faire la part des choses ».</p> <p>- Chemin clinique informatisé = intégré aux pratiques.</p>

Suite des Q 10, 11 et 12

	Cadre de santé	Utilisation du plan de soins type	Coopération	Raisonnement clinique et pratiques soignantes
La visibilité du travail et outil partagé	C3	<ul style="list-style-type: none"> - Pas au quotidien selon le GHM : Mais penser dès qu'un patient rentre dans le GHM de l'intégrer au chemin clinique. - Puis réflexion concernant le choix des macro cibles en fonction de ce que présente le patient = programmation de soins. - Si les soins ne sont pas cochés : déclenchement de retard alerte informatique. Si un soin n'est pas coché, le soin d'après ne peut être validé. « On ne peut pas avancer ». 	Le médecin regarde les transmissions, la planification.	<ul style="list-style-type: none"> - Modification des pratiques, uniformisation les pratiques soignantes. - Critère de qualité pas encore assez de recul. - coefficient de la charge en soin (SIIPS) : objective la charge de travail et l'argumente. - Redynamise, donne du sens dans l'explication de la prise en charge.
	C4	<ul style="list-style-type: none"> - « Dès l'arrivée du patient. Ça remplace le dossier de soins ». - « Il y a tous les éléments de la prise en charge jusqu'à la sortie du patient ». - Problème de traçabilité « <i>tout n'est pas parfait</i> » - L'IDE n'a pas pris le temps de cocher : « <i>ça va très vite le matin</i> » 	<ul style="list-style-type: none"> - Outil commun à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient (médicale et paramédicale). Chaque acteur coche au fur et à mesure ce qui est fait et note les renseignements complémentaires : prise en charge efficiente du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gain de temps. - Donner du sens, avoir des pratiques communes. - Cohésion d'équipe. - Réflexion sur les pratiques.

Suite des Q 10, 11 et 12

	Cadre de santé	Utilisation du plan de soins type	Coopération	Raisonnement clinique et pratiques soignantes
La visibilité du travail et outil partagé	C5	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Pour l'instant la prise en charge de ce GHP est rare et donc pas quotidien</i> ». - Mise à la disposition des soignants et des nouveaux diplômés (valeur documentaire) un classeur qui récapitule toute la démarche du processus clinique. - Mais le raisonnement clinique est appliqué au quotidien bien au delà de cette démarche. 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Néanmoins, la collaboration existe dans le travail quotidien et dépasse ce travail autour du raisonnement clinique</i> ». « <i>L'équipe médicale et paramédicale se retrouve autour du diagramme de soins de la surveillance de l'enfant</i> ». 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>La mise en œuvre d'un plan de soins type permet de rebooster la capacité des soignants à analyser leurs pratiques professionnelles</i> ». - Les transmissions ciblées sont mieux formulées
	C6	<ul style="list-style-type: none"> - Référentiel qualité : le plan de soins type - Actions réfléchies - Préoccupation de ne pas standardiser les prises en charge. « les patients ce ne sont pas juste des GHM » : on met à l'honneur le raisonnement. 	<ul style="list-style-type: none"> - « <i>Comme tous les outils, il a ses limites mais l'avantage qu'il a c'est qu'il est partagé par tout le monde</i> ». - Le projet associe l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : médecin, kiné, IDE, AS, diététicienne. « <i>Il y a plus de connexion</i> ». « <i>L'AS aura moins de difficulté à aller voir le médecin, car elle aura plus d'éléments concrets à discuter, son savoir est plus renforcé</i> ». Travail en équipe « <i>tout le monde à sa pierre à amener</i> ». 	<ul style="list-style-type: none"> - Les pratiques de travail en équipe ont évolué. - Valorisation des savoirs et des pratiques soignantes. « <i>Objective ce qu'il y a à faire</i> » - Sur la qualité les transmissions écrites - Evaluation des pratiques. - Développement des compétences individuelles et collectives (transmission des savoirs).

Q13 : En quoi le raisonnement clinique partagé peut il être un levier de reconnaissance du travail de l'équipe soignante ?

	Cadre de santé	Extraits d'entretiens
La reconnaissance	C1	« De la part des médecins, la reconnaissance du travail de l'équipe n'est pas manifeste. Ils ont validé le travail. Mais pour ceux qui ont participé : de découvrir le travail des uns et des autres donne de la valeur et une reconnaissance de ce qu'ils font. Reconnaissance du service par rapport à l'investissement : car c'était l'un des premier chemin clinique de l'établissement a être publié ».
	C2	- « On parle plus d'équipe infirmière et chaque soignant quel qu'il soit a sa traçabilité à apporter, a son rôle à jouer ». - « Prise en charge globale dans une dynamique d'échange pluridisciplinaire ».
	C3	« C'est un levier de reconnaissance pour toute cette réflexion autour de la prise en charge d'un GHP. vous prêchez une convaincue »
	C4	« Il est valorisant car elles ont participé à son élaboration, validé par les médecins et réel outil commun »
	C5	« Il est valorisé par des présentations du projet en séminaires ».
	C6	« Avec cet outil on arrive à un référentiel qualité qui nous est demandé par notre institution ». « Il met en valeur les actions de tout le monde. C'est également le travail du groupe initial et l'animation qui est un levier de valorisation ».

Q 14 : Avez vous des remarques à ajouter ou des points que vous souhaiteriez ajouter ?

	Cadre de santé	Extraits d'entretiens
Remarques	C1	« Pour faire vivre cette démarche au quotidien, il faut être présent et cela prend du temps . Montrer que l'on ne reviendra pas en arrière. Etre vigilant et chasser les anciennes mauvaises habitudes ».
	C2	« L'élaboration des outils de la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé demande beaucoup de temps d'écriture, de rencontre, de moyens humains et une grande réflexion. L'écriture est le reflet de toutes leurs réflexions, du cheminement et finalement la transposition au niveau informatique et en même temps c'est très frustrant parce qu'au finalement on est sur une cible, l'action mais tout le travail qu'il y a derrière et à toute les heures qu'il y a derrière on ne le voit pas . « tout cela pour ça » Important de garder une trace écrite. Au quotidien, effectivement c'est un super outil mais tout ce qu'elles ont réfléchi derrière, les discussions, les recherches qu'elles ont fait, tout l'envers du décor n'apparaît pas et c'est très frustrant pour une équipe, il faut quand même les préparer à cela pour ne pas les démotiver par la suite ».
	C3	- « Mise en place d'un classeur qui retrace tout le processus, la démarche, la cartographie, détails des actions, veille documentaire pour tracer leur travail pour les nouveaux soignants et les étudiants. - Identifier les bons moments pour que l'équipe soit capable d'entendre certaines choses . Choisir la période propice à la mise en place de changement. - Etape ultime du projet : c'est la mise en place d'un guide de séjour destiné à informer le patient sur son séjour à partir d'un plan de soins type et d'un chemin clinique. L'idéal serait de réunir toute l'équipe en même temps autour de cette démarche ».
	C4	Pas de remarque ajoutée
	C5	« Projet pas si nouveau que ça : du raisonnement clinique on en faisait avant avec les équipes. Il faut entraîner le raisonnement clinique de l'ensemble de l'équipe au delà de l'outil du plan de soins type : Attention à ne pas standardiser la prise en charge . Arriver à comprendre ce pour quoi on fait les choses ».
	C6	« Il remet un sens au raisonnement, il remet au centre les bonnes pratiques. Le sens c'est l'ensemble de la démarche du raisonnement clinique partagé, comment le chemin clinique a été construit. Comment les nouveaux acteurs vont retrouver le sens initial. C'est le rôle des acteurs de cette démarche qui seront la mémoire, faire le relais de cette dynamique . Le but c'est d'avoir une équipe experte et non des agents experts qui travaillent dans leur coin. Comment tous ensemble on a une synergie au service du patient . De plus ce qui serait pertinent, c'est d'arrêter de mettre le patient au centre de la démarche mais plutôt l'associer à cette démarche ».

✚ Annexe VIII : Retranscription de l'entretien semi-directif C2 dans un Centre Hospitalier de Province.

Service : Neurologie

Lieu de l'entretien : le bureau du Cadre C2 dans son service

Durée de l'entretien : 40 minutes

La retranscription de l'entretien : tout au long de l'entretien, le discours de C2 était fluide, elle a répondu précisément aux questions et il y avait très peu de paroles annexes de la part de chacune. Ainsi, à la retranscription de ses propos, j'ai fait le choix réfléchi de retirer par exemple les « hum » et les « heu », car je trouvais qu'ils pouvaient gêner le lecteur.

Bonjour, je m'appelle Maggy Rassinier. Et, je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure de Montsouris de Créteil. Afin de réaliser mon mémoire de fin d'étude, je souhaite recueillir votre témoignage d'une part sur le management par la clinique et d'autre part concernant la mise en œuvre du chemin clinique au sein de votre service. Je pense que la durée de l'entretien ne va pas excéder 30 à 45 minutes.

Et si vous le permettez, je souhaiterais vous enregistrer à l'aide de mon téléphone?

C2 : *Oui pas de souci*

Vos propos seront anonymisés et ne pourront être exploités que dans le cadre de mon travail écrit

Mon thème est le suivant : le management par la clinique ou l'accompagnement de l'équipe par le cadre de santé de proximité à la mise en œuvre d'un chemin clinique pour un GHP.

1) Pouvez-vous vous présenter et présenter votre parcours professionnel ?

C2 : *Je m'appelle, j'ai 34 ans, infirmière d'origine en 2003, j'ai eu mon diplôme cadre en 2012. Je suis cadre en neurologie, depuis septembre 2015 donc depuis 6 mois et avant j'étais en soins de suite et de réadaptation.*

2) *D'accord, Pouvez-vous me décrire l'organisation du service dans laquelle vous travaillez ?*

C2 : Actuellement, je travaille sur plusieurs secteurs, je suis cadre de santé en neurologie, en HDJ infectieux, en neurophysiologie et en diabétologie de semaine donc j'ai plusieurs services.

(Le téléphone de son bureau sonne, l'entretien est interrompu quelques instants)

Désolée, où on en était ? Ah oui, le chemin clinique en tout cas est vraiment développé dans le service de neurologie plus particulièrement.

En neurologie nous avons un service de 20 lits avec 4 lits de soins intensifs pour la filière AVC plus particulièrement et 16 lits de soins continus, il y a 4 neurologues qui tournent sur les gardes, les examens, les consultations et puis une équipe de 14 infirmières et 14 aides-soignants, où on a 2 infirmières le matin, 2 infirmières l'après-midi et 2 infirmières la nuit, 3 aides-soignants le matin et une aide-soignante la nuit, une ergothérapeute à mi-temps, 1 assistante sociale à temps plein et 1 diététicienne à 30%, 1 neuropsychologue à mi-temps et une neuropsychologue et le cadre de santé à 30%.

Vous êtes à 30% dans ce service ?

C2 : Oui comme je me partage sur plusieurs secteurs.

3) *Mais alors comment conciliez vous votre fonction gestion et votre fonction clinique en tant que cadre de santé ?*

C2 : *Quand, j'ai fait l'école des cadres, mon mémoire portait sur ce sujet-là « Comment faire la part des choses entre le paradigme gestionnaire et plutôt les antécédents de soignant », du coup j'ai fait un travail dessus et cela m'aide pas mal.*

Je pense qu'on devient cadre parce qu'on a des aptitudes à la gestion et qu'on a une appétence à cette gestion mais qu'on reste soignant parce que cela fait partie de notre « être » propre. On est infirmier c'est un métier, on est soignant c'est une entité donc on ne perd pas ce côté soignant quand on change de métier. On peut faire n'importe quel métier et avoir des aptitudes soignantes, ce que le soignant ressent c'est de l'empathie, prendre soin, ce n'est pas uniquement une affaire d'infirmier en fait ! Donc je peux faire cadre et me considérer comme soignante, je prends soins de mes équipes, je prends soins de mes patients voilà.

4) *Dans votre pratique quotidienne, comment en tant que cadre de santé les équipes de soins vous reconnaissent une légitimité pour les accompagner dans la mise en œuvre du chemin clinique d'un GHM dans l'unité ?*

C2 : *Comment assoit il sa légitimité ? Je pense que quand on part du principe que le chemin clinique est une affaire pluridisciplinaire ou tout à chacun à son rôle à jouer, ou dans une prise en charge, on ne parle plus de prise en charge infirmière on parle de prise en charge médicale, d'une prise en charge ergothérapeute, on parle d'une prise en charge pluridisciplinaire, de ce fait le cadre à toute sa place dans cette prise en charge pluridisciplinaire et il a toute sa légitimité. Ensuite il y a le côté gestion d'équipe, qui fait qu'effectivement cette légitimité devient un petit peu administrative puisqu'on est quand même garant de la qualité des soins et du service voilà comment je le vois.*

Est-ce que votre expérience professionnelle est un atout pour assoir votre légitimité ? Cette question est plus en lien par rapport aux cadres de santé de proximité qui ont un cursus hors filière infirmière.

C2 : *Effectivement, je pense que c'est toujours un plus mais cela peut être un frein aussi puisqu'on a quand même le regard infirmier et que le chemin clinique est une affaire pluridisciplinaire, il ne faut pas se borner à notre expérience d'infirmière mais essayer de s'ouvrir un peu.*

5) Quelles sont les facteurs favorisant cette reconnaissance de légitimité auprès des équipes soignantes à les accompagner à cette mise en œuvre ?

C2 : *Tout d'abord, celui de l'expérience clinique, il faut aussi être rigoureux, se tenir à un planning de réunion lors de la mise en œuvre du chemin clinique. Etre fédérateur, car c'est un processus long et fastidieux.*

6) Quelle qualité le cadre de santé de proximité doit-il posséder pour mener à bien ce projet de conduite de changement et le pérenniser ?

C2 : *Quelle qualité ? Je pense qu'il faut être à l'écoute, quand on amorce un changement dans une équipe il y a forcément des peurs, des craintes, des questionnements et écouter ses peurs, ses craintes, ses questionnements c'est déjà baliser les choses c'est-à-dire que si on met en place un projet sans prendre en compte les craintes, sans répondre aux questions, on va droit dans le mur parce que cela veut dire qu'on fait les choses tout seul dans son coin et qu'on ne tient pas compte de l'avis du reste de l'équipe et des craintes du reste de l'équipe et cela à mon avis est essentielle « être à l'écoute ». Alors effectivement cela prend du temps, effectivement cela nécessite de se remettre en question, effectivement parfois cela fait changer nos plans sur le projet, cela fait évoluer le projet ce qui n'est pas forcément un mal mais cela me semble essentiel que chacun se sente écouté, chacun sent aussi qu'il a pris part à ce projet, qu'il a une importance dans la construction pour pouvoir le mener à bien.*

7) *Quelle place occupez-vous dans cette conduite de changement aux regards de l'équipe médicale, de la hiérarchie et de l'équipe paramédicale ?*

C2 : *Au regard de l'équipe médicale, c'est peut-être de les convaincre qu'ils appartiennent à ce chemin clinique, à ce changement de prise en charge, que ce chemin clinique par exemple n'est pas que paramédicale, il n'est pas fait non plus pour marcher sur leurs plates-bandes. Mais vraiment au niveau de l'équipe médicale on a un rôle d'explication pour les amener à coopérer et à leur démontrer que finalement on rentre sur une expertise paramédicale mais qui est vraiment complémentaire de la leur et qu'en terme de prise en charge des patients on sera plus cohérent. Leur permettre de s'exprimer, que chacun aussi y trouve sa place, donc au niveau paramédicale il faut que les infirmières viennent, il faut que les aides-soignants, l'ergothérapeute, l'assistance sociale, la diététicienne participent afin que tout le monde se sentent concerné donc là aussi on a un rôle d'information et puis d'organisation pour trouver des temps opportuns aux échanges, on a un devoir de continuité de soins et donc tout cela demande des formations pour les agents, donc c'est aussi programmer ses formations, programmer du temps tout en gardant le personnel nécessaire dans le service .*

Au niveau administratif on a un travail de relais, au niveau de la direction c'est-à-dire les tenir informer de ce qu'il se fait, où on en est, quels sont les freins ?, quels sont le contraire des freins ?, les ressources, ce qui avance. On est porte-parole d'une équipe au niveau de l'administration, souvent c'est le cadre qui présente le travail effectué, ce qui est un peu dommage, j'aimerais bien plutôt que ce soit les équipes qui portent ce travail et souvent c'est difficile à organiser en terme de temps, de mobiliser quelqu'un pour présenter au niveau de la direction du travail effectué.

8) *Quelles sont les ressources et les freins à la mise en œuvre du chemin clinique ?*

C2 : *Tout d'abord, c'est une volonté institutionnelle enfin sur la mise en place de cette formation, nous on avait souhaité que cela soit quelque chose de très concret et cela a été écouté, puis mis en place et c'est effectivement plutôt porteur.*

Le principal frein à la mise en œuvre de cette démarche, c'est de la conduire sans outil informatique pour finaliser sa mise en œuvre et surtout un manque de constance dans les différentes étapes peut démotiver l'équipe.

Concernant, la mise en œuvre du chemin clinique, avez-vous eu une formation qui a facilité la mise en œuvre du raisonnement clinique partagé du plan de soin type et du chemin clinique ?

C2 : *Oui, sur l'hôpital de Niort il a une grande volonté de formation, de ce fait normalement tous les cadres devraient être formés ce qui n'est pas encore tout à fait le cas encore et même au niveau des équipes à terme ils souhaitaient qu'une grande majorité des soignants soient formés à ce qu'il y ait un chemin clinique, à ce qu'il y ait l'élaboration d'un plan de soin type. Et cela est assez aidant.*

La formation, vous l'avez-eu il y a combien de temps ?

C2 : *Je l'ai eu en 2013. Le management par la clinique, je l'ai fait qu'en partie pour un problème autre du coup j'y retourne au mois d'avril pour finir cette formation-là.*

Ce que je trouve vraiment bien dans cette formation c'est que c'est une formation action avec un accompagnement à la mise en place, ce n'est pas que de la théorie, elle aide à la concrétisation.

Votre chemin clinique concerne quel GHP ? Les AVC ?

C2 : *Oui pour les AVC ischémique, on n'a pas d'avant et d'après, on ne peut pas savoir, avant, nous n'avions pas de soins intensifs donc c'est nouveau. On ne peut pas dire avant on faisait d'une autre façon et maintenant on fait d'une autre. Sur le reste des services, j'espère qu'il y aura un impact sur la DMS mais pour l'instant il y en a trop peu qui sont mis en route pour qu'on puisse avoir ce recule-là.*

9) Qu'est-ce que le chemin clinique a apporté depuis sa mise en œuvre ? A l'équipe pluridisciplinaire ? A l'institution ? Au patient ? Et à vous ?

C2 : *Où j'étais avant, on a élaboré un chemin clinique sur les soins de suite où j'étais non informatisé. Du coup, ce que cela a apporté, c'est que j'ai vraiment réussi à fédérer une équipe aide-soignante qui se mettait un peu de côté et à leur faire comprendre qu'elle avait une expertise, que ce qu'elle faisait tous les jours cela nécessitait qu'on le mette par écrit et que c'était à valoriser. On a pu également travailler sur les nouveaux protocoles, on travailler sur le patient chuteur, aux soins de suite c'était plutôt adapté sur la prise en charge du patient chuteur, ce qu'il fait qu'on a retravaillé sur l'ameublement de la chambre, sur les évaluations tout au long du séjour, on a travaillé sur cela et vraiment c'était du concret ce qu'il leur a permis de faire avancer des choses qu'elle pressentait mais c'est difficile de faire avancer tout un service sur « on va vider la chambre de tous ces meubles » sans que ce soit formalisé donc on a pu travailler sur tout cela, ce qui a abouti à un chemin clinique mais sur papier alors que le dossier du patient est informatisé. Sur la pérennité c'est difficile quand on a quelque chose sur papier et quelque chose sur informatique en plus je suis partie. Du coup on s'est rendu compte aussi que travailler sur un chemin clinique qui est fait pour un cadre qui arrive, s'il n'y a pas du tout*

de suivi, au niveau de l'élaboration c'est compliquée de suivre. Et au niveau de l'équipe médicale j'ai eu peu d'investissement médical, je n'ai pas réussi à leur faire comprendre l'intérêt qu'il y avait et puis le rôle qu'ils avaient à jouer dans le chemin clinique.

Par rapport à la neurologie aujourd'hui, voyez-vous une différence ?

C2 : Je vois une grande différence, comme je vous ai dit je n'ai pas participé à l'écriture ici de la neurologie, ce qui fait que quand je suis arrivée, s'approprier un travail qu'on n'a pas suivi c'est compliqué. La chance que j'ai eu c'est qu'ici l'équipe médicale était beaucoup plus impliquée donc de fait l'équipe travaillait déjà avec ce chemin clinique cela a nécessité l'écriture de nombreux protocoles spécifiques à l'AVC ischémique et puis une deuxième chose qui m'a obligé à m'y m'être et cela a été très bien c'est parce qu'on l'a informatisé depuis janvier donc du coup, il a fallu le paramétrer, il le relire, il a fallu engager un nouveau travail, ce qui m'a permis moi de m'intégrer à ce groupe de travail qu'avait formé l'équipe pour ce chemin clinique et d'y prendre part pleinement. Mais c'est vrai que si je n'avais pas eu cette informatisation c'est difficile de reprendre quelque chose qu'on n'a pas suivi, là du coup elles ont repris au début, elles m'ont bien expliqués les actions qui avaient été mise en place. Comme il a fallu qu'on refasse un balayage, en enlevant certaines choses, en rajoutant voilà cela permet de se replonger dedans et c'est plus facile de se l'approprier. C'est aussi aidant pour les nouveaux arrivants dans le service puisqu'ils ont quand même un référentiel de prise en charge qui est un très bon guide dont le patient en tire tout le bénéfice, il n'y a pas d'oubli....

Par rapport au patient, qu'est que ça apporte le chemin clinique dans votre pratique ?

C2 : Cela apporte une uniformisation des pratiques c'est-à-dire un patient qui est accueilli pour une pathologie donnée, il n'est pas pris en charge différemment quel que soit le soignant qui l'accueille, il y a des choses qui sont immuable, il y a des bilans d'entrées qui sont immuables, il y a des protocoles qui sont fait pour, finalement cela c'est pré programmé, à la limite on a plus à y penser mais c'est standard, ce qui permet de se détacher pour aller plus dans la personnalisation de cette prise en charge puisqu'on a plus à penser à tout ce qu'on à faire, la check-list du départ cela est déjà préprogrammée donc cela libère l'esprit, cela libère du temps pour rendre plus personnel notre prise en charge tout en n'altérant pas l'essentiel de cette prise en charge.

Qu'est-ce que le chemin clinique apporte depuis sa mise en œuvre à l'institution ?

C2 : C'est un petit peu plus délicat, parce qu'on a peu de recul quand même. Qu'est-ce que cela a apporté ? Cela apporte qu'on s'engage dans la recherche infirmière, cela

apporte qu'on commence à publier, c'est une belle vitrine au niveau institutionnel, pour l'instant c'est tout ce que j'en vois.

Selon vous, que vous permet de mesurer le chemin clinique ?

C2 : *L'homogénéité des prises en soin et la cohérence de la prise en soin. On s'est rendu compte en mettant par écrit qu'il y a des choses qu'on faisait qu'avait pas grand intérêt, des choses qu'on faisait qui n'était pas écrite ou pas protocolisé puis finalement c'était l'essentiel donc cela a permis de mesurer la cohérence du travail effectué.*

Tout travail qui est fait en amont permet d'avoir une réflexion sur les pratiques qui forcément remettent en question la qualité, la sécurité, les bonnes pratiques, la dignité...

Et selon vous le chemin clinique permet-il de redonner ou donner du sens aux activités quotidiennes de l'équipe pluridisciplinaire ?

C2 : *Oui, moi je le vois comme cela. Par contre l'équipe a du mal à l'objectiver, moi je le vois parce que j'ai un regard extérieur, je ne suis pas dans les soins, elles, elles ont un peu la tête dans le guidon enfin c'est vrai dans leurs quotidiens, mais il y a une évolution dans leurs échanges et il y a une évolution aussi dans l'utilisation de l'outil informatique, avant c'est vrai que l'aide-soignante allait dire à l'infirmière « tiens il faudrait ouvrir une cible sur ce sujet-là » de moins en moins l'aide-soignante s'approprie cet outil informatique, s'autorise à écrire, s'autorise à aller cocher un acte ce qui n'était pas du tout évident bien avant. Moi je le vois, elles en ont moins conscience.*

Et quand vous leurs dites ?

C2 : *Elles disent « Ah oui c'est vrai », mais en fait dans leur quotidien, ce n'est pas leur questionnement, ce n'est pas leur préoccupation. Moi je m'en satisfais, je me dis l'essentiel c'est qu'elles le fassent, qu'elles s'en rendent compte après ont fait des points, on fait des bilans, ont fait des staffs. Et là on fait des réunions de service et là c'est intéressant de mettre l'accent dessus et de leurs dire « voilà moi je trouve cela bien » cela les valorisent, et la effectivement elles s'en rendent compte, après qu'elles ne fassent pas l'analyse de cela dans leur quotidien « tampus » cela prouve qu'elles l'ont intégré et qu'elles se l'ont approprié c'est pour cela que moi ça ne m'inquiète pas en fait, je trouve cela plutôt bien.*

10) Par rapport à la visibilité du travail et outil partagé, pouvez-vous me décrire comment les soignants utilisent l'outil du plan soins type et du chemin clinique au quotidien ?

C2 : Alors nous au niveau de l'informatisation, il fait parti de la planification, il est intégré à la planification c'est-à-dire quand on ouvre une cible dans les transmissions ciblées cela agrmente automatiquement la planification des soins.

Vous avez d'un côté le plan de soins type et d'un côté la programmation au chemin clinique ?

C2 : Non c'est intégré, je peux vous montrer.

Est-ce lourd à mettre en place ?

C2 : Oui, c'est lourd.

Comment s'appelle le logiciel ?

C2 : C'est « Crossway ».

C'est géré par une entreprise extérieure d'informatique ou c'est en interne ?

C2 : C'est un prestataire extérieur mais nous on a une équipe Crossway en interne.

C'est notre dossier informatisé. Qu'on avait avant auquel on avait intégré le chemin clinique. La difficulté c'est qu'il y en a qui sont dedans et d'autres non.

Présentation du logiciel :

C2 : On va prendre ça, quand on va dans transmission ciblée :

- On fait par exemple ajouter pour un hématome intra cérébrale, on n'est pas tout à fait sur la même chose.
- On va sur ajouter une cible par exemple, on met recherche par mot clé AVC.
- Ici, on n'a toutes les cibles qui ont été travaillé pour ce chemin clinique.
- Donc, il suffit qu'on en sélectionne une qui a été travaillé, par exemple rétention urinaire et là on a toutes les données qu'on a travaillé lorsqu'on a écrit le plan de soins type.

Le plan de soins type est prédéfini ? il ne vous reste plus qu'à cocher en fonction du patient ?

C2 : Il n'y a plus qu'à cocher, donc là j'annule mais seulement je le retrouve ici, avec en donné action/réaction et par exemple si on avait déglutition, surveillance des repas, on se retrouverait sur la planification avec un petit bonnet d'infirmière et la surveillance de la déglutition est programmé comme on a programmé les médicaments et cela se rajoute ici.

Donc en fait le chemin clinique sert d'ordonnance ?

C2 : *Oui, c'est la planification des soins.*

Nous, on peut trier comme on le veut, c'est-à-dire qu'on n'a des filtres qui font prescription médicale soin infirmier.

C'est vraiment un gagne temps pour les soignants et ont-ils ce logiciel sur leurs chariots de soins, des écrans ?

C2 : *Oui, ils ont des portables sur des modules à roulette, ils ne travaillent qu'avec cela. Mais un gagne temps, je ne suis pas sûr ? Parfois on ne peut pas en rajouter plus. On a des problèmes et plus la liste s'allonge et cela peut être assez long mais on a tout qui apparait ici, il faut cocher au fur et à mesure qu'on fait les choses.*

Et quand vous mettez pour tant de temps, le signet de couleur qui court le long et après on a une flèche rouge quand c'est arrêté, les petites notes si besoin. C'est relié à un protocole, parce que nous, les gens sont sous pousse seringues électriques d'Héparine par exemple et du coup on n'a un protocole spécifique à notre service qui détermine la vitesse du pousse seringue, en fonction de la tension. Tous les services travaillent sur le dossier informatisé et en fait on y a intégré le chemin clinique par le biais des transmissions spécifiques au service. C'est impeccable cela nous évite de courir après le médecin.

Notre chemin clinique se présente ainsi, c'est-à-dire que pour les troubles de la déglutition on a toutes ces actions en regard et quand on ouvre cette cible-là, on coche, on peut rajouter des données mais on coche et cela nous programme sur notre planification ce type de chose, soit c'est du ponctuel, soit c'est de la surveillance au long court, soit c'est du si besoin, après il y a code couleur derrière.

Est-ce que l'équipe coche bien au fur et à mesure ?

C2 : *Oui, de toute façon, elles n'ont que cela comme traçabilité, avant dès qu'elle cochant sur le Kardex ou autre maintenant elle coche dessus comme quoi elles sont bien données. Par exemple les troubles du rythme, nous on a un protocole on n'a un ECG des 3 premiers jours, pour l'AVC ischémique il est pré coché et en fait elles remplissent le petit triangle, elle recolle dessus et cela remplit le petit triangle qui nous signifie que cela a été fait. Donc là on a plus à y penser puisque quand on regarde le matin ce qu'on n'à faire c'est pré programmé.*

Du coup, les aides-soignantes, elles peuvent avoir accès à un outil ?

C2 : *Elles ont des accès aux outils comme les professionnels.*

Donc, tout le monde va sur le même code, on a une signature électronique quand on ouvre sa session. Mais on n'a plus à penser à programmer ses ECG à l'entrée, on programmait avant les ECG pour les jours maintenant c'est fait automatiquement.

Est-ce que vous pensez que cet outil peut « formater les soins » et faire perdre à l'inverse le haut raisonnement clinique aux équipes soignantes?

C2 : *Non, effectivement c'était un peu mon inquiétude au départ mais je savais qu'on pouvait l'utiliser autrement et donc après tout dépend comment on le travaille. Nous en fait quand le patient rentre, il rentre pour un AVC ischémique cependant quand on fait sa macro-cible d'entrée c'est là qu'on a toutes les cibles, les cibles on les sélectionne une par une et on sélectionne les actions appropriés, il y a tout ce travail là qui est fait à l'entrée, le risque c'est de faire un chemin clinique en disant « il rentre pour un AVC » et paf cela programme tout d'un coup on avait tout, et là on choisit ce qui approprié et ce qui ne l'ai pas. Il y a quand même une réflexion à avoir pour le patient et ce qu'il présente comme symptomatologie. Le risque c'est de tous sélectionner, et puis on a plus de réflexion, c'est du formatage mais tout le monde n'est pas dans l'AVC ischémique n'a pas de problème de rétention urinaire, n'a pas de hyperthermie. On n'est pas là-dessus pour tout le monde par contre il y a un risque, il y a une possibilité.*

Donc finalement, le modèle tri focale à la base du processus est bien individualisé et personnalisé ?

C2 : *Oui, c'est notre base de travail, on sélectionne à l'intérieur ce qui est essentiel. C'est pour cela que je vous dis que cela libère l'esprit pour ce travail là pour personnaliser, on a un catalogue et finalement on choisit ce qu'on à, on n'a pas moins de risque d'oubli parce qu'on a tous sous les yeux.*

Après, effectivement on est à même de rajouter une cible qui n'appartient pas au plan de soins type parce que les patients peuvent présenter d'autres pathologies ou d'autres problématiques qui ne sont pas forcément liés à l'AVC mais qui sont intéressantes à cibler mais cela ne ferme pas cette porte là. Donc en fait on a le tableau qui existe depuis.

Pouvez-vous me laisser un exemplaire ?

C2 : *Oui.*

11) Comment l'équipe soignante utilise-t-elle l'outil du plan de soins type pour coopérer en interdisciplinarité?

C2 : *L'avantage c'est que le chemin clinique est visible par tous les acteurs de santé du service intervenant dans la prise en charge du patient. C'est un outil de la pluridisciplinarité.*

12) Selon vous, quels impacts a eu le raisonnement clinique partagé sur les pratiques soignantes ?

C2 : *Sur les soins de suite, cela a modifié les pratiques soignantes parce qu'effectivement on a pu mettre en place des choses, on n'a pu voir un avant et un après c'est-à-dire qu'on a pu formaliser des pratiques et les imposer en quelque sorte à toute une équipe. Sur la neurologie ce travail a été fait à la création du service donc oui cela a permis d'améliorer parce qu'avant on faisait partie de la médecine interne donc c'était une spécialité mais quelques lits parmi d'autres spécialités donc il y avait des choses qui se faisait... Le fait de créer un service cela a permis de tout mettre à plat, de créer des protocoles, de créer des prises en charge, de revoir une organisation soins... Pour l'AVC ischémique effectivement avec cet outil du chemin clinique, pour les autres pathologies cela a été fait quand même mais pas formalisé de la même manière donc c'est un peu difficile de faire la part des choses entre ce qui est du à la création du service et ce qui est du vraiment au chemin clinique pour le coup.*

13) D'après vous le chemin clinique est-il un levier de reconnaissance du travail de l'équipe soignante ?

C2 : *Oui, de l'équipe pluridisciplinaire. On parle plus d'équipe infirmière et chaque soignant quel qu'il soit a sa traçabilité à apporter, a son rôle à jouer, on ne parle plus de cible de suivi ergo ou suivi dieth on parle de prise en charge nutritionnelle, on parle de projet de soin, on parle de projet de soin, on parle de projet de sortie, on parle de rééducation, de réadaptation, de mise en place de capacité à effectuer des gestes de la vie quotidienne, où on est plus par catégorie de professionnelle on est vraiment sur une prise en charge globale donc chacun y retrouve sa place, il n'y en a pas un qui est plus que l'autre et puis par exemple dans les capacités à rédiger les gestes de la vie quotidienne ce n'est plus que du domaine de l'ergo mais c'est-à-dire que l'aide-soignante peut y mettre des actions aussi, peut y rajouter une observation. Cela a apporté vraiment un échange pluridisciplinaire.*

Avez-vous des remarques ou des points que vous souhaiteriez aborder ?

C2 : *Oui, une dernière chose c'est que sur l'élaboration cela demande beaucoup de temps d'écrire un tableau, un plan de soins type et le transformer en chemin clinique cela demande énormément de temps cette écriture, beaucoup de temps de rencontre, beaucoup de temps humain et une grande réflexion, là l'écriture c'est vraiment le reflet de toutes leurs réflexions, du cheminement et finalement la transposition au niveau informatique et en même temps c'est très frustrant parce que finalement on est sur une*

cible, l'action mais tout travail qu'il y a derrière, à toutes les heures qu'il y a derrière on ne le voit pas. Pourquoi on a un arrêt de cible à cette action cela n'apparaît pas donc du coup c'est important de garder une trace écrite, d'avoir un classeur les traces écrites et tout ce cheminement de tout ce tableau parce qu'on ne s'imagine pas tout ce temps. Pour les équipes c'est très frustrant et c'est vraiment ce qui remonte : « tout cela pour ça ». Au quotidien, effectivement c'est un super outil mais tout ce qu'elles ont réfléchi derrière, les discussions, les recherches qu'elles ont fait, tout l'envers du décor n'apparaît pas et c'est très frustrant pour une équipe, il faut quand même les préparer à cela pour ne pas les démotiver par la suite.

Vous disiez que la pérennité du chemin clinique, elle porte sur ... ?

C2 : Une fois qu'il est informatisé, il est dedans, c'est qu'il est intégré aux pratiques.

Enfinement, il est plus facile une fois qu'il est informatisé paradoxalement pour le pérenniser ?

C2 : Oui parce que c'est un outil qu'on utilise déjà, donc effectivement ce qui rentre pour un AVC on met une gommette dessus pour dire « tiens on peut utiliser le chemin clinique parce qu'il faut bien que cela se mette en route ». La difficulté c'est que pour d'autres pathologies on en a pas du coup on crée nos cibles etc.... Par contre c'est vrai qu'informatisé on a pas besoin d'utiliser un autre outil c'est la planification qu'on utilise aussi pour les autres enfin du coup cela rend simple cette pérennité. Aux soins de suite du coup on a l'outil informatique, le dossier informatisé du patient classique et du coup pour utiliser ce chemin clinique on n'est obligé d'utiliser un dossier papier à côté, c'est le risque d'avoir 2 supports différents, on va avoir des redondances, il va falloir qu'on coche sur la planification mais pour suivre ce chemin clinique, on regarde, il faut reprogrammer, c'est compliqué cela n'a aucun intérêt. Donc l'informatisation est vraiment un réel levier. Mais là on les teste donc c'est plutôt concluant. Ce n'est pas révolutionnaire parce qu'effectivement on utilise le même outil, la planification on a la même lecture seulement effectivement quand on remplit nos transmissions ciblées cela agrmente la planification mais après le matin on regarde ce qu'on a à faire, cela ne change pas nos pratiques d'organisation de soins donc ça n'a pas nécessité de changement d'organisation d'équipe, ça n'a pas nécessité de formation supplémentaire, ça n'a pas nécessité d'accompagnement particulier parce que l'outil est le même, la façon de cocher est la même c'est juste quand on rentre des cibles cela agrmente notre planification mais du coup c'est facilitant.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

**Le management par la clinique
Le Cadre de Santé en quête d'efficience collective**

AUTEUR

RASSINIER Maggy

MOTS CLÉS

Management par la Clinique, équipe pluridisciplinaire, efficience, parcours de soins.

KEY WORDS

Management by the clinic, multidisciplinary team, efficiency, health path.

RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population, l'augmentation des personnes atteintes de pathologie chronique et la persistance des inégalités de santé dans un contexte socioéconomique contraint, incitent notre système de santé à s'adapter. Dès lors, manager un système en mutation amène à réfléchir à de nouveaux modèles de prise en charge.

Le but de ce travail de recherche est de déterminer dans une logique de parcours de soins, comment le cadre de santé peut accompagner la mise en œuvre d'un raisonnement clinique partagé pour garantir à un groupe homogène de patients, qualité, sécurité et continuité des soins. Afin de répondre à cette problématique, il a été nécessaire d'étudier différents concepts et de réaliser une enquête auprès de six cadres de santé de divers services de soins. Cette étude, a mis en évidence, l'importance de l'implication dans le projet de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, ainsi que la nécessité d'inclure le patient. Enfin, pour pérenniser le chemin clinique, il est indispensable d'avoir un outil informatique adapté.

ABSTRACT

The ageing of the population, the increase in the number of people affected by chronic pathology and the persistence of the health inequalities in a constrained socio-economic context, encourage our health care system to adapt. Consequently, managing in such a changing system requires new patient care models.

The purpose of this research is to determine in a logic of health path, how the nurse manager can support the implementation of shared clinical reasoning to guarantee to a homogeneous group of patients, quality, security and continuity of care. In order to answer these problems, it was necessary to study different concepts and to conduct a survey with six health managers in several departements. This study highlighted, on the one hand the importance of the implication in the project of the entire multidisciplinary team as well as the need for including the patient. Finally to guarantee the sustainability of the clinical path, it is essential to have an adapted software..